

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**“RAFAEL DONAYRE ROJAS”**



***CARACTERÍSTICAS DE LAS HISTERECTOMÍAS  
Y DE LAS MUJERES QUE SE SOMETEN A ELLAS EN  
EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
2010-2013.***

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
Médico Cirujano

PRESENTADO POR  
Jeanneeth Rossana Pinto Vásquez

ASESOR  
Dr. Javier Vásquez Vásquez

IQUITO- PERU  
2015

## INDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	02
ÍNDICE DE TABLAS .....	03
ÍNDICE DE GRAFICOS .....	04
DEDICATORIA .....	05
AGRADECIMIENTOS .....	06
RESUMEN .....	07
INTRODUCCIÓN .....	08
<b>CAPÍTULO I</b>	
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA .....	11
JUSTIFICACION.....	13
OBJETIVOS.....	14
<b>CAPÍTULO II</b>	
MARCO TEÓRICO .....	16
VARIABLES .....	21
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	22
<b>CAPÍTULO III</b>	
METODOLOGIA .....	24
<b>CAPÍTULO IV</b>	
RESULTADOS .....	26
DISCUSIONES .....	37
CONCLUSIÓN .....	39
RECOMENDACIONES .....	39
<b>CAPÍTULO V</b>	
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA .....	41
ANEXOS .....	44

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°01:</b>	Motivos de consulta de las pacientes sometidas a histerectomía en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013	28
<b>Tabla N°02</b>	Diagnósticos prequirúrgicos de las pacientes sometidas a histerectomía en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013	30
<b>Tabla N°03:</b>	Complicaciones que presentaron las pacientes que fueron sometidas a histerectomías en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013	35
<b>Tabla N°04:</b>	Tiempo operatorio en el que se realizó la transfusión sanguínea en las pacientes que fueron sometidas a histerectomías en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013	36

## ÍNDICE DE GRAFICOS

<b>Grafico N°01:</b>	Servicio de procedencia de as pacientes que son sometidas a histerectomías que se realizan en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013	27
<b>Grafico N°02</b>	Motivo de consulta de las pacientes sometidas a histerectomías en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013	29
<b>Grafico N°03:</b>	Tipo de incisión de las histerectomías que se realizan en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013	31
<b>Grafico N°04:</b>	Vía de abordaje de las histerectomías que se realizan en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013	32
<b>Grafico N°05:</b>	Tipo de histerectomías que se realizan en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013	33
<b>Grafico N°06:</b>	Duración de las histerectomías que se realizan en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013	34
<b>Grafico N°07:</b>	Tiempo operatorio de la transfusión en las pacientes que fueron sometidas a histerectomía en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013	36

## DEDICATORIA

A Dios, por permitir mi vida, bendecirme cada día y darme la fortaleza que necesitaba ante las adversidades.

A mi madre, por su inmenso amor e impulso para cumplir mis metas como sólo ella sabe hacerlo.

A mi hermana y padrinos Carmelita y Jorge por sus consejos y apoyo en cada paso que doy en la vida. Gracias por estar siempre a mi lado.

## AGRADECIMIENTOS

A mi amiga, Karine Zevallos Villegas por su inmenso apoyo y orientación en la realización de esta tesis.

A mis docentes, por brindarme sus conocimientos adquiridos en su práctica profesional cotidiana.

A todas las personas que de alguna manera han estado conmigo apoyándome y siguiendo mis logros.

## RESUMEN

La Histerectomía es la segunda cirugía ginecológica más frecuente en el mundo y es causa importante de morbimortalidad en las mujeres en edad fértil. Este trabajo ha sido elaborado con el objetivo de determinar las características de las histerectomía y de las mujeres que se someten a ellas en el Hospital Regional de Loreto entre el 2010 al 2013, es de tipo descriptivo retrospectivo, para lo cual se realizó la revisión de 110 historias clínicas. Encontrándose que las mujeres que se someten a histerectomías tenían una edad promedio de 43 años (rango 17-82), el 88% habían sido cesareadas anteriores y 21% presentaban hipertensión arterial; un porcentaje representativo tenían alguna alteración al estudio citológico( Inflamación leve 18%, LEIBG 14%, HPV 11%, NIC 8%); el principal motivo de consulta fue el sangrado vaginal (54%) seguida del dolor en hipogastrio (45%) y tumor vulvar (12%); fue el mioma uterino el diagnóstico prequirúrgico más frecuente(55%/); la insición más practicada fue la infraumbilical mediana (88%), la vía de abordaje fue abdominal en el 96.4%; el tipo de histerectomía fue la total mas salpingoofeorectomia bilateral (40.9%), la cirugía tuvo una duración entre los 60 a 120 minutos y se presentaron 10 complicaciones de 110 histerectomias realizadas, se realizaron transfusiones en el preoperatorio en el 20% y en postoperatorio en 15% de pacientes.

## **INTRODUCCIÓN.**

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero. Es un procedimiento que ha evolucionado a través del tiempo gracias a una serie de factores, destacando entre ellos los avances en anestesiología, antibioticoterapia y técnica quirúrgica.

El útero puede ser extirpado por vía abdominal o vaginal; la elección depende de la indicación de la cirugía, del tamaño y movilidad del útero, de la anchura de la vagina y de la presencia o ausencia de otras condiciones asociadas, como experiencia y entrenamiento del cirujano.

Actualmente, la histerectomía es la intervención ginecológica más practicada en los países desarrollados, y aunque con los avances médicos la mortalidad asociada al procedimiento haya disminuido significativamente, conlleva a un importante grado de morbilidad.

La histerectomía se indica generalmente en los siguientes casos: a) patología maligna (cáncer de vagina, cáncer de cuello uterino, cáncer del cuerpo uterino, cáncer de ovario y trompa, cáncer de colon progresado a útero); b) patología benigna (leiomiomas uterinos, endometriosis, sangrado uterino anormal refractario a tratamiento médico, dolor pélvico crónico, sepsis refractaria al tratamiento médico, prolapso genital, patología ovárica, patología endometrial preneoplásica) y c) patología obstétrica (placenta acreta, hemorragia incoercible postparto, sepsis con foco uterino postparto).

La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas electivas más comunes, 65% se efectúan en el grupo de edad reproductiva, alrededor de 30% en mujeres perimenopáusicas y el resto en mayores de 65 años. La indicación más frecuente a través de la vía abdominal es la leiomiomatosis, mientras que por vía vaginal lo es el prolapso uterino, otras indicaciones habituales son hemorragia uterina anormal, dolor pélvico, endometriosis, hiperplasia de endometrio.



En la mayoría de las pacientes, la elección de un procedimiento por vía vaginal o abdominal, depende del diagnóstico y los datos clínicos encontrados. La primera tiene algunas ventajas como menos complicaciones quirúrgicas, corta estadía hospitalaria y recuperación más rápida.

# **CAPITULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La histerectomía puede estar relacionada a la morbilidad y mortalidad materna e indirectamente a la perinatal. La Mortalidad Materna en el Perú en los últimos años representó un total de 6691 muertes maternas a nivel nacional. El Perú tiene una tasa de cesáreas del 33% y se ubica por encima del promedio latinoamericano. Esto preocupa ya que según recomienda la Organización Mundial de la Salud, este procedimiento debería realizarse sólo en el 15% de los casos. (1,2)

El parto por cesárea debido las potenciales complicaciones y a las características de la cirugía representan muchos más riesgos adicionales para la mujer. Las complicaciones desde el punto de vista perinatal, se enfocan en que los recién nacidos tienen mayores posibilidades de no eliminar el líquido del pulmón, lo que aumentaría las probabilidades de problemas respiratorios, sobre todo, en aquellos pre término. Desde el punto de vista de la madre, durante un parto por cesárea aumentan los riesgos de infección y hemorragia. Tanto así, que el riesgo de mortalidad por parto con cesárea es 7 veces mayor que el parto vaginal (3). Aunque algunos estudios refieren que la cesárea es un factor protector (2)

La mortalidad materna específica para grupos de edad, resalta a las adolescentes entre 15-19 años, que representan dos veces y media más la cifra que se encuentra para las mujeres entre 20 y 29 años. Condición etaria a considerar, conociendo que Loreto contribuye a elevar las estadísticas de embarazos en adolescentes a nivel nacional (1). La histerectomía indicada por la inmadurez anatómica de las adolescentes podría incrementar el riesgo de la mortalidad materna y perinatal.

Otro punto importante son las características de la cirugía, la primera histerectomía abdominal subtotal fue descrita por Charles Clay en 1843, y la primera histerectomía laparoscópica subtotal (LSH) fue descrita por Semm en 1991. Sin embargo, la literatura es escasa para reportar implicancias

psicológicas, complicaciones de órganos anexos como vejiga, uréteres y procedimientos adicionales cervicales. (3)

Según la literatura la placentación anormal es la indicación más frecuente para cesáreas intraparto, requiriendo en la mayoría de los casos una histerectomía total(4). La historia de cesárea anterior es un factor de riesgo para la placentación anormal y, en particular para una adherencia patológica de la placenta. A pesar de los avances en la técnica quirúrgica de la histerectomía y la prevención de la mortalidad materna, las cesáreas en países en desarrollo permanecen asociadas con una alta incidencia de morbilidad y mortalidad. (5-7)

Por lo cual nos formulamos la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS HISTERECTOMIAS Y DE LAS MUJERES QUE SE SOMETEN A ELLAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO “FELIPE ARRIOLA IGLESIAS” 2010-2013?

## **JUSTIFICACIÓN.**

Conocer las características de las histerectomías y de las usuarias en un hospital de referencia de la Región Loreto, nos permitirá evaluar intervenciones y plantear recomendaciones sobre diferentes aspectos de promoción y prevención de complicaciones maternas y perinatales.

Desde el punto de vista de los antecedentes e indicaciones, la literatura refiere que la placenta previa es la indicación más frecuente de cesárea durante el parto y está asociada con alta morbilidad y mortalidad. Como el diagnóstico a menudo no es seguro antes del parto, nuestros resultados ayudarán a generar recomendaciones para gestantes con cesáreas anteriores y derivarlas a centros debidamente equipados.

Conocer las características quirúrgicas de las histerectomías nos ayudarán a prevenir y conocer las complicaciones de otros órganos que podrían dañarse durante la operación como por ejemplo los del tracto urinario. Asimismo, recomendar técnicas quirúrgicas descritas en la literatura que permitan reducir complicaciones, costos indirectos debido a la estancia hospitalaria y transfusiones sanguíneas.

La histerectomía de emergencia durante el parto es un procedimiento quirúrgico que se encuentra asociada a una hemorragia obstétrica peligrosa para la vida y que puede ser prevenida. Las indicaciones para histerectomía periparto difieren entre países desarrollados y en desarrollo y puede reflejar el nivel de práctica obstétrica en una región.

Por lo descrito, consideramos imperante reconocer las características de las histerectomías de la región a fin de mejorar las técnicas, reducir las indicaciones., reconocer grupos de riesgo y secundariamente aportar a la reducción de la mortalidad materna.

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL.**

- Determinar las características de las histerectomía y de las mujeres que se someten a ellas en el Hospital Regional de Loreto de Enero a Diciembre del 2010 - 2013

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Indicar cuales son los antecedentes Gineco-obstétricos de las mujeres sometidas a Histerectomías en el Hospital Regional de Loreto de Enero a Diciembre del 2010 al 2013.
- Indicar los diagnósticos pre quirúrgicos de las histerectomías en el Hospital Regional de Loreto de Enero a Diciembre del 2010 al 2013.
- Indicar las características del procedimiento quirúrgico de las Histerectomías en el Hospital Regional de Loreto de Enero a Diciembre del 2010 al 2013.

## **CAPITULO II**

## MARCO TEORICO.

### DEFINICION DE HISTERECTOMÍA.

Procede del griego hystera (matriz, utero) y ectomía (extirpar). La histerectomía es el acto quirúrgico de extracción del útero.

La pérdida de útero provoca la imposibilidad absoluta de anidar el ovocito o huevo fecundado, lo que impide el desarrollo del embrión y posteriormente el feto, lo que provoca esterilidad.

### TIPOS DE HISTERECTOMIA

- **Histerectomía Total:** Se extrae el útero y cuello, pero no los ovarios ni las trompas de Falopio.
- **Histerectomía Subtotal:** Se remueve el útero dejando el cuello uterino, ovarios y trompa.
- **Histerectomía Radical:** Se extrae el útero, cuello uterino, trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis

### VIA DE ABORDAJE QUIRURGICO DE LAS HISTERECOMIAS

- **Abdominal:** Se caracteriza por extraer el útero a través de un corte abdominal. El especialista hace una incisión en la pared abdominal que exhibe los ligamentos y vasos sanguíneos que rodean al útero, estos últimos deben ser ligados para que cicatricen y no sangren. Posteriormente extrae el útero efectuando un corte en la parte que se conecta con la vagina y repara la parte superior de la vagina para evitar orificios.
- **Vaginal:** Se realiza una incisión vaginal por donde se extrae el útero. El corte se hace a través de la pared vaginal alcanzando así los ligamentos y vasos sanguíneos que rodean al útero, luego los separa del útero y liga los vasos sanguíneos. Después, el doctor hace un corte en la parte superior de la vagina para separar al útero y lo remueve por ésta. Una



vez terminada la extracción, se fijan los ligamentos uterinos a la vagina y se cose la parte superior.

- ***Vaginal asistida con laparoscopia:*** Se requiere del laparoscopio, que es un tubo delgado con luz y una cámara miniatura. Para llevar a cabo este procedimiento se requiere expandir la cavidad peritoneal con dióxido de carbono, después se hace una puntura en el vientre para insertar el laparoscopio y buscar el útero, luego inserta un láser a través de dos incisiones más en el vientre para cortar los tejidos y los vasos sanguíneos que rodean el útero. Posteriormente, los sella, extrae el laparoscopio y cierra los cortes.

Las primeras histerectomías de que se informa se realizaron sólo como procedimientos desesperados que potencialmente salvarían la vida. Para fines del siglo XIX la histerectomía se había vuelto un procedimiento más seguro y ganó popularidad en Europa para el prolapso uterino y la miomatosis. Se favoreció el abordaje vaginal debido al riesgo de la laparotomía.

Una vez que se considera necesaria la intervención quirúrgica, el médico debe decidir si la hace por vía abdominal o vaginal. Las primeras constituyen 70% del número total de las realizadas, pero no se ha logrado un consenso en cuándo es más adecuada una técnica que la otra. De hecho, este proceso de toma de decisiones parece variar mucho de una institución a otra y de un cirujano a otro. La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia ofrece una alternativa adicional.

Hoy, histerectomía intrafascial laparoscópica y la histerectomía supracervical laparoscópica son técnicas bien aceptadas. Con nuestro concepto multimodal de la histerectomía laparoscópica para indicaciones benignas, preservación del suelo pélvico, así como la reconstrucción de las estructuras del piso pélvico y prolapso preexistente; este concepto consiste en 3 pasos:

1. Histerectomía Intrafascial con la preservación de las estructuras existentes.
  - A. técnica 1: Ligadura de la arteria uterina primaria.
  - B. técnica 2: Clásico intrafascial la histerectomía.
2. Una técnica para la fijación estable del muñón cervical o vaginal.

3. Un nuevo método de pectopexy para corregir una situación descensus preexistente.

Este concepto equilibrado puede utilizarse por los cirujanos ginecológicos endoscópicos avanzados así como novatos (8)

Los resultados comparando la histerectomía laparoscópica (LH) y la histerectomía vaginal (VH) para el tratamiento de enfermedades uterinas benignas, aparte de prolapso de órganos pélvicos, en mujeres mayores de 65 años sugieren que LH mejora el curso postoperatorio de las mujeres ancianas sometidas a intervención quirúrgica para enfermedades uterinas benignas. (9)

Adicionalmente, el abordaje quirúrgico debe establecer el riesgo de neoplasia no identificada y posteriores resultados adversos en los pacientes sometidos a histerectomía supracervical laparoscópica (SCH) (10)

### **INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA.**

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. Numerosos autores han intentado ubicar en una perspectiva clínica adecuada éstas diversas influencias. A pesar de todos los datos científicos revisados, la decisión de operar todavía depende de la interpretación subjetiva de los síntomas por la paciente y su médico.

Las indicaciones principales para histerectomías según algunos estudios son placenta acreta/increta, atonía uterina, ruptura uterina y la placenta previa. En países con escasos recursos como Egipto se ha reportado que después de la histerectomía 77% fueron ingresadas a la unidad de cuidados intensivos. El paso más importante en la prevención de la hemorragia postparto es reconocer y evaluar el riesgo de las mujeres. El riesgo de histerectomía periparto parece estar disminuyendo significativamente al limitar el número de cesáreas,

reduciendo así la ocurrencia de la placentación anormal en forma de placenta acreta, increta o percreta. (11-14)

El Prolapso de órganos pélvicos (POP) es la tercera más común indicación de histerectomía. Aunque las técnicas de histerectomía no difieren para prolapso versus úteros que no tienen prolapso, hay consideraciones especiales cuando se realiza una histerectomía para POP. Es importante recordar que una histerectomía no es suficiente tratamiento para el POP; posteriormente después de extirpa el útero debe prestarse atención a corregir el prolapso vaginal. Un cabestrillo a mitad uretral se debe considerar para todos los pacientes sometidos a cirugía de prolapso vaginal para prevenir o tratar la incontinencia urinaria. (15)

Otra complicación es la infección del sitio quirúrgico (SSI) en las mujeres que se sometieron a histerectomía abdominal o laparoscópica, algunos estudios demuestran que esto puede alcanzar al 3% de las post operadas. Entre los pacientes que se sometieron a histerectomía abdominal, predictores de SSI incluyen; diabetes, fumar, comorbilidades respiratorias, sobrepeso u obesidad, clasificación de sociedad americana de anestesiólogos  $> / = 3$ , transfusión perioperatoria de sangre y el tiempo quirúrgico  $> 180$  minutos.

Entre los que se sometieron a histerectomía laparoscópica, predictores de SSI incluyen transfusión perioperatoria de sangre, tiempo quirúrgico  $> 180$  minutos, la concentración de creatinina sérica  $> / = 2$  mg/dL y plaquetas  $> / = 350\ 000$  cells/mL.

Para los pacientes con SSI profundo o de órganos, predictores significativos incluyen; transfusión perioperatoria de sangre y comorbilidades renales, abdominales y raza no blanca, transfusión perioperatoria de sangre y el tiempo quirúrgico  $> 180$  minutos para histerectomía laparoscópica.

SSI se asocia con estancia hospitalaria más prolongada y mayores tasas de repetición de la operación, sepsis, insuficiencia renal y dehiscencia de la herida. SSI no se asoció con mayor mortalidad a 30 días. (16)

Las indicaciones no obstétricas más comunes para histerectomía son los fibromas uterinos sintomáticos, endometriosis y prolapso uterino y pélvico del órgano. El procedimiento puede realizarse por vía vaginal o abdominal y con asistencia laparoscópica. Para elegir el método perfecto el ginecólogo debe tener en cuenta cómo el procedimiento puede realizarse más segura para satisfacer las necesidades del paciente. En los últimos años ha aumentado el número de los procedimientos laparoscópicos. Debido a que tienen muchas ventajas como son menor sangrado, menos tiempo hospitalario lo que reduce el riesgo de infección (17-18)

A las complicaciones de las histerectomías en general, se pueden sumar las propias de las transfusiones sanguíneas. Lo cual puede representar el 95% de los casos en pacientes sometidas a histerectomía (12-19)

## VARIABLES.

### VARIABLE INDEPENDIENTE:

- **Histerectomía:** La histerectomía es el acto quirúrgico de extracción del útero.

### VARIABLE DEPENDIENTE:

- **Antecedentes gineco-obstétricos:** Son los datos de la historia clínica, en la cual la paciente declara la historia de signos y síntomas gineco-obstétricos desde su menarquía.
- **Diagnóstico pre quirúrgico:** Patología o situación en la que se debe realizar una intervención quirúrgica como el mejor tratamiento posible o para evitar complicaciones graves de la enfermedad.
- **Características del procedimiento quirúrgico:** Comprende la vía de abordaje quirúrgico de las histerectomías. Tipo de incisión, tipo de histerectomía, duración, complicaciones intra y post operatorias y transfusiones.

**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.**

Variable	Definición operacional	Indicador	Tipo	Escala de medición
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> Histerectomía	Es la extracción quirúrgica del útero (o matriz).	Reporte de histerectomía	Cualitativa	Nominal
<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b> Diagnóstico pre quirúrgico	Patología o situación en la que se debe realizar una intervención quirúrgica como el mejor tratamiento posible o para evitar complicaciones graves de la enfermedad. Indicación de histerectomía.	Diagnóstico pre quirúrgico con el que la paciente ingresa a sala de operaciones.	Cualitativa	Nominal
Antecedentes gineco-obstétricos	Son los datos de la historia clínica, en la cual la paciente declara la historia de signos y síntomas gineco-obstétricos desde su menarquia.	01 FUR 02 RC: 03 MAC: 04 FO: G P 05 Parto anterior: Cesárea 06 FUP: 07 Comorbilidad: HTA, DBT, otros 08 Flujo 09 Citología 10 Inflamación	01. Cualitativa 02. Cualitativa 03. Cualitativa 04. Cualitativa 05. Cualitativa 06. Cualitativa 07. Cualitativa 08. Cualitativa 09. Cualitativa 010. Cualitativa	Nominal
Características quirúrgicas	Se refiere a las características de la técnica quirúrgica de abordaje, las cuales pueden ser vaginal (HV), abdominal (HAT) y vaginal asistida por laparoscopia (HVLP). Además se agrega características pre operatorias de la paciente.	01. Tipo de incisión 02. Tipo cirugía: Vaginal, Abdominal, Laparoscópica 03. Duración: horas 04. Complicaciones 05. Transfusiones	01. Cualitativa 02. Cualitativa 03. Cuantitativa 04. Cualitativa 05. Cualitativa	1.- Nominal 2.- Nominal 3.- Discreta 4.- Nominal 5.- Nominal

## **CAPITULO III**

## **MATERIALES Y MÉTODOS.**

- **Tipo de estudio:** Estudio descriptivo retrospectivo de análisis secundario de datos.
  
- **Población**

Se analizaron todas las historias clínicas de pacientes a quienes se les realizó una histerectomía en el Hospital Regional de Loreto, en un periodo de 4 años (2010-2013). Se incluyeron todas las histerectomías por vía abdominal y vaginal. Se excluyeron todas las historias que tengan datos incompletos o no se ubiquen.
  
- **Muestra**

Se estudiaron 110 historias clínicas de pacientes procedentes de Ginecología, obstetricia y emergencia.
  
- **Recolección de datos**

Se recolectaron los datos por medio de la revisión de la historia clínica y los datos de interés se recolectarán en la ficha de estudio Anexo 01.
  
- **Análisis estadístico**

Las variables continuas como edad, número de gestaciones y duración de la histerectomía se expresan como media y límites inferior y superior. Las variables categóricas se expresan como porcentajes y frecuencias. Se empleó el programa estadístico SPSS v17
  
- **Aspectos éticos**

El comité de ética del Hospital Regional de Loreto dio su aprobación. No se violaron los aspectos éticos de justicia, no maledicencia, beneficencia y autonomía.



## **CAPITULO IV**

## **RESULTADOS.**

### **1. ANTECEDENTES DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA**

Se estudiaron las historias de 110 pacientes; procedentes de Ginecología 54 (49%), obstetricia 6 (5.5%) y emergencia 47 (43%).

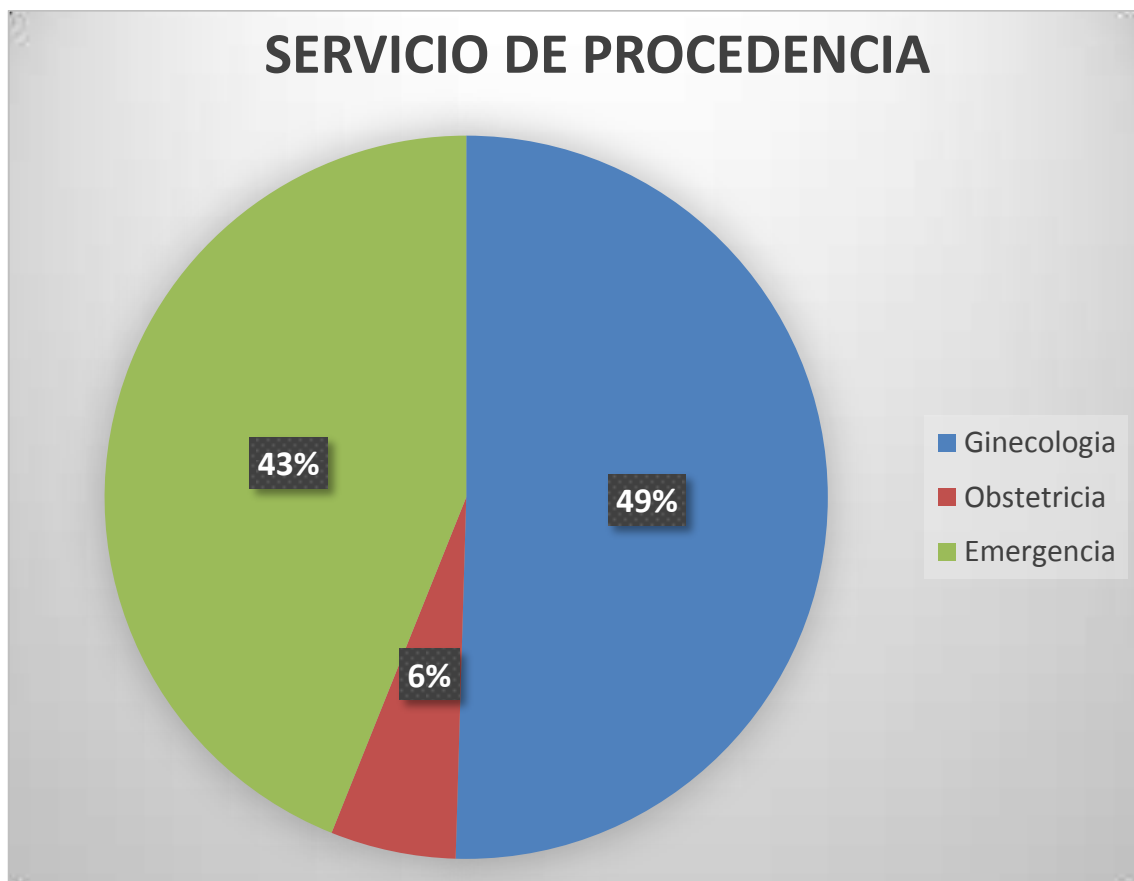
La edad media que presentaron fue de 43 años con una mínima de 17 años y máxima de 82. Del total, 11 pacientes tenían menos de 25 años. El número de gestaciones promedio por paciente fue 3.

El 88% fueron cesareadas anteriores, el 21% tenían diagnóstico de hipertensión arterial, el 0.9% Diabetes Mellitus y otros <1%.

Estudios citológicos fueron descritos como citología negativo 21%, flujo vaginal 3%, metaplasia 2%, Gardnerella 4%, Clamidia 2%, papiloma virus 11%, LEIAG 2%, LEIBG 14%. Resultados de biopsia NIC 8%, Inflamación leve 9%, inflamación moderada 18%, inflamación severa 8% , V1 7%, cervicitis severa 8% , cambios citopatológicos 0.9% y V2 7%.

Al examen de ultrasonido se encontró: Hidramnios 1.8%, Placenta III 0.9%, líquido FSD 1.8%, Pólipo EM 1.8%, Hipertonía uterina 15%, engrosamiento cervical 7%, mioma 47.3%, embarazo gemelar 0.9%, óbito fetal 1.8%, macrosomía 0.9%, DPP 0.9%, gestación 12%, Embarazo molar 0.9%, quiste ovárico 13%, otros < 1%.

Grafico No 01: Servicio de procedencia de as pacientes que son sometidas a hysterectomías que se realizan en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013

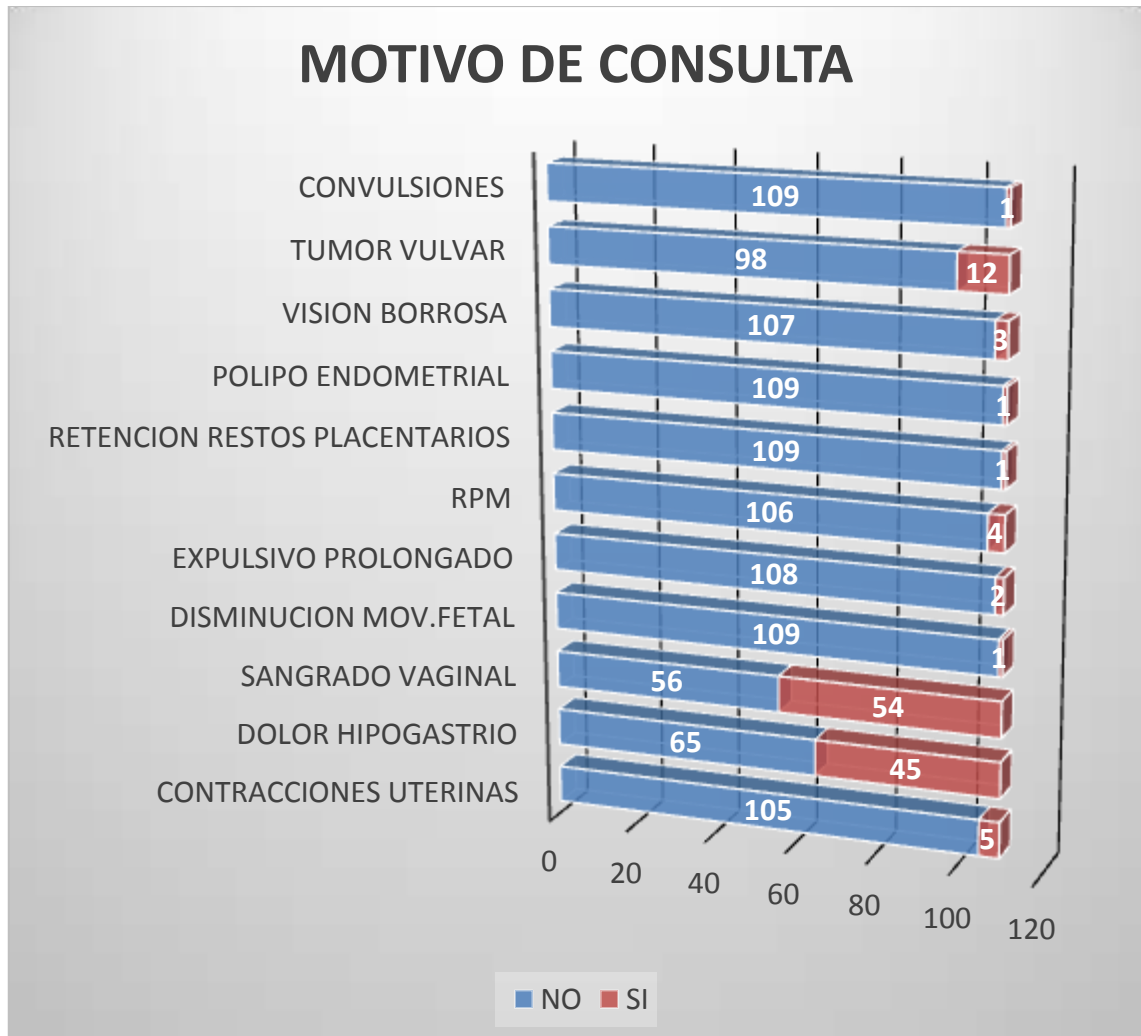


**2. MOTIVOS DE CONSULTA DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA**

Tabla No 01: Motivos de consulta de las pacientes sometidas a histerectomía en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013.

MOTIVOS DE CONSULTA	Presencia	Frecuencia	Porcentaje
Contracciones Uterinas	NO	105	95.5
	SI	5	4.5
Dolor Hipogástrico	NO	65	59.1
	SI	45	40.9
Sangrado vaginal	NO	56	50.9
	SI	54	49.1
Disminución movimientos fetales	NO	109	99.1
	SI	1	0.9
Expulsivo prolongado	NO	108	98.2
	SI	2	1.8
RPM	NO	106	92.3
	SI	4	7.7
Retención de restos placentarios	NO	109	99.1
	SI	1	0.9
Pólipo endometrial	NO	109	99.1
	SI	1	0.9
Visión Borrosa	NO	107	97.3
	SI	3	2.7
Tumor vulvar	NO	98	89.1
	SI	12	10.9
Convulsiones	NO	109	99.1
	SI	1	0.9

Grafico No 02: Motivo de consulta de las pacientes sometidas a histerectomías en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013



Del total de pacientes sometidas a histerectomía (110); 54 presentaron sangrado vaginal, 45 dolor en hipogastrio y 12 tumor vulvar.

### 3. DIAGNÓSTICO PRE QUIRÚRGICO

Tabla No 02: Diagnósticos prequirúrgicos de las pacientes sometidas a histerectomía en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013.

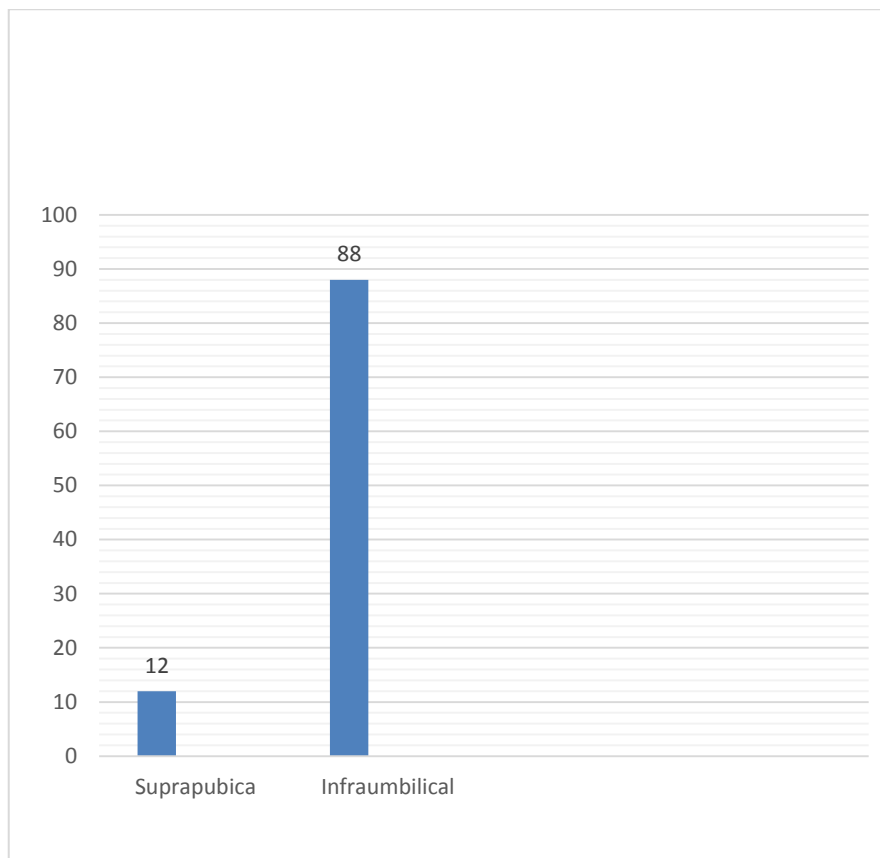
DIAGNOSTICOS PREQUIRUGICOS	Presencia	Frecuencia	Porcentaje
Mioma uterino	NO	49	44.5
	SI	61	55.5
Hemorragia	NO	98	89.1
	SI	12	10.9
Prolapso	NO	97	88.2
	SI	13	11.8
NIC	NO	99	90
	SI	11	10
Ruptura prematura de membrana	NO	108	98.2
	SI	2	1.8
Atonía uterina	NO	106	96.4
	SI	4	3.6
Cervicitis crónica	NO	104	94.5
	SI	6	5.5
Preeclampsia	NO	107	97.3
	SI	3	2.7
Quiste ovario	NO	103	93.6
	SI	7	6.4
Sufrimiento fetal agudo	NO	107	97.3
	SI	3	2.7
Expulsivo Prolongado	NO	107	97.3
	SI	3	2.7
Desproporción céfalo pélvica	NO	109	99.1
	SI	1	0.9
Sepsis puerperal	NO	109	99.1
	SI	1	0.9
Absceso	NO	109	99.1
	SI	1	0.9
Embarazo molar	NO	109	99.1
	SI	1	0.9
Eclampsia	NO	109	99.1
	SI	1	0.9

El diagnóstico más común pre quirúrgico fue el mioma con 55%, seguido del prolapso genital, hemorragias y los NIC. Lo demás se detalla en la tabla 02

#### 4. **CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA**

##### a) **TIPO DE INCISIÓN**

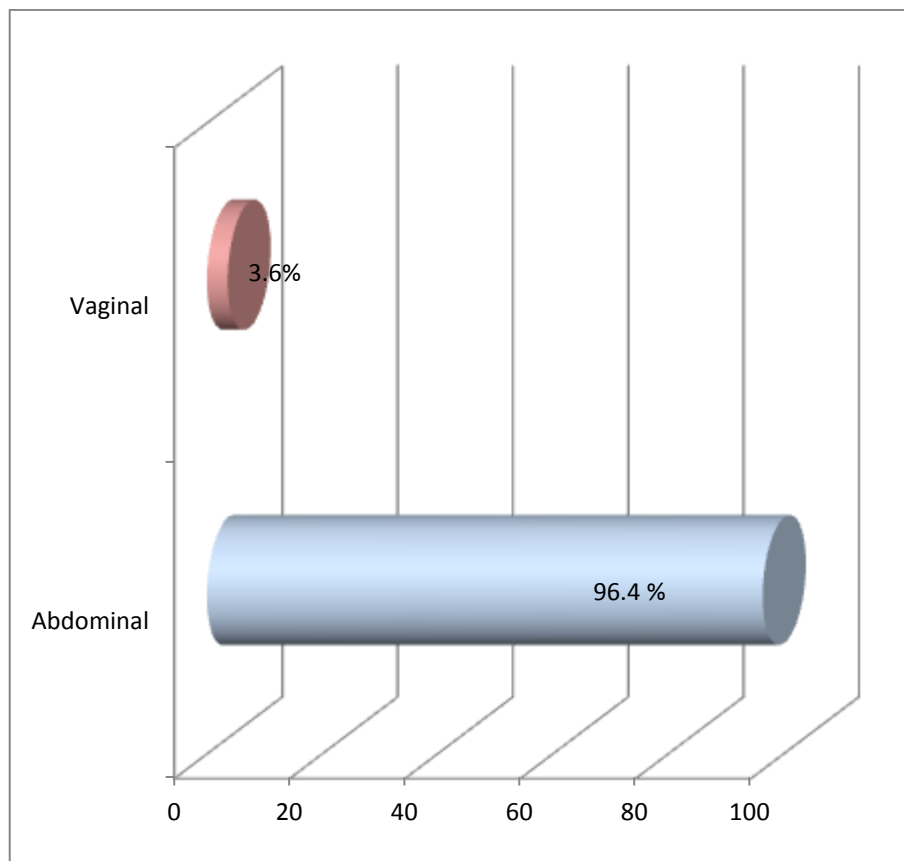
Grafico No 03: Tipo de incisión de las histerectomías que se realizan en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013



El 12% de las histerectomías tuvieron una incisión supra púbrica y el 88% una incisión mediana infra umbilical.

**b) VÍA DE ABORDAJE**

Grafico No 04: Vía de abordaje de las histerectomías que se realizan en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013

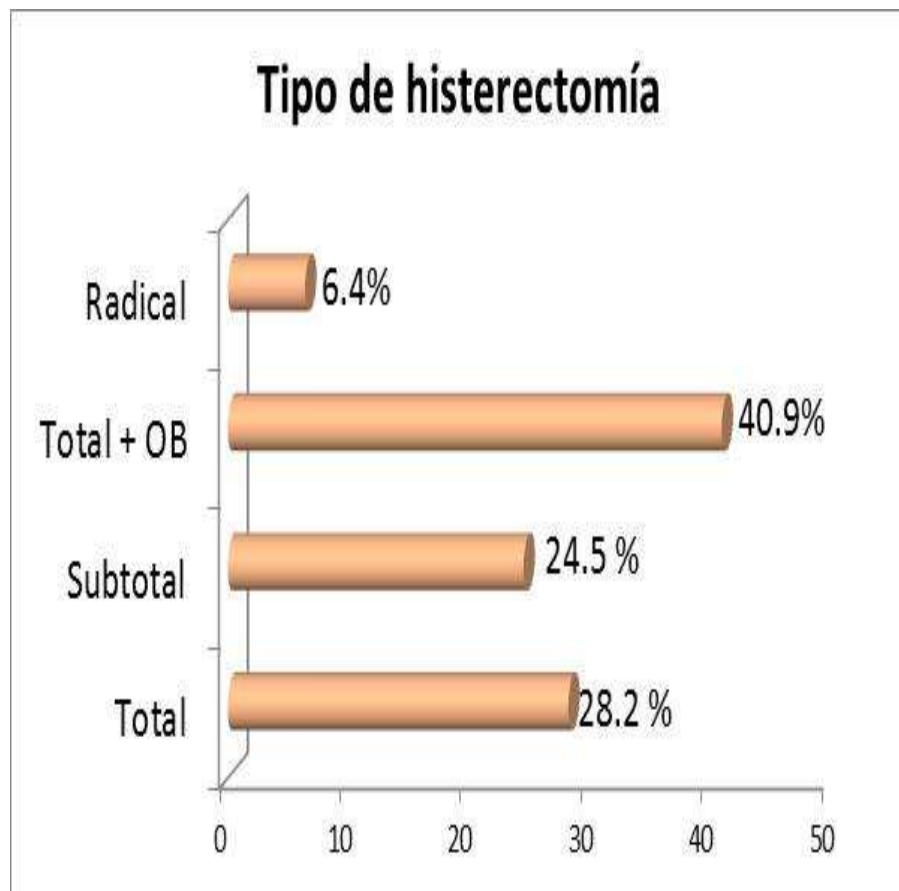


El 96.4% de histerectomías fueron abordadas de forma abdominal



**c) TIPO DE HISTERECTOMÍA**

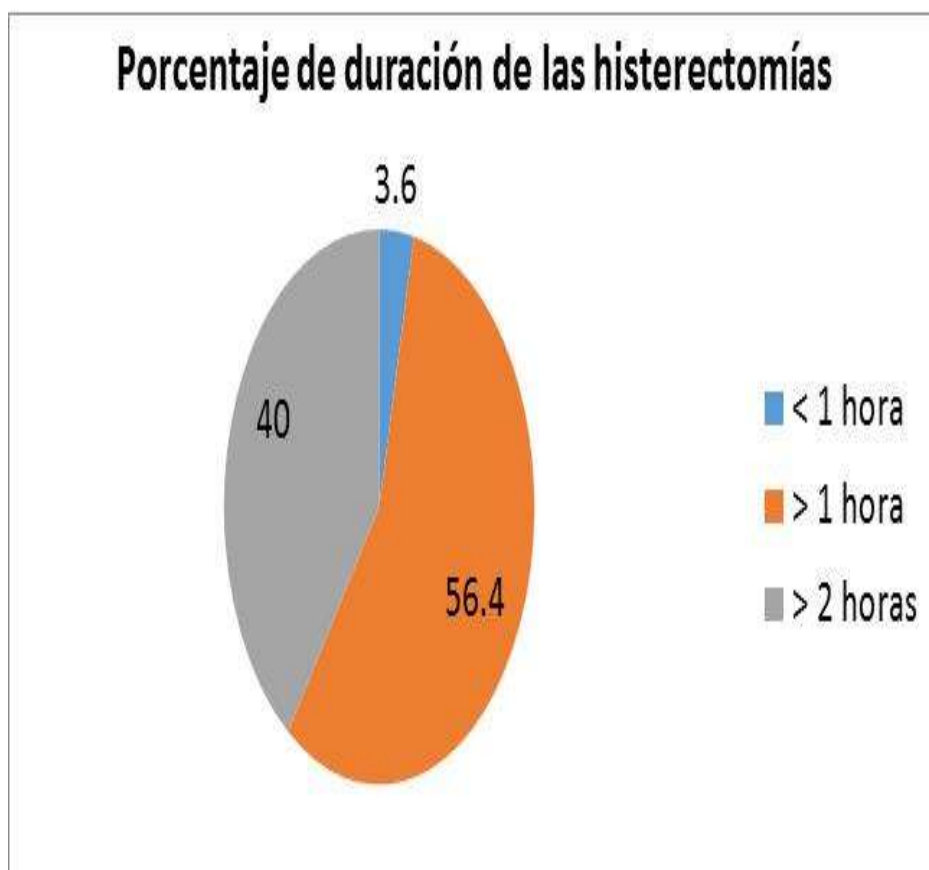
Grafico No 05: Tipo de histerectomías que se realizan en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013



El 40.9% de histerectomías realizadas fueron Total más SOB.

**d) DURACIÓN DE LA CIRUGÍA**

Grafico No 06: Duración de las histerectomías que se realizan en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013



El 56.4% de las histerectomías duraron más de dos horas y el 40% más de una hora

**e) COMPLICACIONES**

Tabla No 03: Complicaciones que presentaron las pacientes que fueron sometidas a histerectomías en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013

COMPLICACIONES	FRECUENCIA
Ninguna complicación	99
Acretismo	1
Hematoma pared	1
Ileo/hematoma	1
Absceso cervix	1
Infeccion hospitalaria	1
Insuficiencia mitral	1
Rotura uterina	1
Sangrado	1
Sepsis	1
Shock hipovolémico	1
Shock hipovolémico+ lesión ureter	1
TOTAL	110

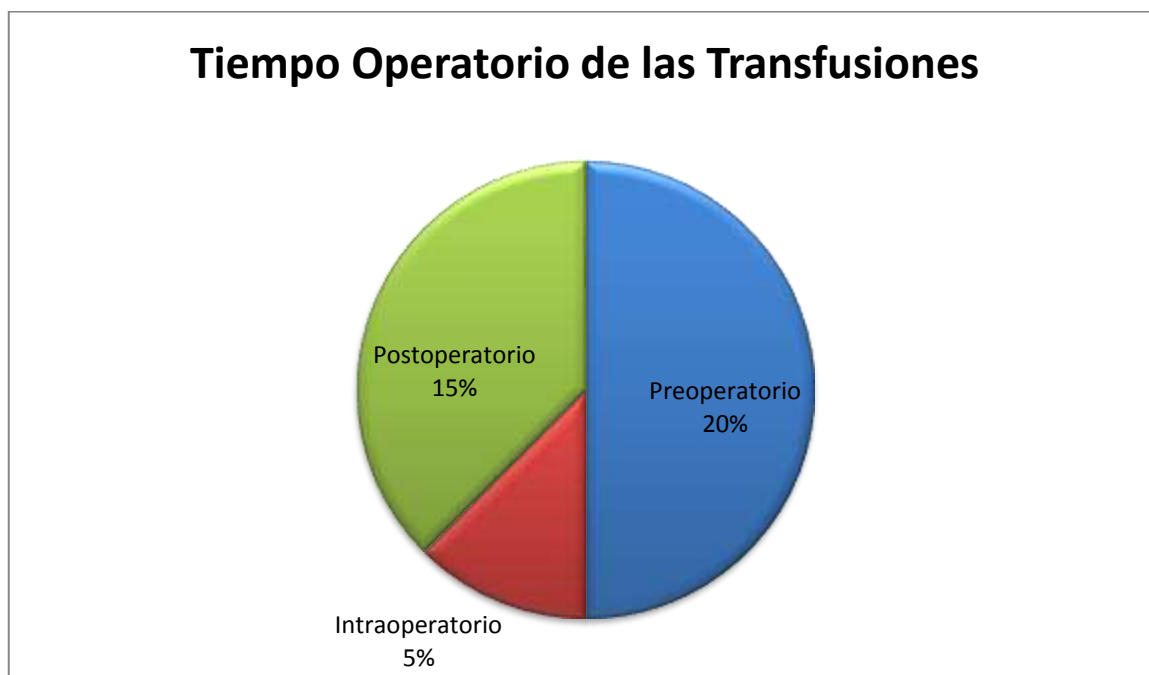
De las 110 histerectomías 11 presentaron complicaciones, es decir el 10%. En la tabla 03 se detallan las complicaciones descritas en las historias clínicas.

**f) TRANSFUSIONES**

Tabla No 04: Tiempo operatorio en el que se realizó la transfusión sanguínea en las pacientes que fueron sometidas a histerectomías en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013

TIEMPO OPERATORIO	Porcentaje
Preoperatorio	20
Intraoperatorio	5
Postoperatorio	15

Grafico No 07: Tiempo operatorio de la transfusión en las pacientes que fueron sometidas a histerectomía en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013



El 60% de las histerectomías no necesitaron transfusiones sanguíneas y en el 40% si se realizaron transfusiones sanguíneas. Las transfusiones sanguíneas se realizaron en los siguientes momentos: 20% pre operatorias, 5% intra operatorias y el 15 % post operatorias

## DISCUSIÓN

- En este estudio se encontró que dentro de las características de las pacientes sometidas a histerectomías se demuestra que la edad en que fluctúan es entre los 17 a 82 años con un promedio de 43 años. Hay un grupo importante de adolescentes que han sido sometidas a histerectomía, un porcentaje alto en relación a estudios realizados en latino américa (20). Este rango de edad difiere de otros estudios en los que el rango es entre los 27 a 75 con un promedio de 44 según la Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia y entre 33 a-47 años con un promedio de 41 años según la Revista Médica de Cayetano Heredia; estos rangos son extremos, lo que podría incrementar la frecuencia de histerectomías y de esta manera de mortalidad materna.
- El 88% de las pacientes histerectomizadas fueron cesareadas anteriores. Es conocido que la historia de cesárea anterior es un factor de riesgo para la placentación anormal y, en particular para una adherencia patológica de la placenta lo que puede llevar a terminar un embarazo en hemorragia lo que conlleva a una histerectomía (5-7).
- Debemos resaltar que los estudios citológicos realizados a las mujeres sometidas a histerectomías presentaron metaplasia, cambios citopatológicos y lesiones maligna. Actualmente se cree que ciertos tipos de HPV son el factor etiológico central en la aparición del cáncer del cuello del útero y de sus lesiones precursoras. El cáncer asociado con HPV se encuentra en las áreas cervicales y vulvares. Actualmente la histerectomía y el cono constituyen tratamientos en la mayoría de los casos, sin embargo estos son considerados excesivos y demuestran las pocas medidas de prevención que se basan en citología anual y vacunación para papiloma virus. (21)
- Los principales diagnóstico pre quirúrgico de las mujeres sometidas a histerectomías fueron: Mioma uterino, Hemorragia, Prolapso y NIC. Esto

- coincide con otros estudios que consideran que estas indicaciones son las más comunes (11-15).
- La mayoría de las histerectomías fueron abordadas de forma abdominal, es conocido que para elegir el método perfecto el ginecólogo debe tener en cuenta cómo el procedimiento puede realizarse más segura para satisfacer las necesidades del paciente. En los últimos años ha aumentado el número de los procedimientos laparoscópicos sin embargo no es una práctica que se realice en el Hospital Regional de Loreto (17-18). No se reportaron complicaciones relacionadas a infecciones en la herida quirúrgica aunque algunos países lo reportan hasta en un 3% (16)
- Las pacientes fueron sometidas a histerectomía total más salpingooforectomía bilateral en un 40.9%, debido a que presentaban cambios citológicos.
- Se encontró que el 56.4% de pacientes que fueron sometidas a histerectomía tuvieron un tiempo quirúrgico entre 60 a 120 minutos, lo mismo que indica la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología – quienes consideran un rango entre los 60- 180 min.
- El tiempo operatorio más frecuente en que se realizaron transfusiones sanguíneas fue en el pre y post operatorio sumando un 35%, debido a que las pacientes tenían baja hemoglobina al momento del ingreso a sala de operaciones o porque fueron pacientes post-cesareadas quienes presentaron atonía uterina y terminaron en una histerectomía para salvar sus vidas.

## **CONCLUSIONES**

- La edad promedio de las mujeres sometidas a histerectomía tenían 43 años.
- Casi todas las pacientes sometidas a histerectomías fueron cesareadas anteriores y 2 de 10 pacientes presentaban hipertensión arterial.
- Estudios citológicos 2 de 100 mujeres presentaron metaplasia.
- Resultados de biopsia 2 de cada 10 pacientes tenían algún cambio citopatológico y 8 de 100 compatible con lesión maligna.
- Al examen de ultrasonido los principales diagnósticos fueron mioma y quiste ovárico.
- Los principales motivos de consulta de las mujeres que fueron sometidas a histerectomías fueron contracciones uterinas, dolor Hipogastrio, sangrado vaginal y tumor vulvar.
- Los principales diagnóstico pre quirúrgico de las mujeres que fueron sometidas histerectomías Mioma uterino, Hemorragia, Prolapso y NIC
- La mayoría de las histerectomías tuvieron una incisión mediana infra umbilical, fueron abordadas de forma abdominal, fueron Total más y duraron más de dos horas. 1 de cada 10 histerectomías presentaron complicaciones y 4 de 10 histerectomías requirieron una transfusión sanguínea.

## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda fortalecer los programas de citología y vacunación para papiloma virus.
- Se recomienda actualizar los procedimientos quirúrgicos como procedimientos laparoscópicos.
- Se recomienda realizar auditorías de registro según protocolos para el adecuado registro de la información básica en las historias clínicas.

## **CAPITULO V**



## REFERENCIAS

1. Tavera, L. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ: DESAFÍOS PENDIENTES. Rev. peru. ginecol. obstet. [online]. 2013, vol.59, n.3 [citado 2014-10-20],pp.153-156
2. DAMASO-MATA, BC et al. FACTORES RELACIONADOS A LA MORTALIDAD PERINATAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE HUÁNUCO. Acta méd. peruana [online]. 2014, vol.31, n.1 [citado 2014-10-21], pp. 15-22.
3. Informe de práctica AAGL: "PRÁCTICA DE LAS DIRECTRICES PARA LA HISTERECTOMÍA SUBTOTAL/SUPRACERVICAL LAPAROSCÓPICA (LSH)." J Minim Gynecol invasiva 21.1: 9-16.
4. D'Arpe, S., S. Franceschetti, et al. "HISTERECTOMÍA PERIPARTO DE EMERGENCIA EN UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA TERCIARIA: UNA REVISIÓN DE 14 AÑOS." Arch Gynecol Obstet.
5. Alchalabi, H., Lataifeh I., et al "MÓRBIDA ADHERENTE DE LA PLACENTA PREVIA EN LA PRÁCTICA ACTUAL: PREDICCIÓN Y LA MORBILIDAD MATERNA EN UNA SERIE DE 23 MUJERES QUE SE SOMETIERON A HISTERECTOMÍA." J Matern Fetal Neonatal med
6. Adelman, M. R., T. R. Bardsley, et al "LAS LESIONES DEL TRACTO URINARIO EN LA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA." J Minim invasiva Gynecol 4 21: 558-66.
7. Bassey, G. y C. I. Akani "HISTERECTOMÍA PERIPARTO DE EMERGENCIA EN UN ENTORNO DE BAJOS RECURSOS: UN ANÁLISIS DE 5 AÑOS." Níger J Med 23: 170-5.

8. Mettler Alkatout, I., L., et al. "HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y PROLAPSO: UN CONCEPTO MULTIPROCEDURAL." 1 18 JSLS: 89-101.
9. Cromi Bogani, G., A., et al. "LAPAROSCÓPICO VERSUS HISTERECTOMÍA VAGINAL INDICACIONES BENIGNAS EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS: ANÁLISIS PROPENSIÓN COMPARABLE." MENOPAUSIA.
10. Brown, J., K. Taylor, et al. "LA HISTERECTOMÍA SUPRACERVICAL LAPAROSCÓPICA CON MORCELACIÓN: DEBE QUEDARSE O QUÉ?" J Minim Gynecol. Invasiva
11. Allam, I. S., I. A. Gomaa, et al "INCIDENCIA DE LA HISTERECTOMÍA PERIPARTO EMERGENCIA EN HOSPITAL DE MATERNIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE AIN SHAMS, EGIPTO: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO." Arch Gynecol Obstet.
12. Malova Palova, E., A., et al "EVOLUCIÓN DE HISTERECTOMÍA PERIPARTO EN NUESTRO DEPARTAMENTO - EVALUACIONES CINCO AÑOS." Ceska Gynekol 79(3): 175-8.
13. Sahin, S., K. Guzin, et al. "HISTERECTOMÍA PERIPARTO EMERGENCIA: NUESTRA EXPERIENCIA DE 12 AÑOS." Arch Gynecol Obstet 289(5): 953-8.
14. Wei, p., Zhang W., et al. "HISTERECTOMÍA PERIPARTO EN 38 HOSPITALES EN CHINA: UN ESTUDIO BASADO EN LA POBLACIÓN." Arch Gynecol Obstet 289(3): 549-53.
15. Jeppson, P. C. y V. W. Sung "HISTERECTOMÍA POR PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS: INDICACIONES Y TÉCNICAS." Clin Obstet Gynecol 57: 72-82.

16. Goodrich Mahdi, H., S., et al. "PREDICTORES QUIRÚRGICOS, SITIO DE INFECCIÓN EN LAS MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA POR PATOLOGÍA GINECOLÓGICA BENIGNA: UN ANÁLISIS MULTICÉNTRICO USANDO LOS DATOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE CALIDAD QUIRÚRGICA MEJORA." J Minim solicitaban Gynecol invasiva: 901-9.
17. Schollmeyer, T., M. Elessawy, et al. "TENDENCIAS HISTERECTOMÍA DURANTE UN PERÍODO DE 9 AÑOS EN UN CENTRO DE ENSEÑANZA ENDOSCÓPICA." Int J Gynaecol Obstet 126(1): 45-9.
18. Nemeth, G. "INDICACIONES Y MÉTODOS DE LA HISTERECTOMIA." ORV Hetil 155(29): 1152-7.
19. Solnik, M. J. y M. G. Munro "INDICACIONES Y ALTERNATIVAS A LA HISTERECTOMÍA. Clin Obstet Gynecol 57: 14-42.
20. Briceño-Pérez Carlos, Briceño-Sanabria Liliana, García Scott, Jaimes Tania, Briceño-Sanabria Juan Carlos, Briceño-Sanabria Carlos. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA: ANÁLISIS DE 15 AÑOS. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2015 Mar 12] ; 69(2): 89-96.
21. Evelio Cabezas Cruz. CONDUCTA FRENTE A LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC) Rev Cubana Obstet Ginecol 1998;24(3):156-60

## ANEXOS

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº Ficha: \_\_\_\_\_

#### SERVICIO PROCEDENCIA:

a. Obstetricia       b. Ginecología       c. Emergencia

#### DATOS GENERALES

Edad: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA** ..... **Fecha** .....

#### ANTECEDENTES:

FUR: ..... RC: ..... MAC: .....

FO: G ...P..... Parto anterior: Cesarea SI NO FUP: .....

Comorbilidad: HTA..... DBT..... Otros.....

Flujo.....Tx.....

Citología.....Fecha.....

Inflamación SI NO

Ecografía preoperatoria:.....Fecha:.....

Hb preQx..... Anticoagulación profiláctica SI NO Medicación.....

**DIAGNÓSTICO PRE QUIRÚRGICO** .....

#### CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS DE LA HISTERECTOMIA:

Fecha cirugía.....

Tipo de incisión Suprapubica (SP)..... Infraumbilical (MIU).....

Vía cirugía: Vaginal:..... Abdominal:..... Laparoscópica:.....

Tipo de cirugía: a.Total :..... b.Total con doble anexectomía :.....

c.Subtotal..... d.Radical:.....

Duración..... Sangrado.....

Cierre: Peritoneo SI NO Cúpula SI NO

Complicaciones.....

Transfusión: PreQx..... IntraQx ..... PostQx.....

