

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“HISTERECTOMÍA ABDOMINAL: CARACTERÍSTICAS
CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE MOQUEGUA 2006-2010”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:
Bach. MAGALY MIRANDA BELTRÁN**

**Tacna – Perú
2011**



JURADO DE TESIS:

PRESIDENTE : Med. Pedro Cárdenas Rueda

SECRETARIO : Med. José Manuel Ferrer Rivera

VOCAL : Med. Marco Neyra Urquiza

ASESOR : Med. Alberto Flor Chávez



DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a mi madre quien continuamente me brinda su confianza, amor y apoyo incondicional con lo que me ayuda a seguir adelante en todo lo que me proponga en la vida, a mi padre a quien siempre me encomiendo y desde el cielo me protege como si estuviera a mi lado, a mis hermanos por creer en mí, a Luis por su amor, disponibilidad, apoyo y comprensión en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, fuente de sabiduría y bondad.

A mi asesor, Med. Alberto Flor Chávez por su disponibilidad y ayuda en la culminación de esta tesis.

A todos mis maestros, siendo cada uno de ellos un apoyo para mi formación, brindándome su sabiduría y permitiéndome encontrar en ellos un amigo.

Al personal de admisión, por facilitarme los expedientes clínicos para la recolección de los datos.



RESUMEN

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico más frecuente en la práctica ginecológica. La mayoría se realizan como tratamiento de miomas uterinos, cáncer genital, hemorragias uterinas, prolapsos, complicaciones de EPI, endometriosis y dolor pélvico. **Objetivo:** Determinar las características clínico-epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal en el Hospital Regional de Moquegua. **Materiales y método:** Es un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. La población está conformada por 92 pacientes a quienes se les practicó histerectomías abdominales en el Hospital Regional de Moquegua durante los años 2006-2010. La información se obtuvo de la revisión de las historias clínicas de las pacientes mediante una ficha de recolección de datos. **Resultados:** En el Servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Moquegua, se practicaron 115 histerectomías abdominales de las cuales 92 cumplieron los criterios de inclusión. Las principales características de las pacientes son: casadas (54,3%), nivel de instrucción superior (37%), amas de casa (70,7%), con hijos vivos (91,3%), sin antecedentes de cesáreas (85,9%), sin antecedentes de aborto (68,5%). El síntoma más frecuente fue la hemorragia uterina anormal (63,0%). Los diagnósticos más frecuentes: mioma uterino (56,5%), lesiones pre-cancerosas (21,7%) y urgencias obstétricas (13,0%). **Conclusiones:** La incidencia promedio anual de histerectomías abdominales es 23 casos por año. El tipo de histerectomía más practicado es la histerectomía total, y los procedimientos más practicados fueron histerectomía más anexectomía. La tasa de complicaciones post-quirúrgicas fue 16,3%

Palabras claves: Histerectomía abdominal



ABSTRACT

Hysterectomy is the most common surgical procedure in gynecological practice. Most are done as treatment of uterine myoma, genital cancer, uterine bleeding, and uterine prolapse, complications of PID, endometriosis and pelvic pain. **Objective:** To determine the clinical and epidemiological characteristics of patients undergoing abdominal hysterectomy in the Regional Hospital of Moquegua. **Methods:** Descriptive, retrospective and transversal. The population is made up of 92 patients who underwent abdominal hysterectomy in the Regional Hospital of Moquegua during the years 2006-2010. The information was obtained from the review of medical records of patients using a data collection sheet. **Results:** In the Service of Gynecology and Obstetrics Regional Hospital of Moquegua, 115 abdominal hysterectomies were performed of which 92 met the inclusion criteria. The main characteristics of the patients are married (54.3%), higher educational attainment (37%), homemakers (70.7%), with living children (91.3%) with no history of cesarean section (85.9%) without history of abortion (68.5%). The most common symptom was abnormal uterine bleeding (63.0%). The most common diagnoses were uterine myoma (56.5%), pre-cancerous lesions (21.7%) and obstetric emergencies (13.0%). **Conclusions:** The average annual incidence of abdominal hysterectomy is 23 cases per year. The type of hysterectomy over total hysterectomy is performed, and the procedures performed were hysterectomy plus oophorectomy. The rate of postoperative complications was 16.3%

Key words: abdominal hysterectomy



LISTA DE ABREVIATURAS

ASA	American Society of Anesthesiologists
CID	Coagulación intravascular diseminada
CSTP	Cesárea segmentaria transversal primaria
DIU	Dispositivo intrauterino
EAU	Embolización de las arterias uterinas
EPI	Enfermedad Inflamatoria Pélvica
GnRH	Hormona liberadora de gonadotrofina
HAT	Histerectomía Abdominal Total
HIFU	High Intensity Focused Ultrasound
HRM	Hospital Regional de Moquegua
MINSA	Ministerio de Salud
NIC	Neoplasia cervical intraepitelial
OMS	Organización Mundial de la Salud

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
---------------------------	---

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema.....	11
1.2 Formulación del Problema.....	11
1.3 Objetivos de la Investigación.....	11
1.4 Justificación.....	12
1.5 Definición de Términos.....	13

CAPITULO II

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación.....	16
2.2 Marco teórico.....	22
2.2.1 Histerectomía.....	22
2.2.1.1 Historia.....	22
2.2.1.2 Epidemiología.....	23
2.2.1.3 Indicaciones.....	24
2.2.2 Tipos de Histerectomía.....	42
2.2.3 Histerectomía Abdominal versus Histerectomía Vaginal.....	43
2.2.4 Histerectomía Abdominal Total.....	45
2.2.5 Histerectomía Vaginal.....	46
2.2.6 Histerectomía Laparoscópica.....	47

CAPITULO III

3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Operacionalización de las variables.....	50
--	----



CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo de investigación.....	53
4.2 Ámbito de estudio.....	53
4.3 Población y muestra.....	53
4.4 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	54
4.5. Instrumentos de Recolección de datos.....	54

CAPITULO V

5.1 Procedimientos de análisis de datos.....	56
--	----

CAPITULO VI

6.1 Resultados	58
6.2 Discusión.....	81
6.3 Conclusiones.....	86
6.4 Recomendaciones.....	87

BIBLIOGRAFÍA.....	88
--------------------------	-----------

ANEXOS.....	92
--------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

La histerectomía o extirpación quirúrgica del útero es un procedimiento frecuente en ginecología. Se realiza dependiendo del diagnóstico preoperatorio por ejemplo en miomatosis uterina, cuando el útero es muy voluminoso, y cuando existen procesos inflamatorios o adherenciales muy intensos. La incisión para entrar en el abdomen se puede realizar mediante una incisión vertical (laparotomía media) o transversa baja (incisión de Pfannenstiel).

La mayoría de histerectomías se realizan como tratamiento de miomas uterinos, cáncer genital, hemorragias uterinas, prolapsos, complicaciones de EPI, endometriosis y dolor pélvico. A pesar de otras alternativas terapéuticas desarrolladas en los últimos años, la citada intervención se realiza con gran frecuencia lo cual puede sugerir que algunas son innecesarias.

El Mioma uterino es un tumor benigno que se origina en la fibra muscular lisa, la mayor parte de las portadoras de mioma uterino son asintomáticas, por lo que el tumor puede alcanzar un gran tamaño antes de detectarse. Clásicamente se ha considerado que el tratamiento de la enfermedad es quirúrgico, siendo la histerectomía y la miomectomía los procedimientos más utilizados.

La histerectomía, generalmente, no es un procedimiento que deba ser realizado de urgencia (excepto en urgencias obstétricas). A propuesta del médico, la paciente tiene tiempo para meditar sobre su realización y considerar otros tratamientos y opiniones. La decisión de histerectomía tiene una importante carga emocional.

En general, la histerectomía es un procedimiento reglado, pero no está exento de riesgos inmediatos como hemorragia, infección, lesiones intestinales o de vías urinarias, embolismo y trombosis. En pocos casos puede ocurrir la muerte.

Durante la rotación del internado médico por el servicio de Gineco-obstetricia, tuve la oportunidad de participar en el tratamiento y seguimiento de pacientes histerectomizadas, motivo que despertó interés para desarrollar el presente trabajo de



investigación cuyo propósito es identificar las características clínica-epidemiológicas de las histerectomías abdominales practicadas en las pacientes del Hospital Regional de Moquegua.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN



1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico frecuente en la práctica ginecológica. Con el advenimiento de la técnica laparoscópica descrita por Reich en 1989 se reanudó la discusión acerca de la mejor vía de abordaje, desafiando las preferencias tradicionales: vaginal y abdominal. Aún cuando la histerectomía laparoscópica se asocia a una recuperación más rápida que la abdominal, su mayor costo cuestiona su indicación. La histerectomía vaginal aparece entonces, como una alternativa válida, sin embargo la técnica más aplicada entre estas dos alternativas, continua siendo la histerectomía abdominal. (1)

Durante mi rotación en el servicio de gineco-obstetricia tuve la oportunidad de conocer los antecedentes gineco-obstétricos, clínica y tratamiento de las pacientes que iban a ser sometidas a histerectomía abdominal, observando que la frecuencia de este procedimiento fué aumentando en el transcurso del año.

El presente estudio aborda un problema de interés actual, se propone identificar las características clínico-epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal en el Hospital Regional de Moquegua, resaltando que no se realizaron trabajos de investigación sobre dicho tema.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de las histerectomías abdominales practicadas en las pacientes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Moquegua durante el periodo 2006-2010?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar las características clínico-epidemiológicas de las histerectomías abdominales practicadas en las pacientes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Moquegua durante el periodo 2006-2010.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la incidencia de histerectomía abdominal practicadas en las pacientes del Hospital Regional de Moquegua durante el periodo 2006-2010.
- Describir las características clínico-epidemiológicas de las pacientes con histerectomía abdominal practicadas en el Hospital Regional de Moquegua durante el periodo 2006-2010.
- Conocer las principales indicaciones de las histerectomías abdominales practicadas en el Hospital Regional de Moquegua durante el periodo 2006-2010
- Conocer la frecuencia de complicaciones de las histerectomías abdominales practicadas en el Hospital Regional de Moquegua durante el periodo 2006-2010

1.4. JUSTIFICACIÓN

La histerectomía abdominal, es un tema de interés, es objeto de atención priorizada como tratamiento de las miomatosis uterinas, ya que mejora los síntomas de las pacientes, pero tiene grave repercusión sobre la reproducción de la mujer. No hay estudios publicados al respecto en el departamento de Moquegua, por lo que el presente estudio revelará información valiosa y necesaria.

Se plantea un estudio original y factible de realizar en el Hospital Regional de Moquegua. Los hallazgos de la investigación servirán para contribuir al conocimiento teórico de esta cirugía ginecológica y permitirá mejorar la atención a las pacientes mujeres de nuestro hospital.

El propósito de este estudio es conocer la incidencia, características clínico-epidemiológicas, indicaciones, el diagnóstico más anemizante, complicaciones de las histerectomías abdominales practicadas a las pacientes del Hospital Regional de Moquegua durante el periodo 2006-2010.

1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Add-back therapy esta consiste en que una vez completados los 3 meses de tratamiento con un agonista de la GnRH, éste se continúe administrando a largo plazo conjuntamente a un tratamiento combinado, con estrógenos y progestágenos.

Adenomiosis es un desorden Ginecológico común que lleva a dismenorrea premenstrual y comenstrual, dolor pélvico errático, metrorragia y crecimiento globular difuso del fondo del útero. Patológicamente, la adenomiosis se define como la invasión del endometrio dentro del miometrio, produciendo un útero agrandado difusamente el cual microscópicamente presenta glándulas endometriales ectópicas no neoplásicas y estroma rodeado de endometrio hiperplásico e hipertrófico. Afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva, teniendo mayor incidencia en mujeres mayores de 30 años y multíparas

ASA American Society of Anesthesiologists.

Cirugías gineco-obstétricas una enorme gama de cirugías y procedimientos ginecológicos y obstétricos, dentro de los que puede mencionarse la histerectomía abdominal, con o sin conservación de las trompas y ovarios, la resección quirúrgica de quistes de ovario, la esterilización quirúrgica, la cura operatoria de prolapsos vaginales con cura de incontinencia urinaria, cesáreas y más.

La enfermedad Inflamatoria Pélvica (E.I.P.) comprende las alteraciones inflamatorias e infecciosas que afectan los órganos genitales situados en la pelvis menor. Incluye combinaciones de cervicitis, endometritis, salpingitis, anexitis y pelvi- peritonitis, así como abscesos tubo-ováricos. , es consecuencia de una infección ascendente de la cérvix.

Histrectomía abdominal extirpación del útero mediante una incisión en la pared abdominal.



Lesiones pre-malignas lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino (NIC I, NIC II, NIC III).

Operación de Shauta histerectomía radical por vía vaginal o Histerectomía de Wertheim extirpación del útero, parte de la vagina y los parametrios, utilizada en el tratamiento del cáncer. Histerectomía radical

Placenta acreta, increta y percreta Implantación placentaria en que hay adherencia anormalmente fija a la pared uterina: Acreta: se adhiere al miometrio, Increta: penetra el miometrio, Percreta: atraviesa el miometrio

Sinequias uterinas Las sinequias corresponden a un adosamiento de las caras internas del útero debido a la formación de adherencias. Pueden ser totales, cuando afectan a la cavidad y el istmo uterino, o parciales, cuando afectan a una porción variable de la cavidad uterina y/o del istmo.



CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Pichardo Pantaleón y cols., estudio prospectivo, transversal de 38 pacientes, a los que se les practicó histerectomía por mioma uterino. El objetivo consistió en determinar el perfil de esas pacientes. Los principales resultados de esta investigación fueron: que el 26,3% de pacientes tenían edades entre 41-45 años; la mayoría de pacientes tenían entre 2-4 gestaciones previas (42,1%); la mayoría tenía 2-4 partos previos (47,4%). El síntoma más frecuente fue el sangrado vaginal con un 33% y el diagnóstico histopatológico más frecuente fue mioma con 84,2%. (2)

Escobar y cols., con el objetivo de establecer la relación entre factores socio económicos y la historia de histerectomía en mujeres ancianas Latinoamericanas se realizó en 7 ciudades (Ciudad de México, La Habana, Bridgetown, Sao Paulo, Santiago, Montevideo y Buenos Aires) de América Latina y del Caribe (1999-2000), en mujeres de 60 años o más. Entre los resultados encontrados destacan: tener seguro de salud público/militar (OR= 0.75, 95% IC 0.60-0.94) o ninguno (OR=0.65, 95% IC 0.48-0.88) comparados con seguro de salud privado. Igualmente el hacinamiento (OR= 0.74, 95% IC 0.64-0.85) se encontró asociado con tasas menores de histerectomía. Por el contrario, un nivel de educación más alto (OR= 1.02, 95% IC 1.00-1.04) estuvo asociado con tasas mayores de histerectomía. Adicionalmente, se encontró que edades mayores de 75 años están asociadas a tasas más bajas de histerectomía que edades de 60-74 años en cada una de las ciudades. (3)

Ramos y cols., encontraron que la incidencia de histerectomía obstétrica absoluta fue de 21 casos y, considerando que el total de nacimientos vivos que se presentaron en el periodo 2007- 2008 fue 16,633, la incidencia fue de 1,26 por 1,000 nacidos vivos. Respecto a identificar los factores pre disponentes que se asociaron a histerectomía obstétrica encontraron que la media de edad fue de 29.9 años (17 y 40 años). El promedio de embarazos fue 2,76; el de partos 1,19; el de cesáreas 1,48 y el de abortos 0,1. Los diagnósticos pre-quirúrgicos más frecuentes fueron atonía uterina (33,3%) y acretismo placentario (28,6%). Los



diagnósticos histopatológicos reportados con mayor frecuencia fué placenta accreta (28,6%), miometritis (23,8%), placenta increta (14,3%), deciduitis aguda (14,3%), dehiscencia de histerorrafia (9,5%), placenta percreta (4,8%) y miomatosis (4,8%). Tres pacientes (14,2%) presentaron complicaciones postquirúrgicas: Lesión a anexos (9,5%) y Lesión vesical. (4)

De los Ríos y cols., en un estudio que incluyó pacientes que fueron intervenidas por histerectomías laparoscópicas entre diciembre de 2002 y abril de 2008 en una clínica de Colombia. Se evaluaron las características socio-demográficas, las indicaciones de cirugía, el porcentaje de laparoconversión y las causas de la misma, el tiempo quirúrgico, la pérdida sanguínea estimada, el tiempo de hospitalización, el número de dosis de analgésicos requeridos, los días de incapacidad y las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias. En total se incluyeron 837 pacientes, cuya edad promedio fue 42,7 años. 83,8% de las mujeres eran ASA I (American Society of Anesthesiologists) y la principal enfermedad de base fué la hipertensión arterial (9,9%). En 822 de ellas, el procedimiento se llevó a cabo por laparoscopia mientras que 15 (1,7%) requirieron laparoconversión. Las indicaciones más frecuentes para la cirugía fueron miomatosis (43,8%) y hemorragia uterina anormal (36,1%). Adicional a esto, el tiempo quirúrgico promedio fue 85,9 minutos y la tasa total de complicaciones llegó a ser 12,5%; de la cuales, 3,1% lo constituyeron complicaciones mayores. (5)

Vanegas y cols., realizaron un estudio para determinar la incidencia, características clínicas, causas y complicaciones de la histerectomía obstétrica de urgencia en las pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Docente Materno de Guanabacoa en los años 1984 al 2008. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo y longitudinal para conocer el comportamiento de algunas variables maternas relacionadas con la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en este servicio. De un total de 69 992 nacimientos, 62 451 abortos y 384 embarazos ectópicos, se realizaron 281 histerectomías obstétricas para una incidencia de 0.2%. Se vió que las características obstétricas relevantes fueron: mayores de 34 años, con un parto

anterior, embarazo a término y antecedente de cesárea. La cesárea aumentó el riesgo 6.7 veces de sufrir una histerectomía en relación con el parto vaginal. El diagnóstico más frecuente fue la hemorragia para un 42.3%. Necesitaron ser remitidas 21 de las pacientes al servicio de Terapia Intensiva. En la morbilidad postoperatoria primaron las complicaciones de la herida quirúrgica y la anemia. La mortalidad alcanzó un 3.6%. Concluyen que el índice de histerectomía obstétrica en el peri parto es elevado, asociado a la cesárea como un factor de riesgo relativo mayor, no solo condicionada por el sangrado aunque constituye su principal indicación. (6)

García y cols., evaluaron los resultados obtenidos en histerectomías realizadas en el servicio de Cirugía general del Hospital General Universitario "Martín Chang Puga" de Nuevitas en 2007, por las técnicas abdominal y vaginal. Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se conformaron dos grupos de 47 pacientes para ambos procedimientos. La edad que prevaleció en los dos grupos fue la de 36 a 45 años con un 38% y 55.2% respectivamente. La principal indicación para la histerectomía fue el mioma uterino para ambas vías. Se observaron menos complicaciones postoperatorias en la técnica vaginal. La media de estadía en la vía vaginal fue corta por lo que reportó un ahorro en cuanto a costos. La enfermedad asociada que con mayor frecuencia se observó en ambos grupos fue la hipertensión arterial. En la histerectomía abdominal el uso de antimicrobianos fue mayor y con una finalidad terapéutica, mientras que en la vaginal se hizo con fines profilácticos. La técnica vaginal reportó una disminución en la estadía hospitalaria lo que contribuyó a un ahorro de recursos monetarios para la institución. (7)

Revels Vásquez y cols., realizaron un estudio transversal, retrospectivo, realizado entre el 2004-2006 en el Hospital de Gineco-obstetricia. Donde revisaron los expedientes de 103 pacientes a quienes se hizo histerectomía obstétrica. Se calculó la incidencia y se identificaron las características clínicas y socio-demográficas, las indicaciones y las complicaciones de la histerectomía obstétrica expresadas en frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central entre los resultados encontraron: la incidencia de histerectomía obstétrica fue de

ocho casos por cada mil consultas obstétricas. El promedio de edad de las pacientes fué de 31.1 ± 5.1 años. El 72.8% tenía antecedentes de cesárea. La principal indicación fué placenta previa vinculada con acretismo placentario (33%), seguida de hipotonía uterina (22.3%). Las complicaciones fueron: choque hipovolémico (56.3%) y lesión vesical (5.8%). No hubo muertes maternas. El antecedente de cesárea induce mayor incidencia de histerectomía obstétrica en mujeres con embarazo de alto riesgo, ya que se relaciona con la placenta previa, que incrementa la posibilidad de hemorragia y, por ende, la morbilidad y mortalidad maternas. (8)

Páez Angulo y cols., registraron en forma prospectiva todas las mujeres que necesitaron histerectomía obstétrica, las cuales ingresaron al Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico “La Raza”. La edad de las pacientes fué de 20 a 41 años, en las cuales se realizaron 41 histerectomías, pero sólo 25 de estos casos presentaron otro trastorno asociado, donde la ruptura prematura de membranas tuvo una frecuencia de 32%, la pre-eclampsia severa 20% y la miomatosis uterina 16%, otras 8 patologías asociadas a esta complicación obstétrica se presentó en un caso por cada uno de los trastornos registrados. La estancia hospitalaria promedio fué de 2.5 ± 0.2 (M \pm DE) días preoperatorios y de 8.5 ± 0.3 días postoperatorios. Las anormalidades gineco-obstétricas incluyeron trastornos orgánicos como la miomatosis, perforación uterina y útero bicorne. Entre los trastornos funcionales presentes en las pacientes, sobresalen: la preeclampsia severa, obesidad materna, embarazo con portación de DIU, cisticercosis materna y la cardiopatía por doble lesión mitral. El apgar de los recién nacidos vivos a término, mostró una baja calificación al primer minuto, con buena recuperación en la mayoría de los casos. El análisis mostró un mayor riesgo de histerectomía obstétrica en las pacientes con edad de 31 a 35 años, así como el análisis de varianza indicó que la patología agregada tiene influencia sobre la realización de histerectomía obstétrica, con diferencia significativa ($p < 0.05$). La influencia de esta patología puede deberse a las anormalidades que ocurren en la pared uterina y en consecuencia a los procesos de involución que deben presentarse después de la salida del producto de la concepción. (9)

Fuentes y cols., estudiaron un periodo de 14 años, en el cual se produjeron 45 386 nacimientos, de ellos 75,9 % fueron transpelvianos y 24,1 % fueron cesáreas. Se realizaron un total de 99 histerectomías obstétricas, lo que hace una incidencia general de 21,8 por cada 10 000 nacimientos. La incidencia de la histerectomía puerperal fue de 55,7 por cada 10 000 cesáreas y de 9,2 por cada 10 000 partos transpelvianos. De 99 histerotomías realizadas, 45,4 % corresponden con cesáreas urgentes; mientras que el parto eutócico y la cesárea electiva tuvieron una frecuencia de presentación de 19,1 % y 16,1 % respectivamente. Entre las causas que conllevaron a la histerectomía se destacan la atonía uterina (28,2%), la sepsis (25,2%) y la hemorragia post cesárea (15,1%); las que representaron de manera conjunta el 64,6 %. Menos frecuente fué la rotura uterina (12,1%). Al estudiar las causas de atonía uterina: el 50 % fueron provocadas por mioma, mientras que en el 28,5 % la causa fué el parto prolongado. La causa menos frecuente la constituyó la malformación uterina con sólo el 3,5 % de los casos. El diagnóstico anátomo-patológico más frecuente fué la endometritis (29,2%), mioma uterino (14,1%), restos placentarios y placenta accreta fueron menos frecuentes. En 24,2 % del total se encontraron úteros normales. Del total de pacientes histerectomizadas, sólo el 25,2% presentó complicaciones durante o después de la histerectomía.

La tasa de mortalidad materna por histerectomía puerperal fué muy baja en este período de estudio, para el 1,1 por cada 10 000 nacimientos. (10)

Colmenares y cols., estableció los factores de riesgo asociados a complicaciones infecciosas en la cúpula vaginal, posterior a una histerectomía programada vaginal o abdominal. Analizaron 565 pacientes (115 casos y 450 controles), a las cuales se les realizó histerectomía programada para alguna causa benigna o pre maligna. Los casos se definieron como pacientes con diagnóstico de hematoma de cúpula vaginal sobre infectado, absceso o dermatopaniculosis deformante de la cúpula vaginal o cualquier otro estado séptico. Entre los factores de riesgo analizados que tuvieron significancia estadística se encontraron el antecedente de diabetes (OR 6,01 IC: 2,03-18,15), paridad mayor de tres (OR 1,73 IC: 1,10-2,73), uso de DIU (OR 3,94 IC: 2,42-6,43), antecedente de flujo vaginal (OR 5,13 IC: 3,16-8,33) o hallazgos de



inflamación en citología cérvico vaginal (OR 3,76 IC: 2,37-5,97) y uso de anti coagulación profiláctica (OR 3,37 IC: 2,15-5,28). (11)

Bejar Cuba, realizó un trabajo de investigación en el Instituto Materno Perinatal (Ex-Hospital Maternidad de Lima), con el objetivo de conocer la incidencia de la histerectomía durante la gestación (Histerectomía Obstétrica) y los factores asociados a la misma, para lo cual se recurrió a la revisión del total de casos de este procedimiento (136 pacientes) ocurridos entre enero de 1999 a diciembre del 2000. Durante este periodo se registraron 43 559 partos, de los cuales 14004 (32,2%) fueron por cesárea. La edad promedio de las pacientes fué de $30,7 \pm 6,86$ años (rango de 17 a 45 años), con una paridad promedio de $3,51 \pm 1,98$ gestaciones (rango de 1 a 9). El 77,3% no tenía control prenatal, el 94,9% ingresaron por emergencia con edades gestacionales entre el 1er y 2do trimestre el 29,4% y el 3er trimestre y puérperas el 70,6%. La incidencia global fué de 3,12 histerectomías por cada 1000 partos y 12,39 histerectomías por cada 1000 abortos. Las principales indicaciones de Histerectomía Obstétrica fueron la sepsis (39,7%), seguido de la atonía uterina post-parto (28,7%), el acretismo (14%). Se practicó Histerectomía Abdominal Total en un 94,1%, el 17,6% fué cesárea histerectomía. La mortalidad alcanzó el 2,2% (3 casos) y el 91,2% fue dada de alta mejorada. Las complicaciones post-operatorias más frecuentes fueron la anemia (45,6%), CID (9,6%) y la infección de herida operatoria (8,1%). (12)

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. HISTERECTOMÍA

La Histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos efectuados más a menudo; después de la cesárea, ocupa el segundo lugar entre los procedimientos quirúrgicos mayores más frecuentes en Estados Unidos. Vista desde una perspectiva histórica, fue inicialmente realizada para condiciones que amenazaban la vida de las pacientes. Ha habido, sin embargo concomitantemente, una aparente caída de las tasas de mortalidad y de complicaciones operatorias y postoperatorias. En los '80, el desarrollo de la laparoscopia y de las técnicas quirúrgicas conservadoras, han contribuido a un cambio en nuestra forma de ver este tema. Al mismo tiempo, los ginecólogos se han vuelto más cuidadosos de los resultados a corto y largo plazo de esta operación. (13)

La mayoría de cirujanos ginecólogos está de acuerdo que una reducción de la tasa de histerectomías realizadas y de complicaciones transoperatorias es posible. Sin embargo, los argumentos sobre la mejor vía para alcanzar este objetivo persisten, aumentando una vez más un viejo y bien conocido debate entre cirujanos que favorecen la vía vaginal y aquellos que prefieren la laparotomía clásica, o el acceso laparoscópico. De esta manera, es necesario evaluar estas diferentes técnicas, sus ventajas e inconvenientes respectivos y el real lugar que ellas deberían ocupar. (14)

2.2.1.1. HISTORIA

Antes de que se intentara la primera histerectomía abdominal, tuvo que pasar un largo periodo de aprendizaje caracterizado por la realización de ovariectomías y miomectomías.

En 1843, Charles Clay, de Manchester, hizo la extirpación abdominal de un útero leiomiomatoso.

La primera extirpación por completo exitosa de un útero leiomiomatoso tuvo lugar en Massachussets, en 1853, cuando Walter Bumham, Lowell, abrió el abdomen con una intención de escindir lo que pensó que era quiste de ovario. Por falta de anestesia adecuada, la paciente vomitó repentinamente y expulsó el enorme útero por la herida. Al no poder devolver el útero a la cavidad, el cirujano se vio obligado a extirparlo. La paciente sobrevivió. Años después, Stimson, quien publicó sus resultados el 1889, fué el primero en practicar la ligadura sistemática de los vasos ováricos y uterinos antes de emprender la histerectomía. (15)

Después de la primera histerectomía vaginal realizada. En 1813, por Langenbeck, en Alemania, hubo numerosos intentos, de acuerdo a autores franceses, la vía vaginal, ya conocida desde la antigüedad, en 1829, en Paris, Joseph-Claude Récammier realizó con éxito la primera histerectomía vaginal basada en los fundamentos anatómicos de la ligadura de pedículos, la cual había sido previamente repetida en cadáveres desde 1802. Fenger describió la moderna operación de la histerectomía vaginal en 1881.

En el año de 1836, Koeberle informó en eventos médicos las primeras histerectomías abdominales. El nombre de Faure permanecerá ligado a la histerectomía subtotal. Wiart, en 1929, codificó la técnica de la histerectomía total propuesta por Kocher y Gosset.

2.2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

La histerectomía es un asunto sanitario importante. Los datos recogidos por el National Hospital Discharge Survey de Estados Unidos, revelan que era la cirugía mayor más común hasta 1981, año en que fué superada por la operación cesárea. El número pico de histerectomías en 1975 llegó a 725000. Desde entonces la frecuencia se ha nivelado en alrededor de 650000 por año o 7 por 1000 mujeres, con edades mayores a los 15 años.

En contraposición, los autores franceses consideran que la histerectomía es, después de la apendicectomía, la intervención en la cirugía visceral más realizada en el mundo. Su mortalidad quirúrgica es menor de 0,1% en la mayoría de los centros médicos, pero la morbilidad sigue siendo un problema y, a veces, sobrevienen complicaciones graves en el postoperatorio. (16)

2.2.1.3. INDICACIONES

La elección de la histerectomía dependerá de la edad de la paciente, sus deseos de embarazo e intención de preservar su útero. Se debería realizar una cuidadosa historia clínica para una evaluación correcta de la intensidad de los síntomas descritos y proveer una oportunidad a que la paciente exprese sus temores y deseos. El tratamiento quirúrgico conservador es posible en la mayoría de casos.

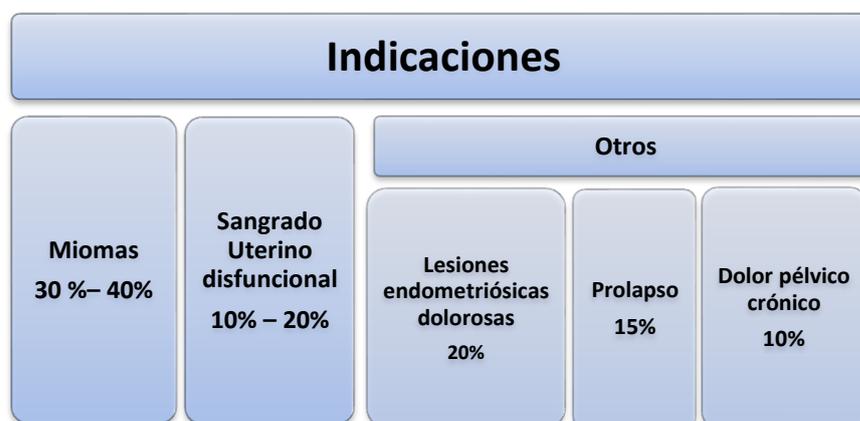


Tabla I. Indicaciones generales de la Histerectomía

El incremento en el número de indicaciones ha evolucionado paralelamente con una espectacular disminución de las tasas de mortalidad y de complicaciones. Aunque hay aceptación general de las indicaciones para histerectomía, la incidencia de las diferentes condiciones patológicas que conducen a esta operación varía considerablemente de un equipo quirúrgico a otro. Los factores responsables de esta variación incluyen los antecedentes y el estado socioeconómico de las pacientes y el más o menos difundido uso de las técnicas quirúrgicas conservadoras. (17)

a. Hemorragia uterina disfuncional

La hemorragia uterina disfuncional es la indicación para efectuar cerca del 20% de las histerectomías. Como suele deberse a anovulación, se puede controlar mediante intervenciones medicas con progestágenos, y estrógenos, combinación de un progestágeno y un estrógeno, anticonceptivos orales o antiinflamatorios no esteroides. En la mayoría de las pacientes, la hemorragia no requiere tratamiento, a menos que produzca anemia o sea excesiva.

En las que tienen más de 35 años de edad, siempre deben obtenerse muestras endometriales antes de la histerectomía. La operación de dilatación y legrado no es un medio eficaz para controlar la hemorragia, ni se requiere antes del procedimiento. Por tanto, la histerectomía debe conservarse para las pacientes que no reaccionan o no toleran el tratamiento médico. En pacientes seleccionadas, deben considerarse otras alternativas a la histerectomía (p. ej., supresión o resección endometrial), porque tales operaciones pueden justificar el costo y tienen una tasa de morbilidad menor. (18)

b. Dismenorrea resistente al tratamiento

Cerca del 10% de las mujeres adultas quedan incapacitadas hasta durante tres días al mes por dismenorreas. Este trastorno se puede tratar con antiinflamatorios no esteroides aisladamente o en combinación con anticonceptivos orales u otros agentes hormonales para disminuir el flujo menstrual o eliminarlo. Rara vez se requiere histerectomía para tratar la dismenorrea primaria.

En las paciente que experimentan el tipo secundario primero debe tratarse el trastorno subyacente (p. ej., leiomiomas, endometriosis). Los antiinflamatorios no esteroides pueden ser eficaces. Solo si fracasa el tratamiento médico o la paciente no desea conservar la fecundidad se considerará la necesidad de efectuar histerectomía. (19)

c. Dolor pélvico

En una revisión a 418 mujeres en las cuales se efectuó histerectomía por diversos trastornos malignos, 18% tenía dolor pélvico crónico y solo se hizo laparoscopia pre operatoria en 66% de ellas. Después del procedimiento, se produjo una reducción importante de los síntomas acompañada de mejoría en la calidad de vida de la paciente. Stovall y colaboradores revisaron los casos de 104 pacientes que se sometieron a histerectomía por dolor pélvico crónico que se consideraba de origen uterino. Las pacientes se vigilaron durante una media de 21.6 meses después de la histerectomía, se observó que 68% había experimentado mejoría de su dolor. Sin embargo, 22% no manifestó mejoría o incluso sufrió exacerbación del dolor. La histerectomía debe efectuarse sólo en las pacientes que tienen dolor de origen uterino que no reaccionan a las medidas terapéuticas no quirúrgicas.

d. Neoplasia cervical intraepitelial

Antes se efectúa histerectomía como tratamiento primario en caso de neoplasia cervical intraepitelial. Sin embargo la profundidad máxima de la displasia a nivel de la unión escamo cilíndrica es de 5.2 mm; 99.7% de las displasias (incluido el carcinoma in situ) se localiza dentro de los 3.8 mm de profundidad desde la superficie epitelial.

Por tanto, para tratar la enfermedad pueden ser eficaces medidas terapéuticas más conservadoras, como crioterapia o procedimiento de resección electroquirúrgica con asa, lo que en la mayoría de las mujeres con dichos trastornos vuelve innecesaria la histerectomía. Esta última es una opción terapéutica apropiada en las pacientes de displasia recurrente de alto grado que no desean preservar la fecundidad; incluso después de histerectomía, se encuentran en peligro incrementado de neoplasia vaginal intraepitelial. (20)

e. Prolapso genital

La histerectomía por prolapso genital sintomático constituye cerca de 15% de las efectuadas en Estados Unidos. A menos que haya un trastorno acompañante que requiera incisión abdominal, la histerectomía vaginal es el acceso preferido para el prolapso genital. De manera característica, el prolapso uterino no es un suceso aislado y se acompaña más a menudo de diversos efectos de sostén pélvico. Cada defecto debe corregirse para volver óptimos los resultados quirúrgicos y disminuir las posibilidades de aparición futura de estos defectos.

f. Urgencias obstétricas

La mayor parte de las histerectomías de urgencia se efectúan a causa de hemorragia post parto debida a atonía uterina. Entre otras indicaciones se encuentran rotura del útero que no se puede reparar o absceso pélvico que no reacciona al tratamiento médico. En pacientes con placenta accreta o increta puede requerirse histerectomía. (21)

g. Enfermedad inflamatoria pélvica

En general puede tratarse exitosamente con antibióticos. No deben researse útero, trompas y ovarios en unas pacientes que tiene enfermedad inflamatoria pélvica, a menos que no haya reaccionado al tratamiento antibiótico intravenoso. Que se proceda a tratamiento quirúrgico conservador, drenaje de absceso o resección de órganos es una decisión subjetiva que debe basarse en la paciente específica. Si algunos abscesos pélvicos son accesibles, pueden drenarse con buenos resultados mediante drenaje percutáneo y catéter guiado con ultrasonografía o tomografía computarizada. También se requiere intervención quirúrgica si se encuentran datos abdominales agudos relacionados con peritonitis y signos de sepsis en presencia de un absceso tuboovárico roto. En la paciente que desea tener más hijos, debe prestarse consideración a la anexectomía unilateral o a la bilateral parcial sin

histerectomía. En aquella que se requiere anexectomía bilateral, se puede dejar el útero en su sitio para la posible donación de óvulos y la fecundación in vitro.

h. Endometriosis

Los procedimientos médicos y quirúrgicos conservadores son, por lo general, medidas terapéuticas de utilidad para la endometriosis. Por tanto, debe efectuarse anexectomía con histerectomía o sin ella solo en las pacientes que no reaccionen al tratamiento quirúrgico conservador (resección o supresión de los implantes endometriósicos) o al tratamiento médico. La mayoría de las pacientes con endometriosis que requieren histerectomía tiene dolor pélvico incontrolable o dismenorrea. Otras situaciones menos frecuentes son las de las pacientes que no desean tener más hijos y que experimentan endometriosis que afecta a otros órganos pélvicos, como uréter o colon.

i. Cáncer

Las metástasis a sitios no ginecológicos pueden producir síntomas que requieren histerectomía. Como procedimiento primario debe considerarse la necesidad de efectuar histerectomía con salpingooforectomía bilateral en las pacientes con carcinoma colorrectal porque se encuentran en peligro de experimentar cánceres pélvicos sincrónicos o metástasis ocultas. (22)

j. Tumor ovárico benigno

Los tumores ováricos benignos que son persistentes o sintomáticos requieren tratamiento quirúrgico. Desde luego, si la paciente desea conservar la capacidad de tener hijos, debe preservarse el útero. Si la conservación de la fecundidad no es un problema, o la paciente es peri menopáusica o postmenopáusica, hay que decidir si es conveniente o no resear el útero. Gambone y colaboradores revisaron los casos de 100 pacientes que se sometieron a anexectomía más histerectomía por enfermedad benigna de los

anexos, y las compararon con aquellas que constituían un grupo de riesgo semejante y que se sometieron a anexectomía sin histerectomía por la misma indicación. No se observó un incremento importante de la morbilidad operatoria, pérdida de sangre estimada y duración de la estancia en el hospital en las pacientes en las que se efectuó histerectomía.

k. Mioma uterino

El mioma es un tumor benigno que se origina en la fibra muscular lisa. Está constituido además por tejido conectivo y un estroma vascular. La cantidad de tejido conectivo que presenta el tumor es variable y contribuye a determinar su consistencia, que es firme cuando el tejido conectivo es abundante. Esto ha determinado que se los denomine fibromas o fibroides. El mioma se observa con mayor frecuencia en el útero ubicándose especialmente en el cuerpo uterino aunque se implantan también en el cérvix y en los ligamentos redondos y útero sacros. Se han descrito miomas en úteros rudimentarios. (23)

La frecuencia de la enfermedad es mayor en nulíparas, en mujeres de baja paridad y en la raza negra. El 15% de las mujeres entre 35 y 45 años son portadores de miomas uterinos. Los miomas son causantes del 60% de las 600000 histerectomías que se practican cada año en los Estados Unidos.

La mayor parte de las portadoras de mioma uterino son asintomáticas, por lo que el tumor puede alcanzar un gran tamaño antes de detectarse. Con el advenimiento de la menopausia, como consecuencia del descenso de los niveles plasmáticos de estradiol, los miomas tienden a reducir de tamaño y no se forman nuevos tumores.

La administración de terapia hormonal de reemplazo altera la evolución natural de esta enfermedad y es motivo de controversia la decisión sobre cuál es el esquema más adecuado para estos casos. El mioma uterino es un tumor rico en receptores citoplasmáticos para estrógenos, por lo que se asocia a condiciones con predominio estrogénico, como los ciclos anovulatorios.



La presencia de miomas uterinos interfiere con el proceso reproductivo ya sea como causa de infertilidad o como complicación de la gestación en desarrollo y el puerperio. Clásicamente se ha considerado que el tratamiento de la enfermedad es quirúrgico, siendo la histerectomía y la miomectomía los procedimientos más utilizados. (24)

La decisión de realizar histerectomía por leiomiomas suele basarse en la necesidad de tratar síntomas, como hemorragia uterina anormal, dolor o presión pélvicos. Otras indicaciones para la intervención han incluido el aumento rápido del tamaño uterino (aunque este aspecto está mal definido), compresión ureteral o crecimiento después de la menopausia. Hace poco se puso en duda el concepto del crecimiento rápido, porque estas pacientes no han demostrado con claridad tener trastornos malignos. Más aún, no hay una definición claramente reproducible de “crecimiento rápido”.

La indicación de extirpar el útero por alcanzar cierto tamaño se delibera con amplitud. En el pasado, algunos investigadores sugirieron que si éste llega al tamaño de 12 semanas de gestación o más debe researse, aunque sea asintomático. Entre los motivos que se ofrece para una intervención de esta clase están en capacidad para palpar los ovarios durante el examen bimanual y la suposición de que, conforme aumenta de tamaño, se incrementa la morbilidad de la histerectomía. Sin embargo, las lesiones malignas son raras en pacientes premenopáusicas y la palpación de los anexos no es posible en muchas cuyos ovarios tienen tamaño normal. Si los procedimientos se efectúan por vía abdominal no se encuentran diferencias en la morbilidad quirúrgica entre pacientes con úteros de tamaño de 12 semanas de gestación y las que los tienen de 20 semanas. Por tanto, los datos disponibles sugieren con firmeza que las histerectomías por leiomiomas deben considerarse sólo en pacientes sintomáticos que no desean tener más hijos. (25)

Las que tienen grandes miomas deben tratarse previamente, a fin de reducir el tamaño uterino con un agonista de una hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) en muchas ocasiones la disminución del tamaño uterino será



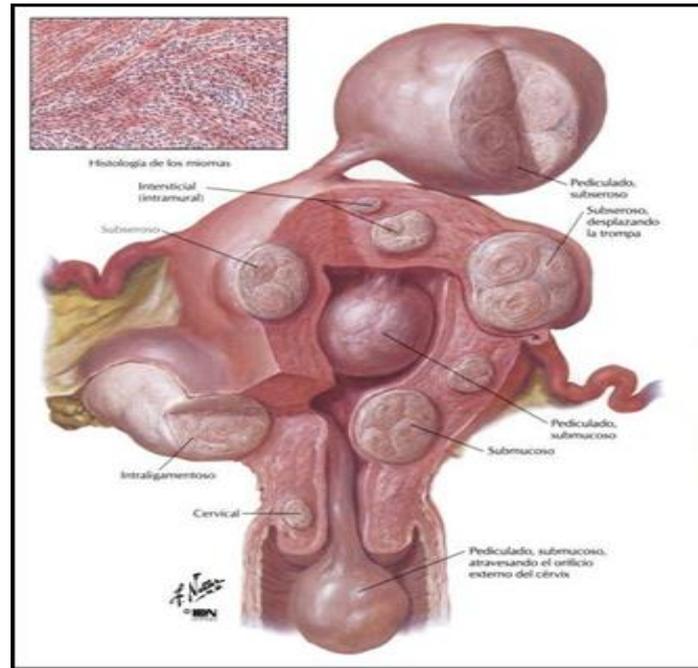
suficiente para permitir la histerectomía vaginal en un caso en el que, de otro modo, se habría requerido histerectomía abdominal. En una prueba prospectiva al azar se distribuyeron pacientes premenopáusicas con leiomiomatosis del tamaño de 14 a 18 semanas de gestación para que recibieran 2 meses de tratamiento con un agonista de depósito de la GnRH, o para que no lo recibieran. El tratamiento con un ciclo breve (8 semanas) de acetato de leuprolide antes de la intervención permitió a las pacientes someterse con seguridad a histerectomía vaginal en vez de la abdominal. Este régimen preoperatorio se acompañó de incremento del valor de hematocrito antes de la operación y, como eran mejores candidatas a histerectomía vaginal que a abdominal, se acompañó de acortamiento de la estancia en el hospital y del periodo de convalecencia. (26)

⌘ Clasificación

Según su ubicación en el útero, los miomas se clasifican en corporales, ístmicos y cervicales. La ubicación más frecuente es la corporal y la más rara es la cervical. También pueden observarse miomas en el ligamento redondo y en el ligamento útero sacro.

La posición de los miomas en relación al miometrio es importante porque determina la sintomatología. Los miomas que se implantan en la periferie del miometrio y crecen hacia la serosa se denominan *subserosos*. Los que crecen en el espesor del miometrio se denominan *intramurales* y los que crecen hacia la cavidad endometrial se denominan *submucosos*.

Estos últimos producen hemorragia genital aunque sean pequeños por lo que se diagnostican precozmente. Los miomas subserosos que asientan en los lados del útero se desarrollan entre las hojas del ligamento ancho y se denominan *intraligamentosos*. (26)



La movilidad del útero en estos casos esta disminuida. Estos miomas pueden comprometer el trayecto ureteral y los vasos uterinos. En ocasiones, los tumores subserosos grandes son englobados por el epiplón mayor, con el cual se establece vascularización arterial y venosa que puede llegar a ser más importante que la que proviene del útero. Si el pedículo que los conecta al útero desaparece, se constituye la entidad conocida como *mioma parasito*.

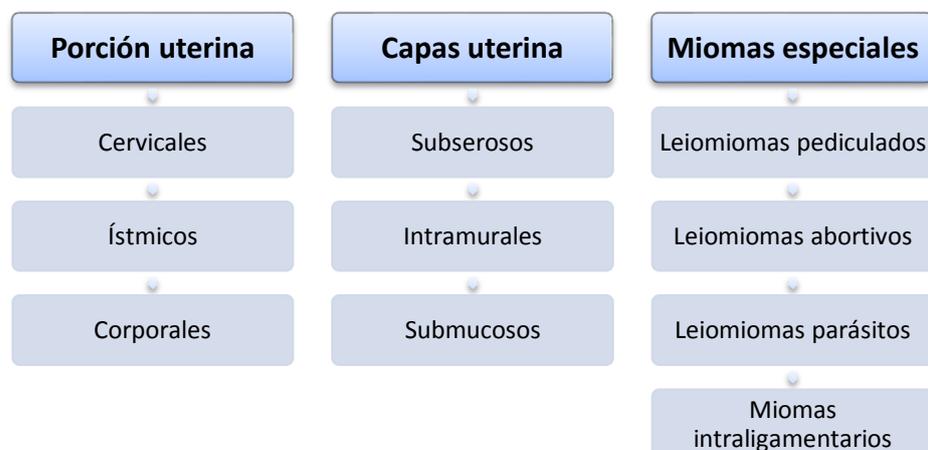


Tabla II. Clasificación de los miomas uterinos

⌘ Clínica

La mayoría de las mujeres portadoras de miomas son asintomáticas. Las manifestaciones clínicas producidas por el mioma dependen de su tamaño y número, de su ubicación en el útero y de su posición intramural, subserosa o submucosa. También son determinantes de la sintomatología los cambios degenerativos y las complicaciones.

La hipermenorrea, el dolor pélvico y la distensión abdominal son los síntomas más directamente relacionados con la enfermedad.

La **infertilidad**, en ciertas pacientes, el leiomioma es causa de esterilidad y, en otros casos, de infertilidad relativa, ya que puede provocar abortos a repetición

La **hipermenorrea**, que es el síntoma más frecuente, se debe a la interferencia que provocan los miomas con la contracción de las arterias espirales del endometrio o por el compromiso directo de la cavidad uterina en el caso de los miomas submucosos.

El aumento de flujos rojos se establece en forma lenta y progresiva por la cual muchas veces no es percibido por la paciente. Como consecuencia de lo anterior se puede establecer una **anemia crónica** por pérdida de sangre. En este caso se detectará el mioma durante el estudio del síndrome anémico. La anemia establecida por este mecanismo es bien tolerada y autocontrolada.

La **hemorragia genital** que se presenta fuera del periodo menstrual puede deberse a otras patologías aunque existan miomas. Entre estas debe considerarse la patología benigna y la neoplásica del endometrio y del cuello uterino. (27)

El crecimiento de un mioma o la presencia de muchos determinan una **masa palpable en el hipogastrio**. En los miomas subserosos este aumento de tamaño se produce en forma silenciosa y se detecta en un

examen de rutina o cuando es muy grande es percibida por la misma paciente. El mioma palpable es un diagnóstico diferencial con otros tumores hipogástricos de origen ovárico o extragenital, y con el embarazo.

Los miomas subserosos que crecen hacia la parte anterior del cuerpo uterino frecuentemente comprimen y ejercen presión sobre la cara superior de la vejiga y se manifiestan por **síntomas urinarios**, especialmente poliaquiuria. Cuando el mioma está implantado en la cara posterior, ocupa el fondo de saco recto uterino del peritoneo y se manifiesta por **molestias rectales**.

Debido a su estructura y naturaleza, el mioma no infiltra la pared de la vejiga o el recto aunque alcance un tamaño considerable. Los hallazgos del examen físico con mujeres con miomas derivan especialmente del examen ginecológico y el examen abdominal. Con excepción de los casos en que se presenta anemia, el examen físico general es normal.

La presencia de una masa palpable en el hipogastrio debe orientar al diagnóstico del mioma, después de descartar un embarazo, especialmente en mujeres entre 35 y 45 años en que la incidencia de miomas es alta.

⌘ Tratamiento

El tratamiento del mioma uterino es quirúrgico cuando el mioma es sintomático o su tamaño es grande. La cirugía debe ser conservadora, es decir miomectomía, cuando la mujer no ha completado su fertilidad. Después del periodo fértil debe plantearse la histerectomía parcial o total como tratamiento de elección porque mientras se conserva el útero se mantiene el riesgo de recidiva.

En los casos en que la cirugía no es posible o su riesgo es muy alto deben aplicarse tratamientos que permitan controlar la hemorragia genital.

Entre estos hay que destacar el uso de análogos de GnRH y los procedimientos de embolización selectiva de las arterias uterinas.

❖ **Análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH).**

De entre las diferentes terapias médicas, la que tiene mayor evidencia científica sobre su eficacia son los análogos de la GnRH, que producen un estado de hipogonadismo hipogonadotrofo y niveles de estradiol similares a los de la menopausia. Las vías de administración son: nasal, subcutánea e intramuscular, existiendo preparados de depósito trimestral o mensual.

La disminución del mioma conseguida se calcula entre el 30% y el 70%, tras 3 a 6 meses de tratamiento, siendo máxima tras el primer mes, mientras que a partir de los tres meses ésta se detiene o es mínima, por lo que no tiene sentido prolongar el tratamiento hasta los seis meses en aquellas pacientes en las que no se detecta respuesta tras el primer trimestre de tratamiento. La eficacia del tratamiento puede ser menor en miomas pediculados, calcificados o hialinizados, debiendo descartar en ausencia de respuesta tras dos meses de tratamiento, o si existe crecimiento, una degeneración maligna.

Los efectos secundarios más frecuentemente encontrados son: los derivados del hipoestrogenismo como alteraciones vasomotoras, sudoración, cefalea, sequedad vaginal, osteoporosis, que se presenta tras 6 meses de tratamiento, incrementando el riesgo de fracturas, y la metrorragia que afecta hasta el 30% de las pacientes, siendo generalmente irregular y de escasa cuantía. (28)

El hecho de que tras finalizar el tratamiento, la mayoría de los miomas recuperen rápidamente su tamaño inicial y la presencia de efectos secundarios, que impiden su uso a largo plazo, reducirán las indicaciones del tratamiento con análogos de la GnRH.

El mayor beneficio terapéutico se obtiene en:

- ✓ Pacientes próximas a la menopausia con miomas sintomáticos con el objetivo del alivio temporal de la clínica. Se puede considerar y está especialmente recomendado en administración mayor de tres meses, la asociación de tratamiento combinado con estrógenos y progestágenos (add-back therapy), que se instaurará tras el primer mes con análogos de la GnRH. También se han publicado trabajos que asocian tibolona o fármacos que reducen la pérdida ósea como raloxifeno o alendronato.

- ✓ Administración previa al tratamiento quirúrgico, fundamentalmente antes de miomectomía histeroscópica, ya que reducen el tiempo quirúrgico y facilita la cirugía. Sin embargo, no existen pruebas suficientes para apoyar el uso de agonistas de GnRH para todas las mujeres con fibromas que se someten a histerectomía o miomectomía. Pueden recomendarse para uso preoperatorio en las mujeres con un útero muy agrandado, anemia preoperatoria o cuando la reducción del volumen del mioma pueda influir en la técnica quirúrgica o la vía de abordaje.

Algunos tratamientos se describen a continuación: Una inyección mensual de **goserolin acetato** 3.6mg repetida durante 12 meses logra reducir el tamaño del mioma entre 37 y 47% y permite corregir la anemia para mejorar las condiciones preoperatorias y disminuir el riesgo quirúrgico. Otra referencia utilizó una dosis de 3.75mg de **leuprolide acetato** repetida a los 28 días, antes de un procedimiento de resección endometrial y permitió hacer esta cirugía más fácil y disminuir el fracaso de la cirugía de 25 a 16%. La terapia con leuprolide en el largo plazo produjo efectos colaterales: bochornos 94%, sequedad vaginal y dispareunia 33%, cefalea 35%, insomnio 32% y astenia 30%.

❖ Los antagonistas de la GnRH

Podrían ser otra opción en el tratamiento de los miomas y aunque, inicialmente, se postuló que podrían tener efectos similares a los análogos de la GnRH en pacientes con útero miomatoso, pero con una respuesta más rápida por el cese inmediato de la secreción de gonadotropinas por bloqueo de los receptores hipofisarios de la GnRH, sin la producción de efecto rebote, lo cierto es que son muy pocos los estudios que hoy en día avalan su uso clínico en esta patología. (28)

TRATAMIENTO MÉDICO
Análogos de GnRH <ul style="list-style-type: none">•Acetato de leuprolide, Nafarelina, Goserelina
Antagonistas de GnRH <ul style="list-style-type: none">•Cetrorelix, Mefepristona
Antiestrógenos <ul style="list-style-type: none">•Tamoxifen, progesterona
Combinación de análogos de GnRH <ul style="list-style-type: none">•Tibolona y hierro

Tabla III. Tratamiento médico de los miomas uterinos

❖ Inhibidores de la Aromatasa

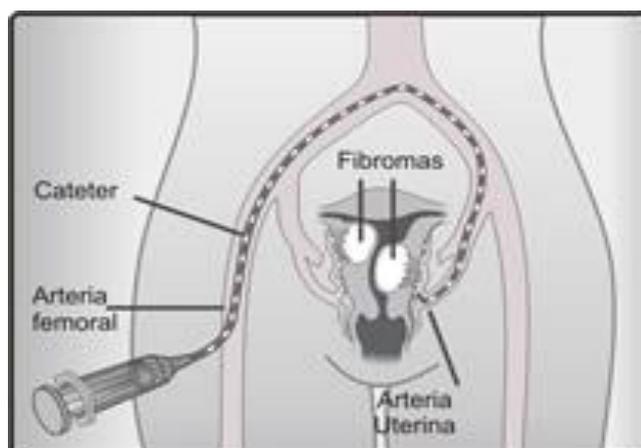
La importancia de la aromatasa para el crecimiento del mioma y su fisiopatología han sido recientemente reconocidas in vivo e in vitro. El complejo enzimático de la aromatasa pertenece a la súper familia del citocromo P450 y cataliza la conversión de andrógenos, fundamentalmente testosterona y androstendiona en estrógenos, principalmente estradiol y estrona. Se ha visto como los niveles de RNAm de aromatasa en miomas son notablemente más elevados que

en el miometrio adyacente, lo que se ha relacionado con una mayor actividad enzimática de la aromatasa.

Los inhibidores de la aromatasa son compuestos que suprimen la biosíntesis de estrógenos a través del bloqueo reversible del complejo enzimático de la aromatasa. Recientemente, y basándose en la estrógeno dependencia del crecimiento de los miomas y en la mayor capacidad teórica de aromatización de andrógenos de los mismos, se ha propuesto la aplicación farmacológica de algunos inhibidores de la aromatasa en pacientes premenopáusicas como Anastrozol (1 mg al día durante 3 meses), Letrozol (2,5 - 5 mg al día durante 12 semanas).

❖ **Embolización selectiva de las arterias uterinas para el tratamiento de miomas sintomáticos**

La embolización selectiva de las arterias uterinas (EAU) fué descrita por Ravina en 1994 como tratamiento alternativo a la cirugía para el tratamiento de los miomas uterinos. Es una técnica mínimamente invasiva que consiste en la oclusión de ambas arterias uterinas para producir la isquemia de los miomas. Para ello, se inserta un catéter a través de la arteria femoral, se localizan las arterias uterinas mediante la realización de una arteriografía y se ocluye de manera selectiva la arteria uterina bilateralmente con partículas no reabsorbibles de polivinil alcohol de 500-710 μ o similar.





Como consecuencia de la isquemia provocada, se produce una disminución del tamaño del mioma y de los síntomas a él asociados con menor morbilidad y coste que la cirugía.

Actualmente, esta técnica es considerada segura y eficaz por las principales sociedades científicas habiéndose establecido las siguientes indicaciones:

- Miomas sintomáticos intramurales o subserosos no pediculados de tamaño no superior a 10 cm.
- Útero polimiomatoso como alternativa a la histerectomía.
- Miomas sintomáticos en pacientes que no desean o tienen contraindicada la cirugía.
- Tratamiento de miomas en pacientes que desean preservar útero.

Esta última constituye la indicación más extendida y controvertida de la técnica. El riesgo inherente a toda cirugía uterina de finalizar en histerectomía hace que, desde que apareció la EAU, muchos ginecólogos y pacientes hayan optado por esta técnica en mujeres con miomas y deseos genésicos no cumplidos o en pacientes estériles que tenían miomas. En este sentido, aunque se han comunicado numerosas gestaciones exitosas en pacientes tras EAU también se han descrito una mayor tasa de abortos, alteraciones placentarias y complicaciones obstétricas en ellas. Actualmente, aunque se necesita más datos, por consenso se contraindica el embarazo antes del año desde la realización de la técnica. (29)

Entre las principales contraindicaciones se señalan:

a.- Absolutas:

- Miomas asintomáticos.
- Miomas subserosos pediculados o mayores de 12 cm.
- Sospecha de malignidad del mioma.
- Infecciones pélvicas y alergia al contraste.

b.- Relativas:

- Pacientes en edad fértil que desean descendencia.
- Miomas submucosos.
- Adenomosis asociada.
- Insuficiencia renal y alteraciones de la coagulación.

El Síndrome post-embolización es la complicación más frecuente (hasta el 40%). Consiste en un cuadro autolimitado de fiebre, vómitos y dolor abdominal que aparece en los primeros días tras la realización de la técnica.

❖ **Ultrasonido focalizado de alta intensidad (HIFU) extracorpóreo en tumores sólidos**

Actualmente, las aplicaciones de HIFU (del inglés High Intensity Focused Ultrasound) más desarrolladas y con mayor experiencia clínica son el tratamiento del cáncer y de la hiperplasia benigna de próstata por vía transrectal. Entre las indicaciones de HIFU investigadas en oncología se encuentran los tratamientos de los cánceres de hígado, mama, riñón, páncreas, sarcomas de tejido blando y óseo, y tumores retro-peritoneales, además de los tumores benignos de útero y mama (los tumores benignos más frecuentes del aparato genital femenino son los fibromas uterinos)

La tecnología de ultrasonidos de alta intensidad es un tratamiento no invasivo que produce la ablación térmica de tumores sólidos. El HIFU consiste en focalizar la energía de un haz de ultrasonido de alta frecuencia en un volumen pequeño de tejido (diana) sin introducir ningún tipo de dispositivo o aguja en el paciente. En el punto en donde se aplican los ultrasonidos se produce una absorción intensa y súbita del haz de ultrasonidos elevando la temperatura a más de 55 °C en 1 segundo.

Este aumento de temperatura produce una necrosis coagulativa de las células en el área tratada de forma muy selectiva. Por tanto, tiene la particularidad de que los tejidos adyacentes no quedan afectados. (30)

Se utiliza imágenes en tiempo real de ultrasonografía (US) o resonancia magnética nuclear (RM) para localizar y supervisar el procedimiento. Inicialmente se realiza una sesión de planificación para identificar el volumen de tumor y luego segmentarlo en láminas paralelas. De este modo, el tumor se divide en pequeños volúmenes de tratamiento individuales y se consigue la necrosis de todo el tumor.

Finalmente, indicar que para realizar el tratamiento HIFU se requiere sedación y/o anestesia general o epidural, según las características del tumor y del paciente.

⌘ Tratamiento Quirúrgico

La histerectomía es la operación que más frecuentemente se indica para tratar el mioma. Tradicionalmente se han considerado que los miomas asintomáticos deben ser operados si su tamaño es igual o superior a 14 semanas de gestación.

La razón para esta conducta se basaba en que los síntomas se desarrollarían en el futuro y en que las dificultades técnicas de las cirugías son mayores en tumores más grandes.

Cuando los miomas crecen rápido se recomienda la cirugía por la posibilidad de estar ante un leiomiomasarcoma; sin embargo, hay que tener presente que la incidencia del sarcoma es baja, menos del 2% en mujeres mayores de 60 años y menor que la mortalidad de la histerectomía en la mujer en edad fértil. Otra alternativa para el tratamiento de miomatosis y conservación del útero es:

❖ **La miomectomía abdominal**

Está indicada en todos los casos en que se desea conservar la fertilidad y la menstruación. El abordaje se hace con una incisión transversa y dependiendo del número de miomas, su tamaño y ubicación, se recomienda extraer el útero del abdomen manteniendo permanentemente los órganos pélvicos húmedos. Antes de hacer la incisión en el útero se deben localizar los puntos de inserción de las trompas para no comprometerlos.

En el útero, se recomienda hacer incisiones verticales idealmente en la pared anterior y extraer el mayor número de miomas por esta incisión. En los casos que esto no es posible se debe hacer una incisión vertical en la pared posterior del útero.

Es muy importante prevenir la formación de adherencias para lo cual debe lograrse el menor trauma quirúrgico posible, la mejor hemostasia y la sutura más delicada. (27)

2.2.2. TIPOS DE HISTERECTOMÍA

Existen diferentes clases de histerectomía: total, parcial o radical.

- Histerectomía Abdominal total: se extrae el útero completo, incluido el cuello uterino o cérvix.
- Histerectomía parcial o subtotal: el cérvix se deja intacto.
- Histerectomía radical: usada para el tratamiento de cáncer, se acompaña de la extirpación de otros componentes del aparato reproductor femenino como trompas y ovarios, además de ganglios linfáticos adyacentes. En este caso, se realiza una salpingooforectomía. (31)

2.2.3. HISTERECTOMÍA ABDOMINAL VERSUS HISTERECTOMÍA VAGINAL

La histerectomía abdominal es realizada tres veces más frecuente que la histerectomía vaginal. La mayor exposición que ofrece la vía de abordaje abdominal hace que esta sea la ruta preferida en situaciones de una tumoración pélvica grande, infección pélvica, malignidad, patología anexial o evidencia de enfermedad adherencial extensa.

En tanto son indicaciones para histerectomía vaginal la relajación pélvica, sangrado uterino anormal recurrente que no responde a hormonas y dilatación y curetaje, leiomiomas sintomáticos pequeños y neoplasia intraepitelial cervical en pacientes quienes no tienen interés en un embarazo futuro. Cuando ha sido apropiadamente escogida, la ruta vaginal es preferida debido a que está menos asociada con complicaciones febriles, una recuperación más corta y más benigna y ausencia de cicatriz visible. (28)

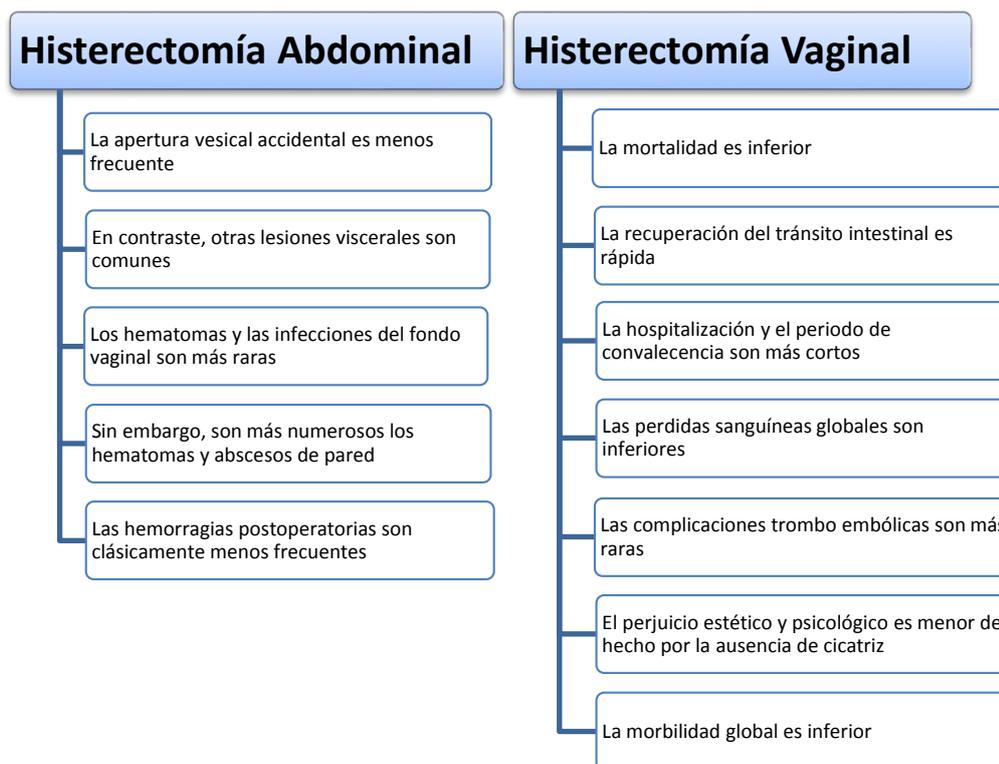


Tabla IV. Ventajas de las Histerectomías abdominal y vaginal

- **Evaluación preoperatoria**

Esta evaluación es individualizada, los exámenes indicados dependen de la edad del paciente, historia y examen físico. El hemograma y el frotis citológico del cérvix son necesarios, mientras otros como química sanguínea, electrocardiograma y estudios ecosonográficos serán ordenados cuando sean del caso. Las mujeres de más de 35 años con sangrado uterino post-menopáusico o anormal deben someterse, a algún tipo de examen endometrial previo a la cirugía. Sin embargo, un examen endometrial de rutina antes de la histerectomía para detectar un carcinoma endometrial no sospechado o asintomático no parece estar justificado.

Siempre existirá la posibilidad de transfusión sanguínea en una paciente sometida a cirugía mayor.

Los agonistas de GnRH pueden ser útiles en las mujeres con leiomiomas uterinos grandes. Estos agonistas establecen un estado hipostrogénico al disminuir la secreción pituitaria de gonadotropinas, con lo cual se consigue una adecuada supresión ovárica. Debido a que el crecimiento del leiomioma está vinculado con la producción hormonal ovárica, el uso de agonistas de GnRH por 3 a 6 meses ha sido considerado efectivo para la reducción del volumen uterino medio en un 40 a 60%. La disminución del tamaño puede volver a la cirugía más fácil y quizá permita cambiar la decisión de realizar una histerectomía abdominal por una a través de la ruta vaginal. Usos similares tendrían los progestágenos como el linestrenol y antigonadotrópicos, como el danazol. Además la amenorrea que acompaña al tratamiento con agonistas de GnRH mejorara la anemia en aquellas mujeres con menometrorragia relacionada con sus leiomiomas.

En contraste, los efectos colaterales de la medicación por el estado hipostrogénico creado estarán relacionados con síntomas vasomotores de amenorrea, otros menos comunes son disminución del tamaño de las mamas, pequeño sangrado o sequedad vaginal, disminución de la libido e insomnio. (28)

2.2.4. HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL

Las indicaciones para la HAT, abarcan variadas patologías, que pueden ser clasificadas en dos grupos, a saber: enfermedades benignas y malignas que afectan los órganos pélvicos. Es fundamental establecer si la paciente manifiesta sintomatología como consecuencia de su patología o si, por el contrario, es asintomática.

Las enfermedades benignas incluyen padecimientos inflamatorios e infecciosos, endometriosis y tumores uterinos como los fibromas (entre los más frecuentes). La infección que exige histerectomía guarda relación, en la mayor parte de los casos, con los anexos, a pesar que hay absceso uterino y pélvico que requieren extirpación del tejido enfermo. La endometriosis es otra patología que afecta a los órganos pélvicos y puede obligar a la realización de una histerectomía total, incluso acompañada por una salpingooforectomía, si la paciente tiene paridad satisfecha y es sintomática.

Los fibromas uterinos, especialmente cuando desencadenan sintomatología, incapacidad o cambios advertidos durante la exploración física, a merita intervención quirúrgica. El dolor, las molestias de compresión, la presencia de una tumoración y la hemorragia son los síntomas y signos que hacen sospechar la existencia de un tumor, en cuyo caso está indicado extirpar el útero.

Las enfermedades malignas del cérvix uterino, trompas de Falopio y ovarios también son indicaciones para histerectomía. El cáncer cervical invasor, dependiendo de su etapa clínica, es susceptible de histerectomía radical (hasta el estado IIa). El carcinoma preinvasor o micro invasor del cérvix puede ser tratado con una sencilla histerectomía extrafascial con resección de un manguito vaginal ancho. El carcinoma del endometrio se resuelve con una histerectomía extrafascial con salpingooforectomía bilateral. La radioterapia con quimioterapia o sin ella completa el tratamiento del cáncer de endometrio. El carcinoma de trompas de Falopio y de los ovarios, pueden ser solucionados con una

histerectomía abdominal total extrafascial y salpingooforectomía bilateral, junto a una omentectomía. (28)

2.2.5. HISTERECTOMÍA VAGINAL

La histerectomía vaginal tiene amplia aceptación en el campo de la cirugía ginecológica y sus indicaciones experimentan un aumento constante, aunque su frecuencia varía mucho en dependencia de la preferencia personal y el entrenamiento y pericia técnica de cirujano. Una de las indicaciones más comunes es el prolapso uterino, a menudo relacionado con cistocele, rectocele o enterocele. Otra de sus indicaciones es la hemorragia uterina anormal con citología, colposcopia y biopsia de endometrio negativas. Esta clase de hemorragia es frecuente en el quinto y sexto decenios de la vida de una mujer y no siempre reacciona con facilidad frente al tratamiento hormonal.

La histerectomía vaginal brinda cura definitiva y evita las molestias y ansiedad concomitantes con las crisis de hemorragia duradera e irregular. Pueden ser tratados, de manera análoga, fibromas submucosos y pólipos endometriales pequeños, descubiertos por histerografía o histeroscopia. Pratt y Glunganson han aplicado el uso de la histerectomía vaginal para incluir tumores uterinos voluminosos, incluso tumoraciones en los anexos. Aunque es practicable por la técnica de morcelación, el diagnóstico exacto de tumoraciones pélvicas voluminosas no siempre puede hacerse con certeza de ante mano y la vía de absceso vaginal puede resultar peligrosa, con aumento de la morbilidad postoperatoria.

En el carcinoma in situ del cérvix, la histerectomía vaginal es una operación magnífica cuando la zona afectada asido diagnosticada por biopsia en cono y se ha estudiado los tejidos adyacentes por colposcopia. El lapso entre la conización y la histerectomía debe ser menor de 48 horas o mayor de 8 semanas, para disminuir la frecuencia de sepsis.

La histerectomía vaginal radical u operación de Shauta, para carcinoma de cuello uterino estadio I o II, es un procedimiento muy especializado y útil en circunstancias muy limitadas. En nuestro criterio en estos casos es preferible abordar el útero por la vía abdominal. La obesidad es, también, una indicación clásica de la vía vaginal.

Finalmente, no podemos dejar de citar que, tratándose de esterilización quirúrgica, aunque existen otros métodos menos traumáticos y más sencillos, cuando hay disfunción uterina concomitante, la histerectomía vaginal parece ser el método óptimo, siempre que se cumpla los demás requisitos. (28)

2.2.6. HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

La histerectomía laparoscópica puede ser considerada un sustituto para la histerectomía abdominal, pero no para la histerectomía vaginal. La mayoría de las histerectomías que actualmente requieren un abordaje abdominal pueden ser realizadas parcial o totalmente por laparoscopia, seguido de remoción del útero a través de la vagina.

Las indicaciones para la histerectomía laparoscópica incluyen patología benigna en las que usualmente se requiere abordaje abdominal para la histerectomía: miomatosis uterina, masas anexiales, endometriosis, etc. También se le puede considerar en caso de cáncer ovárico, endometrial o cervical en estadio 1.

La **histerectomía laparoscópica** es la ligadura laparoscópica de los vasos uterinos, lo cual puede llevarse a cabo por desecación electroquirúrgica, suturas o grapas:

- **Histerectomía Vaginal asistida por Laparoscopia:** se trata de pacientes en las cuales se realiza algún procedimiento por vía laparoscópica, por ejemplo: lisis de adherencias, ooforectomía o salpingooforectomía, etc., después de lo cual se realiza la histerectomía vaginal convencional.



- **Histerectomía Laparoscópica:** Implica la ligadura laparoscópica de los vasos uterinos. Después de la ligadura el resto de la cirugía puede continuarse por laparoscopia o por la vía vaginal.
- **Histerectomía Supracervical Laparoscópica:** Como su nombre lo indica, implica dejar el muñón cervical parcial o totalmente. (32)

COMPLICACIONES

Hemorragia postoperatoria severa

Complicaciones tromboembólicas

Complicaciones Urológicas

- Fistulas vesicovaginales
- Retención

Complicaciones digestivas

- Retardo del tránsito gastrointestinal

Hematomas no infectados

- Parietales
- Subperitoneales

Complicaciones infecciosas y febriles no tromboembólicas

- Infección urinaria
- Absceso de pared
- Infección del muñón vaginal y/o del espacio subperitoneal
- Linfangitis
- Fiebre inexplicada
- Sepsis

Tabla V. Complicaciones de la Histerectomía



CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	TIPO	ESCALA	CATEGORÍAS
FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS	Edad	Cuantitativo	Discreta	_____ años
	Estado civil	Cualitativo	Nominal	1. Casada 2. Conviviente 3. Soltera 4. Viuda
	Grado de instrucción (completa)	Cualitativo	Nominal	1-Analfabeta 2- Primaria completa 3- Primaria incompleta 4- Secundaria completa 5- Secundaria incompleta 6- Superior
	Ocupación	Cualitativo	Nominal	1. Ama de casa 2. Agricultora 3. Comerciante 4. Profesional 5. Estudiante
	Partos vaginales	Cuantitativo	Discontinuo	0 1 2 3 4 o más
	Cesárea anterior	Cuantitativo	Discontinuo	0 1 2 3 4 o más
	Abortos previos	Cualitativo	Nominal	0 1 2 3 4 o más
	Número hijos vivos	Cuantitativo	Discontinuo	0 1 2 3 4 o mas
	Lugar de ingreso	Cualitativo	Nominal	1. Emergencia 2. Consulta externa
	Motivo de consulta	Cualitativo	Nominal	1-Controles * 2-Dolor abdominal 3-Hemorragia uterina anormal 4-Retención urinaria 5-Dispareunia 6-Gestante 7-Tumoración abdominal 8-IU esfuerzo 9-Flujo vaginal *Pacientes que llegan a consulta externa para sus revisiones mensuales o anuales



HISTERECTOMÍA ABDOMINAL	Diagnóstico preoperatorio	Cualitativo	Nominal	Mioma uterino Lesiones pre-cancerosas Ca. cérvix Atonía uterina Placenta accreta Placenta previa Corioamnioitis Cesárea anterior Mola Hiperplasia endometrial Tumoración anexial Prolapso Cervicitis crónica EPI *Pólipo cervical *Hematoma interligamentario *Adeniosis
	Hemoglobina de ingreso	Cuantitativa	Discreto	____g/dl
	Tipo de histerectomía	Cualitativo	Nominal	1. Total 2. Subtotal 3. Radical
	Técnica quirúrgica	Cualitativa	Nominal	1-Histerectomía + doble anexectomía 2-Histerectomía + anexectomía unilateral 3-Cesárea +Histerectomía 4-Solo Histerectomía
	Hemoglobina postoperatoria	Cuantitativa	Discreto	____g/dl
	Tiempo quirúrgico	Cuantitativo	Discreto	____ min
	Diagnóstico Post Operatorio	Cualitativo	Nominal	1-Confirmado 2-No confirmado ____
	Complicación Postoperatoria	Cualitativo	Nominal	1. Hemorragia 2. Infección Herida 3. Infección Muñón 4. Lesión uréter
	Días de hospitalización PO	Cuantitativo	Discreto	____ días



CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN



4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal y correlacional.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se desarrolló en el Hospital Regional de Moquegua – MINSA. El Hospital se encuentra ubicado en la calle Simón Bolívar S/N, Distrito de Moquegua, Provincia Mariscal Nieto, Departamento de Moquegua.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por todas las pacientes a quienes se les practicó Histerectomía abdominal en el Hospital Regional Moquegua – MINSA desde Enero del 2006 a Diciembre del 2010, encontrándose 115 pacientes de los cuales sólo cumplieron los criterios de inclusión 92 pacientes. A continuación se describe el detalle de la frecuencia por año de las pacientes histerectomizadas.

AÑO	Cirugías ginecológicas	Histerectomías abdominales	Histerectomías vaginales
2006	487	20	2
2007	724	20	1
2008	749	26	4
2009	705	25	4
2010	547	24	6
TOTAL	3212	115	17



4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio a todas las pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

- Paciente sometidas a histerectomía abdominal en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Moquegua- MINSA durante el periodo 2006-2010
- Cualquier edad.

4.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con patología ginecológica no histerectomizada.
- Pacientes cuya historia clínica no se encuentre o esté incompleta.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de los datos se realizó previa solicitud dirigida al Director del Hospital Regional de Moquegua - MINSA. La información requerida se obtuvo del registro de altas y de las historias clínicas de las pacientes hospitalizadas en los años 2006-2010.

Se revisó el libro de altas del Servicio de gineco-obstetricia y el libro de sala de operaciones para identificar las pacientes sometidas a histerectomías. Posteriormente se procedió a revisar las historias clínicas ubicadas en la oficina de estadística del Hospital Regional de Moquegua para lo cual utilizamos una ficha de recolección de datos que se detalla en el anexo.



CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS



5.1. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida nos permitió crear una base de datos en una hoja de cálculo en Excel que nos sirvió para la tabulación de los datos recolectados. Posteriormente, esta información fue analizada utilizando el software estadístico SPSS v 17.0.

Se elaboraron cuadros y gráficos para presentar las distribuciones de frecuencias de cada variable de estudio. Las frecuencias se representaran gráficamente mediante un diagrama de barras. Para describir las distribuciones de las variables cuantitativas (edad, tiempo quirúrgico) se utilizaron las medidas de tendencia central: media, y de dispersión: desviación estándar, intervalo de valores máximos y mínimos. Finalmente, para asociar algunas variables, se calculo el Chi2 con nivel de significancia $p < 0,05$.



CAPÍTULO VI

RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, SUGERENCIAS



6.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Nuestra población quedó conformada por un total de 92 pacientes a quienes se les practicó histerectomía en el Hospital Regional de Moquegua - MINSA durante el 01 de enero del 2006 al 31 de diciembre del 2010.

El total de histerectomías abdominales y vaginales son 132, de las cuales 115 fueron practicadas por vía abdominal, representando el 87,1% de histerectomías en general. Si tomamos en cuenta las 3212 cirugías ginecológicas realizadas en el intervalo de cinco años, las histerectomías abdominales representaron el 3,6%.

A continuación se presentan nuestros resultados sobre 92 casos de histerectomías abdominales.

TABLA N°1

FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2006-2010

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 A 29 AÑOS	3	3,3%
30 A 39 AÑOS	21	22,8%
40 A 49 AÑOS	55	59,8%
≥50 AÑOS	13	14,1%
TOTAL	92	100,0%

MEDIA	D.E.	MÍNIMO	MÁXIMO
43,02	7,616	21	69

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La tabla muestra la frecuencia de las edades de las pacientes a quienes se les practicó histerectomía abdominal, observamos que la mayoría tuvieron 40 a 49 años representando el 59,8% del total; seguido de las pacientes con 30 a 39 años que representaban el 22,8%. El promedio de edad fué 43 años +/-7,6 con un rango de edad desde los 21 años hasta los 69 años.



TABLA N°2

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL PRACTICADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2006-2010

ESTADO CIVIL	N	%
CASADA	46	54,3%
CONVIVIENTE	22	23,9%
SOLTERA	17	18,5%
VIUDA	3	3,3%
TOTAL	92	100%

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La mayoría de las pacientes eran casadas (54,3%), seguidas de las convivientes (23,9%), solteras (18,5%), y viudas (3,3%).

TABLA N°3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL PRACTICADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2006-2010

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N	%
ANALFABETA	18	19,6%
PRIMARIA	14	15,2%
SECUNDARIA	26	28,3%
SUPERIOR	34	37,0%
TOTAL	92	100%

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La mayoría de las pacientes tenían grado de instrucción superior (37,0%), seguidas de las que tuvieron educación secundaria (28,3%), grado de instrucción primaria (15,25) y sólo una minoría eran analfabetas (19,6%).

TABLA N°4

OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL PRACTICADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2006-2010

OCUPACIÓN	N	%
AMA DE CASA	65	70,7
COMERCIANTE	14	15,2
AGRICULTORA	7	7,6
PROFESIONAL	5	5,4
ESTUDIANTE	1	1,1
TOTAL	92	100%

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La ocupación más frecuente de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal fué, ama de casa (70,7%), seguidas de las comerciantes (15,2%), agricultoras (7,6%), profesionales (5,4%) y estudiantes (1,1%)

TABLA N°5

NÚMEROS DE HIJOS VIVOS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL PRACTICADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DURANTE EL PERIODO 2006-2010.

NÚMERO DE HIJOS VIVOS	N	%
NINGUNO	8	8,7%
1	14	15,2%
2	22	23,9%
≥3	48	52,2%
TOTAL	92	100,0%

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La tabla presenta la frecuencia de hijos vivos de nuestras pacientes; observamos que la mayoría tuvieron ≥ 3 hijos vivos representado por el 52,2% del total; luego las pacientes con 2 hijos vivos (23,9%), 1 hijo vivo (15,2%) y por último las que no presentaron ningún hijo vivo representaron el 8,7%.

TABLA N°6

**ANTECEDENTE DE PARTOS VAGINALES EN LAS PACIENTES
SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL PRACTICADAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DURANTE EL PERIODO 2006-2010**

PARTOS VAGINALES	N	%
NINGUNA	12	13,0%
1	11	12,0%
2	22	23,9%
≥3	47	51,1%
TOTAL	92	100,0%

Media	DE	Min	Max
2,80	2,082	0	12

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La tabla muestra el 51,1% de pacientes tenían más de tres o más partos vaginales, 23,9% tenían 2 partos, mientras que el 12,0% tenían sólo un parto vaginal, y 13,0% eran nulíparas.

TABLA N°7

ANTECEDENTE DE CESÁREAS EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL PRACTICADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DURANTE EL PERIODO 2006-2010

NUMERO DE CESÁREAS	N	%
NINGUNA	79	85,9%
1	10	10,9%
2	3	3,3%
TOTAL	92	100,0%

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La tabla presenta el antecedente de cesáreas realizadas en nuestras pacientes; observamos que la mayoría no tuvieron ninguna cesárea representado por el 85,9% del total; seguido de las que tuvieron 1 cesárea representado por el 10,9% y por último las que tuvieron 2 cesáreas representado por el 3,3%.

TABLA N°8

FRECUENCIA DEL ABORTO EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DEMOQUEGUA DURANTE EL PERIODO 2006-2010.

NÚMERO DE ABORTOS	N	%
NINGUNO	63	68,5%
1	21	22,8%
2	7	7,6%
≥3	1	1,1%
TOTAL	92	100,0%

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La tabla muestra la frecuencia del número de abortos de las pacientes histerectomizadas en el servicio de gineco-obstetricia. Observamos que la mayoría no tenia antecedente de aborto representando por el 68,5% de total: seguido de las que tuvieron 1 aborto representando del 22,8%, las que tuvieron 2 abortos (7,6%) y con 3 o más (1,1%).

TABLA N°9

SERVICIO DE INGRESO DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DURANTE EL PERIODO 2006-2010.

SERVICIO	N	%
EMERGENCIA	17	18,5%
CONSULTORIO EXTERNO	75	81,5%
TOTAL	92	100,0%

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La tabla muestra que la mayoría de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal ingresaron por consultorio externo para ser hospitalizadas, ya que regresan con resultados de sus análisis y además llegan referidas de sus centros de salud (81,5%), mientras que las demás pacientes ingresaron por el servicio de emergencia, este grupo está constituido en su mayoría por las urgencias obstétricas (18,5%).

TABLA N°10

MOTIVOS DE CONSULTA EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL PRACTICADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DURANTE EL PERIODO 2006-2010.

MOTIVO DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL	61	66,3%
DOLOR ABDOMINAL	52	56,5%
FLUJO VAGINAL	18	19,6%
TUMORACIÓN ABDOMINAL	9	9,8%
DISPAREUNIA	7	7,6%
GESTACIÓN	6	6,5%
CONTROLES	4	4,3%
RETENCIÓN URINARIA	2	2,2%
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	1	1,1%

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La tabla muestra las frecuencia de los motivos de consulta de nuestras pacientes; observamos que la mayoría refirió hemorragia uterina anormal (66,3%); seguido de dolor abdominal (56,5%); flujo vaginal (19,6%); tumoración abdominal (9,8%), dispareunia (7,6%) y como menor frecuencia nuestras pacientes refirieron retención urinaria e incontinencia urinaria de esfuerzo (2,2% y 1,1% respectivamente).

TABLA N°11

DIAGNÓSTICO POST QUIRÚRGICO EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DURANTE EL PERIODO 2006-2010.

DIAGNÓSTICOS POST QUIRÚRGICOS	N	%
MIOMA UTERINO	52	56,5%
LESIONES PRECANCEROSAS	20	21,7%
URGENCIAS OBSTÉTRICAS	12	13,0
CANCER	4	4,3%
OTROS	4	4,3%
TOTAL	92	100,0%

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La tabla muestra los diagnósticos más frecuentes de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal en el Hospital Regional de Moquegua. El diagnóstico más frecuente fué el mioma uterino con 56,6%, seguido de lesiones pre-cancerosas (NIC II, NIC III) con 21,7%, urgencias obstétricas como atonía uterina, placenta accreta, corioamnionitis con 13,0%, cáncer 4,3% (Ca. Cérvix in situ, coriocarcinoma, adenocarcinoma endometrial, hiperplasia endometrial atípica, estos hallazgos algunos confirmados por patología y otros por experiencia medica pero en espera de confirmación por patología) y otros como pólipo cervical, hiperplasia endometrial con 4,3%.



TABLA N°12

TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL PRACTICADA A LAS PACIENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2006-2010

TIPO DE HISTERECTOMÍA	N	%
TOTAL	85	92,4
SUBTOTAL	7	7,6
TOTAL	92	100%

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La mayoría de histerectomías abdominales fueron totales, representando 92,4%, mientras que las histerectomías subtotales representaron el 7,6% de las histerectomías.

TABLA N°13

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PRACTICADOS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DURANTE EL PERIODO 2006-2010.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	N	%
HISTERECTOMÍA + ANEXECTOMÍA BILATERAL	39	42,4%
SÓLO HISTERECTOMÍA	24	26,1%
HISTERECTOMÍA + ANEXECTOMÍA UNILATERAL	23	25,0%
CSTP + HISTERECTOMÍA	6	6,5%
TOTAL	92	100,0%

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La tabla presenta los procedimientos realizados durante las histerectomías que se realizaron a nuestras pacientes; observamos que a la mayoría se le practicó histerectomía mas anexectomía bilateral representado por el 42,4% del total, seguido de sólo histerectomía con 26,1%, histerectomía más anexectomía unilateral con 25,0% y cesárea segmentaria transversal primaria (CSTP) más histerectomía representados por el 6.5%.

TABLA N°14

**TIEMPO QUIRÚRGICO DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL
PRACTICADA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE
MOQUEGUA 2006-2010**

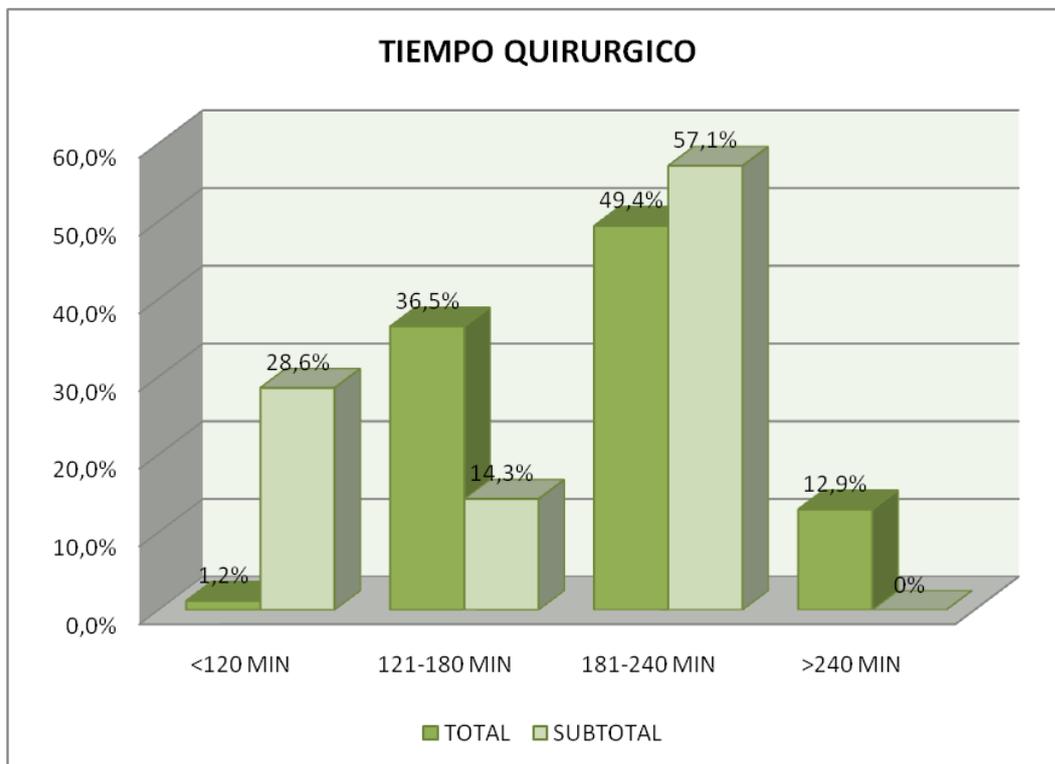
TIEMPO QUIRÚRGICO	TIPO DE HISTERECTOMÍA				TOTAL	
	TOTAL		SUBTOTAL		N	%
	N	%	N	%		
<120 MIN	1	1,2%	2	28,6%	3	3,3%
121-180 MIN	31	36,5%	1	14,3%	32	34,8%
181-240 MIN	42	49,4%	4	57,1%	46	50%
>240 MIN	11	12,9%	0	0%	11	12%
TOTAL	85	100%	7	100%	92	100%
PROM	165 min		120 min			
MIN	90 min		60 min		P=0,02	
MAX	240 min		180 min			

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La mayoría de histerectomías abdominales demoraron entre 181-240 minutos (49,4% en histerectomía total y 57,1% de histerectomías subtotales). El tiempo quirúrgico de la histerectomía total tuvo una media de 165 min (rango: 90 a 240 minutos). Mientras que en histerectomía subtotal, el promedio fue 120 min. (Rango de 60 a 180 min.). La comparación de medias demuestra que existe diferencia significativa entre las medias de duración de la histerectomía total y subtotal ($p=0,02$)

GRÁFICO

TIEMPO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON HISTERECTOMÍA ABDOMINAL REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2006-2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.C.I. del H.R. Moquegua. 2006-2010

TABLA N°15

PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS ASOCIADAS A LA PRÁCTICA DE ANEXECTOMIA EN LAS HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2006-2010

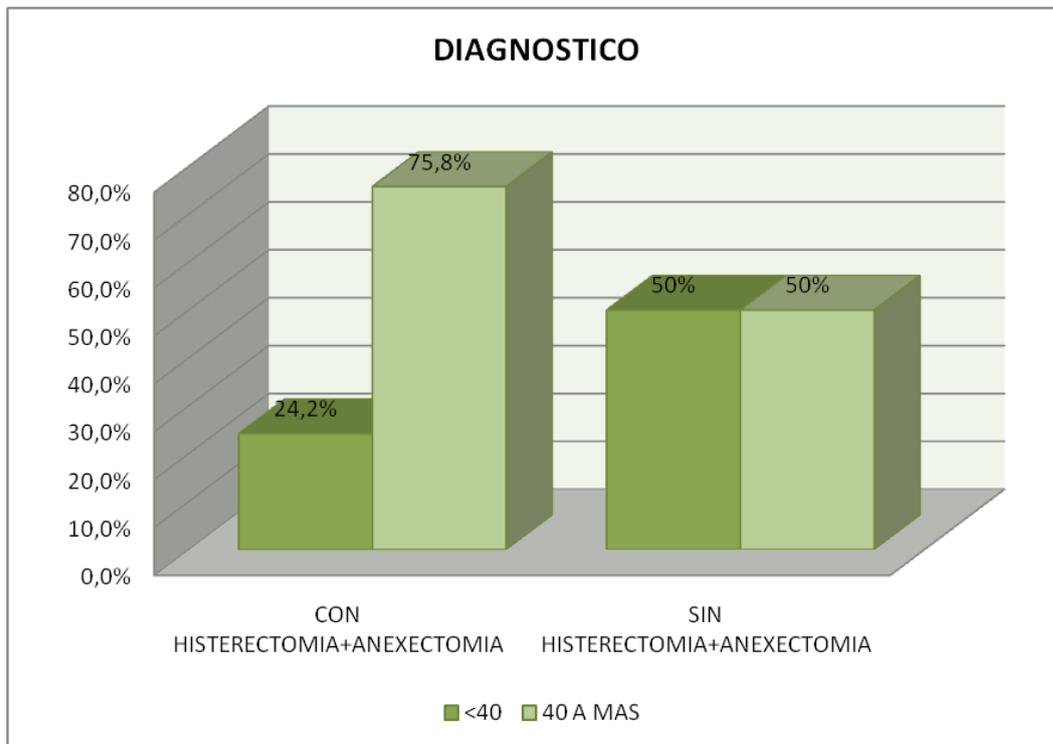
EDAD	ANEXECTOMÍA				TOTAL		P
	SI		NO		N	%	
	N	%	N	%			
<40 AÑOS	15	24,2%	15	50%	30	32,6%	0,013
≥40 AÑOS	47	75,8%	15	50%	62	67,4%	
TOTAL	62	100%	30	100%	92	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La mayoría de pacientes que se les practicó histerectomía más anexectomía tenían 40 años a más (75,8%). Mientras que entre las no anexectomizadas el 50% eran mayores de 40 años. El análisis estadístico de chi2 evidencia que la variable edad se asoció significativamente con la variable anexectomía ($p < 0,05$)

GRÁFICO

PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS ASOCIADAS A LA PRÁCTICA DE ANEXECTOMÍA EN LAS HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2006-2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

TABLA N°16

TIPO DE ANEXECTOMÍA PRACTICADA A PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2006-2010

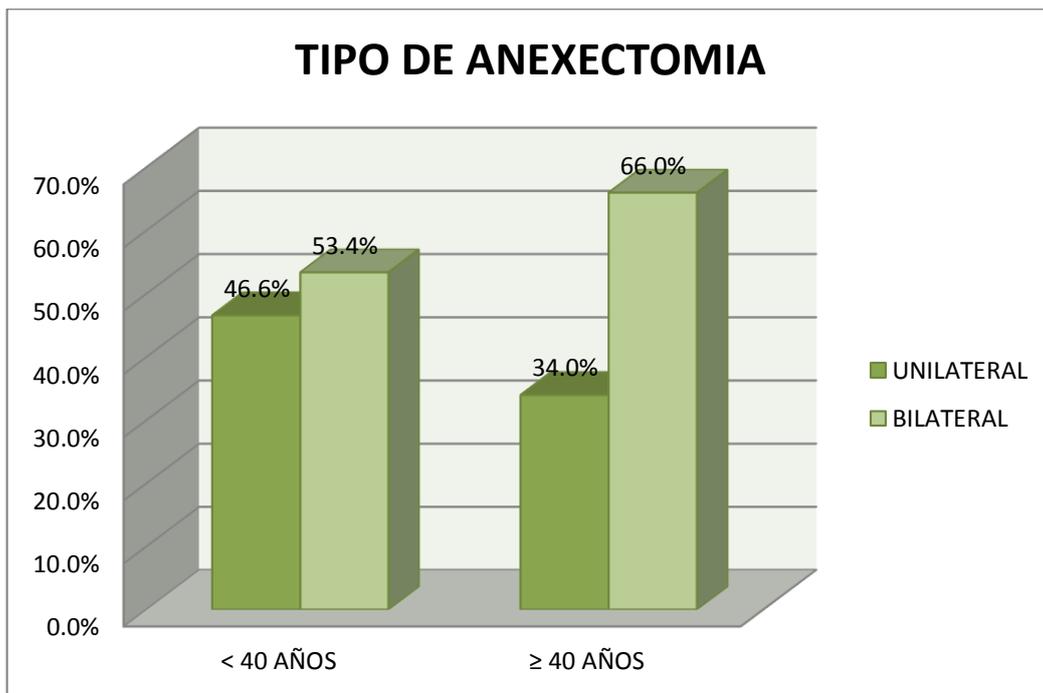
TIPO DE ANEXECTOMÍA	EDAD				TOTAL		P
	< 40 AÑOS		≥ 40 AÑOS		N	%	
	N	%	N	%			
UNILATERAL	7	46,6%	16	34,0%	23	37,1%	0,378
BILATERAL	8	53,4%	31	66,0%	39	62,9%	
TOTAL	15	100%	47	100%	62	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La mayoría de anexectomías fueron bilaterales representado el 62,9% de pacientes. Fue más frecuente en las mayores de 40 años (66%) que en las menores de 40 años (53,4%), Sin embargo, no se encontró asociación entre el tipo de anexectomía y la edad de las pacientes (p=0,378).

GRÁFICO

TIPO DE ANEXECTOMÍA PRACTICADA A PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2006-2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

TABLA N°17

COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON HISTERECTOMÍA ABDOMINAL PRACTICADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2006--2010

COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS	N	%
Ninguno	77	83,7%
Hemorragia	8	8,7%
Infección de Muñón	3	3,3%
Infección de Herida	2	2,2%
Lesión del uréter	2	2,2%
TOTAL	92	100%

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

Se observa que el 16,3% de las pacientes presentó algún tipo de complicación post-quirúrgica, mientras que el 83,7% de pacientes no tuvo ninguna complicación. Entre las complicaciones sobresalen la hemorragia con un 8,7%, y otras como infección de muñón, infección de herida y lesión de uréter con un 3,3%; 2,2% y 2,2% respectivamente.

TABLA N°18

ESTANCIA HOSPITALARIA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2006-2010

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	N	%
3 DÍAS	7	7,6%
4 DÍAS	18	19,6%
5 DÍAS	26	28,3%
6 DÍAS	12	13,0%
7 DÍAS	16	17,4%
>7 DÍAS	13	14,1%
TOTAL	92	100%

Media	D.E.	Mínimo	Máximo
6	3,204	3	30

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

La tabla muestra que la mayoría de las pacientes tuvo 5 días de hospitalización (28,3%) seguidos por los que tuvieron 4 días (19,6% del total). Se puede observar, también, que 88,3% de pacientes tuvieron entre 4 y 7 días de hospitalización. El rango de hospitalización fue desde los 3 a 30 días, con un promedio de 6 (± 3.2), con respecto a estos resultados la mayoría de pacientes que se quedaron más de 3 días, estas pacientes presentaron dificultades en el internamiento de causas familiares, dificultad para conseguir donadores de sangre para transfusiones previas a la operación por la anemia severa que presentaron a su ingreso, por temor a esta operación, etc.

TABLA N°19

**NIVELES DE HEMOGLOBINA DE INGRESO DE LAS PACIENTES
SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE MOQUEGUA 2006-2010**

HEMOGLOBINA		DE INGRESO	
		N	%
NORMAL	≥11,1	41	44,6%
ANEMIA LEVE	9,1-11,0	25	27,2%
ANEMIA MODERADA	7,1-9,0	15	16,3%
ANEMIA SEVERA	<7,0	11	12%
TOTAL		92	100%
PROMEDIO	D.E.	MIN	MAX
10,504	2,6235	4,4	15,4

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. H.Cl. del H.R. Moquegua. 2006-2010

Los niveles de hemoglobina de ingreso fueron normales en 44,6% de las pacientes, seguido de los que presentaron anemia leve (27,2%), anemia moderada (16,3%) y anemia severa (12%). La media de la hemoglobina de ingreso fué 10,5 g/dl +/-2,6. (Clasificación de anemia según la OMS: anemia mujeres <12g/dl; anemia en gestantes <11g/dl.)

6.2. DISCUSIÓN

Durante el periodo de estudio se practicaron 132 histerectomías abdominales y vaginales en el Hospital Regional de Moquegua. De las cuales 115 fueron histerectomías abdominales y 17 histerectomías vaginales. Las histerectomías abdominales representaron el 87,1% del total de histerectomías y 3,6% de todas las cirugías ginecológicas.

La mayoría de nuestras pacientes sometidas a histerectomías abdominales tenían entre 40 a 49 años, representando el 59,8% de las pacientes, con un promedio de 43 +/-7 años. La mayoría de estudios consultados refieren edades similares. Entre las histerectomías abdominales, García (7) describió que el 38,0% de pacientes tenían entre 36 a 45 años, sin embargo el promedio de edad es mucho menor en las histerectomías obstétricas como Bejar describe, que la edad promedio de las pacientes es de 30,7 +/-6 años (rango 17 a 45 años) (12), y Ramos reportó que el promedio de edad fué de 29,9 años (rango 17 a 40 años)(4).

La mayoría de pacientes eran casadas o convivientes, representando en conjunto el 78% del total. El 70% eran amas de casa y 30% tenían otra ocupación. Sobre el nivel educativo, el 65% tenía educación secundaria o superior. Pocos autores han estudiado estas características en las pacientes histerectomizadas pero, Escobar y cols., demostraron que entre las pacientes mayores de 60 años, el nivel educativo más alto y tener un seguro de salud estuvieron asociados con mayores tasas de histerectomía. (3)

Acerca de los antecedentes obstétricos encontramos que más del 90% tenían hijos, incluso la mitad tenía 3 o más hijos vivos al momento de la histerectomía. La mayoría de pacientes tenía 2 o más partos previos, que representaba el 75% de todas las pacientes histerectomizadas. Esta información es importante cuando se decidirá sobre la reproductividad de las pacientes, ya que una histerectomía indica que ya no podrá tener hijos. Otros autores coinciden al describir que la



mayoría de pacientes sometidas a histerectomías tenían entre 2-3 partos previos (2, 4, 11, 12). Sin embargo, en casos de histerectomías obstétricas, la paridad de las pacientes suele ser menor, sólo con un parto previo a la histerectomía. (6)

El antecedente de cesárea es frecuente, sobre todo en casos de histerectomías obstétricas. Reveles reportó que el 72,8% de sus pacientes tenían historia de cesárea (8). Además, Vanegas y cols., demostraron que las cesáreas aumentaron el riesgo 6,7 veces de sufrir una histerectomía en relación al parto vaginal (6). En nuestro estudio, encontramos que sólo el 14% tenían antecedente de cesárea, esto se explica porque incluimos histerectomías con diagnósticos no solo las de causas obstétricas sino también con diagnósticos ginecológicos.

Otro antecedente para resaltar, es que el 31,5% de nuestras pacientes tenían antecedentes de aborto, representando el triple de los reportados por Ramos.(4) Los abortos seguidos de legrado uterino, y las posteriores sinequias uterinas podrían complicar el embarazo, como placenta previa o acretismo placentario, o ser causa de cuadros ginecológicos que requieran de histerectomía. Por eso es importante brindar especial atención al embarazo en mujeres con antecedente de abortos, ya que no solo aumentan el riesgo de complicaciones en el embarazo, sino también de histerectomía.

La mayoría de pacientes ingresaron por consultorio externo de gineco-obstetricia, exactamente el 81,5%. Entre los principales signos y síntomas que motivaron las consultas de las pacientes encontramos que el síntoma más frecuente fué la hemorragia uterina anormal con el 66,3%, seguido de dolor abdominal que estuvo presente en 56,5% de las pacientes. En otros menos importantes se encontraron flujo vaginal, tumoración abdominal, dispareunia y la gestación, entre otros. Lo que demuestra que la mayoría de las histerectomías se debían a cuadros ginecológicos. Pichardo encontró que el síntoma más

frecuente fue el sangrado vaginal en el 33% de las pacientes, principalmente debido a miomatosis. (2)

Entre las principales indicaciones y diagnósticos post quirúrgicos encontramos que el 56,5% de las histerectomías se debieron a la presencia de miomas uterinos, seguidos de lesiones pre-cancerosas en el 21,7%, diversos tipos de cáncer, entre los que destacan: cáncer de cérvix in situ, coriocarcinoma, adenocarcinoma endometrial, hiperplasia endometrial atípica, que en conjunto representaron el 4,3%. El 13,0% de las histerectomías se justificaron por causas obstétricas como: atonía uterina, placenta accreta, corioamnionitis, mola y ruptura uterina. Otras causas como hiperplasia endometrial y EPI representaron el 4,3%.

Los miomas uterinos son la principal indicación de histerectomía abdominal, así lo afirman varios autores. De los Ríos afirma que fué indicación de 43,8% de las histerectomías seguido de la hemorragia uterina anormal como responsable del 36,1% de histerectomías (5). Además García reportó en su estudio que el diagnóstico principal fué el mioma uterino tanto para la histerectomía abdominal como la vaginal. (7). Estos resultados confirman a lo encontrado en nuestro estudio. Las Urgencias obstétricas, que en nuestro estudio apenas representaron el 13,0% del total de histerectomías abdominales, en otros estudios sobresalen la atonía uterina y acretismo placentario con frecuencias que alcanzan el 28-30% de los casos (4, 10, 12).

La mayoría de las histerectomías fueron totales (92,4%) y solo en el 7,6% fueron histerectomías subtotales. Además, en el 67% de las histerectomías se practicaron también anexectomía, y en la mayoría de los casos fueron anexectomías bilaterales (42,4%). Bejar describe que en el Instituto Materno Perinatal en Lima, el 94,1% de las histerectomías obstétricas fueron histerectomía abdominal total, similar a nuestro resultado (12).

La histerectomía total demoró más tiempo que la histerectomía subtotal, siendo el tiempo quirúrgico promedio de 165 minutos para la total y 120 minutos para subtotal. Esta diferencia encontrada fué significativa ($p=0,02$). En la actualidad existen alternativas para la histerectomía abdominal, como la histerectomía vaginal o la histerectomía laparoscópica, con ventajas e indicaciones especiales para cada paciente. Una ventaja de la histerectomía laparoscópica es el menor tiempo quirúrgico. De los Ríos indica que el tiempo promedio de la histerectomía laparoscópica fue de 85,9 minutos, significativamente menor a la duración de las histerectomías practicadas en nuestro hospital. (5)

La anexectomía fué más frecuente en las pacientes mayores de 40 años, representando el 75,8%, mientras que a las menores de 40 años, solo se les realizó anexectomía en 24,2% de los casos. Esta asociación fué significativa ($p=0,00$). Confirmando que los cirujanos procuran dejar los ovarios en mujeres no menopáusicas. Además, estudiamos si la decisión de anexectomía unilateral o bilateral se realizaba teniendo en cuenta la edad de las pacientes, y encontramos que la anexectomía bilateral fué más frecuente en las pacientes mayores de 40 años (66%) que en las menores de 40 años (53,4%), sin embargo el análisis de χ^2 evidencia que en nuestro estudio, la edad de la paciente no se asocia con la decisión de anexectomía unilateral o bilateral ($p=0,378$).

La tasa de complicaciones post quirúrgicas de las histerectomías abdominales fué del 16,3%, siendo la principal la hemorragia en 8,7% de los casos, infecciones de herida operatoria y muñón 5,5% y lesión del uréter 2,2%. La frecuencia de complicaciones en nuestras pacientes esta dentro del margen reportado por otros estudios que describen una frecuencia entre 12,5% y 25,5% de las histerectomías, siendo menos frecuentes en histerectomías vaginales (5, 10, 12). Así mismo describen que las principales complicaciones son anemia, lesión vesical, coagulación intravascular diseminada (CID) e infección de herida operatoria (4, 6, 12).



La estancia hospitalaria en promedio fué de 6 +/- 3 días con un rango entre 3 y 30 días. Las pacientes que presentaron complicaciones postquirúrgicas necesitaron estancias hospitalarias más largas. Los días de hospitalización son similares a lo reportado en otros estudios, sin embargo es mayor que la estancia de las histerectomías vaginales, donde las pacientes necesitan menos días de hospitalización, lo que contribuye a un ahorro de recursos y costos (7).

Estudiamos los niveles de hemoglobina de ingreso encontrando 10,5 g/dl como promedio, de la misma manera la tasa de anemia de todas la pacientes que ingresaron para ser histerectomizadas fué de 55,5%. La disminución de los niveles de hemoglobina se debe principalmente a la pérdida sanguínea durante el tiempo de enfermedad.

6.3. CONCLUSIONES

- La frecuencia de histerectomías abdominales practicadas en el Hospital Regional de Moquegua durante los años 2006-2010 fué de 115 casos, representando el 87,1% del total de histerectomías y 3,6% de todas las cirugías ginecológicas.
- Las características de las pacientes con histerectomías abdominales practicadas en el Hospital Regional de Moquegua son: grado de instrucción superior (37,0%), con 3 o más partos previos (51,1%), sin antecedentes de cesáreas (85,9%) ni aborto (68,5%). El motivo de consulta más frecuente fué la hemorragia uterina anormal (66,3%). El diagnóstico más frecuente es: mioma uterino (56,5%),. La histerectomía total se realizó en el 92,4%, y la histerectomía más anexectomía en el 67%.
- La indicación más frecuente de histerectomía fueron los miomas uterinos (56,5%), lesiones pre-cancerosas (21,7%) y urgencias obstétricas (13,0%).
- La tasa de complicaciones fué de 16,3%, siendo las principales la hemorragia, infecciones de muñón, infecciones de herida y lesión de uréter.



6.4. RECOMENDACIONES

- Promover la realización de protocolo para Histerectomía abdominal y así mejorar el tiempo quirúrgico, días de hospitalización y resultados por anatomía patológica.
- Mejorar la difusión en los Centros de Salud de cada comunidad sobre enfermedades que produzcan hemorragia uterina anormal, especialmente Miomatosis uterina, para el diagnóstico precoz y seguimiento adecuado.
- Sensibilizar a la población para que acudan precozmente a sus Centros de Salud correspondientes en casos de hemorragia uterina anormal, para evitar la anemia severa.
- Realizar trabajos de investigación para determinar los factores de riesgo asociados a la histerectomía practicadas en el Hospital Regional de Moquegua.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harkki-Siren P, Sjoberg J, Makinen J et al. Finnish national register of laparoscopic hysterectomies: a review and complications of 1165 operations. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176(1): 118-22.
2. Pichardo Pantaleón, Alejandro; Fernández González, Carlos; Rosario S., Juana Andrely; Moreta Ferreras, César A; Hernández Valdez, Reynaldo; Monegro García, Maria L. Factores asociados a histerectomía por mioma: Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (MNSA) Asociación Médica Dominicana. *Revista médica dominicana. Rev. méd. domin*; 54 (2):25-8, jul.-sept. 1993. Republica Dominicana. 1993.
3. Escobar J., Cuervo L, Reyes-Ortiz C. Principales factores socioeconómicos asociados a histerectomía en mujeres ancianas de Latino América y del Caribe. XI Simposio en investigaciones en Salud. Universidad del valle. Colombia. 2009.
4. Ramos García R, Ramírez López G, Hurtado Estrada G. Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. *Archivos de investigación materno-perinatal. Arch Inv Mat Inf* 2010; II (1):11-14. México. 2010. Disponible en la web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi101c.pdf>
5. De Los Ríos J F, Castañeda J D, Calle G A, Serna E, Vásquez R A, Arango A M, Flórez O J, et al. Histerectomía laparoscópica total en la unidad de endoscopia ginecológica de la Clínica del Prado, Medellín. 2002 – 2008. Colombia. 2009. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología RCOG* 2009; 60(4): 320-327.
6. Vanegas Estrada RO, Sotolongo Falero A, Suárez Reyes A M, Muñoz Rizo M E. Histerectomía obstétrica de urgencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Cuba.* 2009. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* 2009; 35(3). http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=72&id_seccion=717&id_ejemplar=6157&id_articulo=6114
7. García Rodríguez M E, Romero Sánchez R E. Histerectomía. Evaluación de dos técnicas quirúrgicas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Cuba.* 2009.



- Rev Cubana Obstet Ginecol 2009; 35(2): 1-8. Disponible en la web:http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=72&id_seccion=3387&id_ejemplar=6160&id_articulo=611
8. Reveles Vázquez JA, Villegas Rivera G, Hernández Higareda S, Grover Páez F, Hernández Vega C, Patiño Segura A. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 2008. Ginecol Obstet Mex 2008; 76 (3):156-60. web:<http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/marzo2008/Ginecol%20Obstet%20Mex%202008-76%283%29%20156-60.pdf>
 9. Páez Angulo JA, Nava Flores J, Basavilvazo Rodríguez A, Ángeles Victoria L, Hernández-Valencia M. Histerectomía obstétrica por anomalía orgánica y funcional materno-fetal, asociadas a la presencia de patología agregada. Revista Acta Medica Vol 1; 4, 2003. México. 2003. Disponible en la web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2003/am034c.pdf>
 10. Fuentes Gonzalez L, Enríguez Domínguez B. Histerectomía puerperal. Estudio de 14 años. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Rev Cubana Obstet Ginecol V.31 N.1. cuba. 2005. Disponible en la web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-000100006&script=sci_arttext
 11. Colmenares C, Santana N, Márquez G, Guerra L. Factores de riesgos asociados a complicaciones infecciosas en pacientes sometidas a histerectomía: estudio de casos y controles. Revista Ciencias de la Salud. Colombia. 2003. Rev. Cienc Salud 2003; 1(1): 45-57
 12. Bejar Cuba J. Histerectomía de emergencia durante la gestación, en el Instituto Materno Perinatal: Incidencia y Factores Asociados 1999 - 2000. Tesis de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2001. web:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/bejar_c_j/indice.htm
 13. Benrubi GI. History of hsterectomy. J Fla Med Assoc 1988; 75:533-538.
 14. Cosson M. L'hysterectomie, passe, present, avenir. These; Lille: 1993.
 15. Ballard LA, Walters MD. Transvaginal mobilization and removal of ovaries and fallopian tubes after vaginal hysterectomy. Obstet Gynecol. 2003; 87; 35 – 9.
 16. Belaiche R. Rubrique economique: Cout de L'hysterectomie abdominale et coelioscocique. Sungof. 2003; 14: 14-5.



17. Reich H, De Caprio JR, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg.* 2001; 5: 213-5.
18. Nilsson L, Rybo G. Treatment of menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 110: 713- 720.
19. Gambone JC, Reiter RC. Nonsurgical management of chronic pelvic pain: a multidisciplinary approach. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 205-211.
20. Dicker RC, Scally MJ, Greenspan JR, et al, Hysterectomy among women of reproductive age: trends in the United state. 1970-1978. *JAMA* 1982; 248; 323 – 327.
21. Dawood MY. Current concepts in the etiology and treatment of primary dysmenorrhea. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1986; 138. 7-10
22. Stearns MW Jr. Benign and management. *Surg Clin North Am* 1978; 58: 605- 618.
23. Farber N, Stein A, Adashi E, Rokitansky, Kuster, Hauser Syndrome and leiomyoma uteri. *Obstet Gynecol* 1978; 51 N°1.
24. Friedman AJ, Haas ST. Should uterine size be an indication for surgical intervention in women with myomas. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 751-755.
25. Jonathan S. Berek, MD, MMSc, Eli Y. Adashi, MD, Paula A. Hillard, MD; *Ginecología de Novak, décima segunda edición* 1999; 619-621
26. H. Oddo, P. Villaseca y A.Perez, *Mioma Uterino, Ginecología y Obstetricia,* 1998: 397- 399.
27. Guillermo Cisneros-Jaramillo, Enrique F. Noboa. Flores; *Histerectomía Pacheco:* 654- 657.
28. Enric Sabrià, Jordi Ponce, Luis Giné, M^a Jesús Plá, Joan Domínguez2; *Tratamientos médicos del mioma uterino: Actualidad y futuro; Ginecología y Obstetricia Clínica* 2009; 10 (1):27-32.
29. Ángel Santalla Hernández, Irene Vico Zúñiga, M^a Setefilla López Criado; *Embolización selectiva de arterias uterinas para el tratamiento de miomas sintomáticos. Actualización Obstetricia y Ginecología* 2011.
30. Navarro L, Almazán C. Ultrasonido focalizado de alta intensidad (HIFU) extracorpóreo en tumores sólidos. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de



- Cataluña; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2009/02.
31. Benassi L, Rossi T, Kaihura CT et al. Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1561-5.
 32. Dr. Carlos Rafael Alverto Suazo; Histerectomía Laparoscópica: Presentación de Caso y Revisión de Literatura; *Rev. Med. Hond* 2001; 69:22-29



ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de H.CL. _____

Fecha de recolección de datos _____

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS	
1. Edad	<input type="checkbox"/> _____ años
2. Estado civil	<input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Otro
3. Grado de instrucción (completa)	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior
4. Ocupación	<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Agricultora <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otro
5. Número de partos previos	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 o más
6. Cesárea anterior	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ó más
7. Abortos previos	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ó más
8. Número de hijos vivos	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o mas
9. Lugar de ingreso	<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consulta externa
10. Motivo de consulta	<input type="checkbox"/> Controles <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Hemorragia uterina anormal <input type="checkbox"/> Retención urinaria <input type="checkbox"/> Dispareunia <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Tumoración abdominal



	<input type="checkbox"/> IU esfuerzo <input type="checkbox"/> Flujo vaginal
11. Diagnóstico preoperatorio	<input type="checkbox"/> Mioma uterino <input type="checkbox"/> Displacías cervicales <input type="checkbox"/> Ca. cérvix <input type="checkbox"/> Hemorragia uterina anormal <input type="checkbox"/> Atonía uterina <input type="checkbox"/> Placenta accreta <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Otros
12. Hemoglobina de ingreso	<input type="checkbox"/> ____g/dl
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	
13. Tipo de histerectomía	<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Subtotal
14. Técnica quirúrgica	<input type="checkbox"/> Histerectomía+ doble anexectomía <input type="checkbox"/> Histerectomía+ anexectomía unilateral <input type="checkbox"/> Solo histerectomía <input type="checkbox"/> Cesárea +Histerectomía
15. Tiempo quirúrgico	<input type="checkbox"/> ____ min
16. Hemoglobina postoperatoria	<input type="checkbox"/> ____g/dl
17. Diagnóstico PO	<input type="checkbox"/> Mioma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Hemorragia post parto <input type="checkbox"/> EPI <input type="checkbox"/> Lesiones endometriósicas <input type="checkbox"/> Prolapso <input type="checkbox"/> Sangrado uterino disfuncional <input type="checkbox"/> Otros _____
18. Complicaciones postoperatorias	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Lesión uréter <input type="checkbox"/> otro
19. Días de hospitalización PO	<input type="checkbox"/> ____ días



ANEXO 02

Cirugías Ginecológicas realizadas en el año 2010

SERVICIO GINECOLOGÍA: 2010	PROCEDIMIENTOS MAYORES				
	I	II	III	IV	
Cesárea	84	66	79	90	319
B.T. Bilateral.	21	20	22	27	90
Histerectomía Total Abdominal	4	3	5	8	20
Salpingectomía	4	6	2	4	16
Quistectomía	2	3	5	4	14
Embarazo Ectópico	1	3	1	2	7
Cono Frio	-	-	4	3	7
Exéresis Laparoscópica	1	-	-	3	4
Colporrafia	-	-	1	2	3
Marzupialización	1	-	1	-	2
Laparotomía Exploratoria	-	2	-	-	2
Histerectomía Vaginal	1	-	-	1	2
Miomectomía	-	-	1	-	1
				TOTAL	487

ANEXO 03

Cirugías Ginecológicas realizadas en el año 2009

PROCEDIMIENTOS QX. MENORES	I TRIMESTR E	II TRIMESTR E	III TRIMESTR E	IV TRIMESTR E	TOTAL
III. GINECOLOGIA: Legrado Uterino					
Aborto Incompleto	38	39	33	25	135
Retencion Restos Placentarios	15	11	15	10	51
Alumbramiento Incompleto	6	5	4	1	16
Aborto Amenbrionario	2	4	1	4	11
Hiperplasia Endometrial	3	4	-	1	8
Aborto Frustrado	3	4	-	-	7
Embarazo no Evolutivo	1	-	4	1	6
Biopsia	-	2	3	1	6
Mola Idatiforme	-	1	1	2	4
Obito Fetal	-	1	1	1	3
Extraccion DIU	-	-	1	1	2
Hemorragia Uterina	1	-	-	-	1
Hemorragia Post Menopausia	-	1	-	-	1
Retencion Total de Placenta	-	1	-	-	1
				TOTAL	252



ANEXO 04

Evaluación anual comparativa de intervenciones quirúrgicas Hospital Regional de Moquegua 2006 - 2008

