

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



“HISTERECTOMÍA ABDOMINAL: CARACTERÍSTICAS  
CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES DEL  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO ENTRE ENERO DEL 2008 Y DICIEMBRE DEL  
2012”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR:  
Karen Estefani Calderón Escalante

TACNA – PERÚ  
2015

## **DEDICATORIA**

La presente tesis y mi carrera completa se la dedico a mis padres, que gracias al apoyo incondicional y ejemplo de lucha incansable, hicieron de mí la persona que soy.

Gracias por todo su amor, cariño y comprensión.

Karen Estefani

## **AGRADECIMIENTOS**

Le agradezco a Dios quien es el único que impulsa nuestras vidas a cada paso, el que pone en contacto nuestra mano, mente y corazón para lograr que nos desempeñemos cada día de la mejor manera en esta noble profesión.

A mi familia por todos los consejos brindados, por el apoyo, los ánimos y el entendimiento brindado en los momentos más difíciles.

A Carlos Franco y su familia por el incondicional apoyo y cariño que me ofrecieron durante estos últimos 5 años.

Al igual estoy muy agradecida con mi universidad, mi facultad y todos mis profesores que impartieron todos sus conocimientos y experiencias sin un solo indicio de egoísmo, para poder ejercer mi profesión de la mejor forma posible.

Finalmente a todas aquellas personas que fueron partícipes de mi vida universitaria y que se convirtieron en parte de mi crecimiento como profesional, a todas ellas muchas gracias por todo, los llevo en mi corazón.

Karen Estefani

## RESUMEN

La histerectomía abdominal es el procedimiento quirúrgico más frecuente en la práctica ginecológica. La mayoría se realiza como tratamiento de miomas uterinos. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. **Material y métodos:** Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se incluyeron 123 pacientes sometidas a histerectomía abdominal durante los años 2008 – 2012 del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Se hizo una búsqueda sistematizada de las historias clínicas y llenado de una ficha de recolección de datos convenientemente elaborada para los fines del estudio. **Resultados:** Predominó el grupo de 41 a 50 años (55.3%). Las principales características de las pacientes son: casadas (48%), nivel de instrucción superior (35.8%), amas de casa (60.2%), multíparas (65.9%) e ingresaron con niveles normales de hemoglobina (36.6%). El motivo de consulta más frecuente fue la hemorragia uterina anormal (78.9%). El diagnóstico más frecuentes fueron: mioma uterino (72.4%), corroborado con anatomía patológica. El 54.5% fueron histerectomías totales, en el 71.5 % de las histerectomías se asoció a anexectomía, predominando la bilateral (52.3%). En el 24.8% de las pacientes se presentó al menos una complicación, dentro de las cuales destaca: hemorragia y la infección de la herida operatoria. **Conclusión:** La indicación más frecuente para histerectomía abdominal total fue la miomatosis uterina asociada a hemorragia uterina anormal y dolor pélvico, en especial en mujeres premenopáusicas, encontrándose asociación entre la edad y la anexectomía bilateral. Además se concluye que las pacientes menores de 30 años tienen menor probabilidad de practicarse histerectomía abdominal total que el resto de la población.

**PALABRAS CLAVE:** histerectomía abdominal total, miomatosis uterina, sangrado vaginal.

## ABSTRACT

Hysterectomy is the most common surgical procedure in gynecological practice. Most are done as treatment of uterine myoma. **Objectives:** To determine clinical and epidemiological characteristics of patients undergoing abdominal hysterectomy at the Hipólito Unanue Hospital of Tacna. **Material and methods:** Observational, descriptive, retrospective and transversal research. 123 patients undergoing abdominal hysterectomy were included during the years 2008-2012 of Gynecology and Obstetrics. It was a systematic search of medical records and filling a data collection sheet suitably prepared for the purposes of the study. **Results:** The predominant age group was between (55.3%). The main characteristics of the patients are married (48%), higher educational attainment (35.8%), homemakers (60.2%), multiparous (65.9%) and entered with normal hemoglobin levels (36.6%). The most frequent reason for consultation was abnormal uterine bleeding (78.9%). The most frequent diagnoses were: uterine myoma (72.4%), confirmed with histopathology. The total hysterectomies were 54.5%, 71.5% in the hysterectomy was associated with oophorectomy, predominantly bilateral (52.3%). In 24% of patients had at least one complication within which highlights hemorrhage and infection of the surgical wound. **Conclusions:** The principal condition for total abdominal hysterectomy was fibroids with pelvic pain and abnormal uterine bleeding especially in premenopausal women, found association between age and bilateral oophorectomy. Also concludes the patients under 30 years have lower probability of practiced total abdominal hysterectomy that the rest of the people.

**KEYWORDS:** Total abdominal hysterectomy, uterine myomas, vaginal bleeding.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I – EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	8
CAPÍTULO II – REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	11
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
2.2. MARCO TEÓRICO.....	17
2.2.1. HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.....	17
2.2.2. TIPOS DE HISTERECTOMÍA.....	23
2.2.3. COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA.....	25
CAPÍTULO III – VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....	30
3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	31
CAPÍTULO IV – METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	35
4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	35
4.3. POBLACIÓN.....	37
4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	38
4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	38

4.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
CAPÍTULO V – PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	39
5.1. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	40
CAPÍTULO VI – RESULTADOS, DISCUSIÓN CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN.....	41
6.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	42
6.2. DISCUSIÓN.....	59
6.3. CONCLUSIONES.....	72
6.4. RECOMENDACIONES.....	73
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	74
RECURSOS DISPONIBLES.....	75
PRESUPUESTO.....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXOS.....	83

## INTRODUCCIÓN

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se practica la resección parcial o total del útero, esta ha evolucionado en el tiempo, gracias al adelanto técnico a nivel quirúrgico, de laboratorio, anestésico y de cuidados pre y post operatorios. Dentro de los procedimientos ginecológicos mayores, la histerectomía constituye la cirugía más frecuentemente realizada en los países desarrollados. En Estados Unidos se estima que se realizan 600 000 histerectomías cada año. (1) En los últimos años, ha disminuido su incidencia por el empleo de otros tratamientos menos invasivos: miomectomía histeroscópica o laparoscópica, empleo de mallas para el tratamiento de los prolapsos uterinos y la ablación endometrial, entre otros.

Existen tres tipos de abordaje para la realización de la histerectomía entre ellas incluyen: Histerectomía abdominal; histerectomía vaginal; histerectomía laparoscópica. Usualmente la relación histerectomía vaginal vs histerectomía abdominal es de 1:3 o 1:4 según el país, el sitio en el que se realiza y la experiencia de los cirujanos. (2) Al analizar las causas que motivan la realización de una histerectomía, históricamente, más del 90 % de ellas obedece a una causa benigna, habitualmente miomatosis uterina, adenomiosis y defectos del piso pelviano. Sólo un 10% de las histerectomías se realizan en contexto de enfermedad maligna ya sea originada en el útero propiamente tal (cuerpo o cuello uterino) o como parte de la etapificación de una neoplasia ginecológica de otro origen. (1) En la mayoría de las pacientes, la elección de un procedimiento por vía vaginal o abdominal depende del diagnóstico y los datos clínicos encontrados que van desde pacientes con sangrado genital anormal por miomatosis uterina, endometriosis, prolapso uterino, hasta urgencias obstétricas como es la ruptura uterina.



Como a cualquier otro procedimiento quirúrgico importante, la histerectomía se asocia a ciertos riesgos y a efectos secundarios. Pueden ocurrir complicaciones de algún tipo en las pacientes sometidas a una histerectomía abdominal y algunas de ellas pueden ser severas (por ejemplo: infección, hemorragia, lesión del tracto urinario y lesión intestinal). En muy pocos casos puede llegar a la muerte. (3) El tipo de complicaciones que puedan surgir en cada caso depende por una parte del estado de salud de la mujer operada y, por otra, de la experiencia del cirujano y de la técnica quirúrgica aplicada.

El presente estudio; tiene como objetivo realizar una revisión retrospectiva de todas las histerectomías abdominales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante un período de cinco años, para describir las características clínicas y epidemiológicas.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA**

Actualmente, la histerectomía es la intervención ginecológica más practicada en los países desarrollados, y aunque con los avances médicos la mortalidad asociada al procedimiento haya disminuido significativamente, conlleva a un importante grado de morbilidad. En Estados Unidos se estima alrededor de 622 000 histerectomías realizadas por año en la última década, de las cuales, el 73 % participa también en la extirpación quirúrgica de los ovarios. En 1/3 de las mujeres se puede esperar una histerectomía a los 60 años. Actualmente hay alrededor de 22 millones de personas en los Estados Unidos que se han sometido a este procedimiento. (4) Entre el 2002 y el 2003 se realizaron un total de 1 006 histerectomías en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). (5) La histerectomía es una de las técnicas quirúrgicas con más frecuencia se practica en los servicios de Ginecología y Obstetricia; por tanto, de gran importancia en cuanto a las repercusiones que pueda producir en mujeres que van a ser sometidas a ésta.

La implementación de esta intervención quirúrgica mayor, está indicada como tratamiento en múltiples trastornos ginecológicos, benignos y neoplásicos, cuyas manifestaciones clínicas van en detrimento de la calidad de vida de las mujeres que las padecen. Las lesiones benignas del útero, como fibromiomas, procesos inflamatorios extensos de la pelvis y adenomiosis, son las indicaciones más comunes de la histerectomía subtotal o supravaginal; la histerectomía total se reserva para los tumores malignos del útero y algunos casos incipientes de este tipo de neoplasias en el cérvix. (6) En la patología benigna se practica no sólo como solución terapéutica, sino también social, tratándose de conseguir una mejor calidad de vida en la mujer.

El riesgo operatorio, está asociado a variables como: salud general de la paciente, edad, patología de fondo, patologías asociadas a enfermedades de fondo, experiencia del cirujano, técnica operatoria y la urgencia del procedimiento.

Algunas complicaciones son el sangrado y la infección, y también existe la posibilidad de lesionar otros órganos, como la vejiga y el recto. Además de las posibles pero infrecuentes complicaciones por la administración de anestésicos. (7) El factor más importante que determina el éxito de su tratamiento, es el reconocimiento precoz de las complicaciones. Por ello, es tan importante la observación sistemática y cuidadosa del post operatorio.

Durante mis prácticas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna tuve la oportunidad de conocer los antecedentes gineco-obstétricos y clínicos de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal, sin encontrar estudios relacionados sobre dicho tema en este hospital.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las características clínico – epidemiológicas de las histerectomías abdominales practicadas en las pacientes del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el periodo comprendido entre Enero del 2008 y Diciembre del 2012?

## **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 Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el periodo comprendido entre Enero del 2008 y Diciembre del 2012.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer la frecuencia de histerectomías abdominales, grupo etáreo, características socio – demográficas, hemoglobina de ingreso, motivo de consulta, diagnóstico clínico y anátomo - patológico en las pacientes histerectomizadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HHUT en el periodo comprendido entre Enero del 2008 y Diciembre del 2012.
  
- Determinar la técnica quirúrgica mayormente empleada, complicaciones trans y post quirúrgicas, estancia hospitalaria y condición de egreso de las histerectomías abdominales practicadas en las pacientes del Departamento de Ginecología y Obstetricia del HHUT en el periodo comprendido entre Enero del 2008 y Diciembre del 2012.
  
- Conocer si existe asociación entre el tipo de histerectomía y el tiempo quirúrgico en las histerectomías abdominales practicadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HHUT en el periodo comprendido entre Enero del 2008 y Diciembre del 2012.
  
- Conocer si existe asociación entre la edad y la anexectomía bilateral en las histerectomías abdominales practicadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HHUT en el periodo comprendido entre Enero del 2008 y Diciembre del 2012.
  
- Determinar cuál o cuáles factores estarían asociados al tipo de histerectomía y a las complicaciones post quirúrgicas de las histerectomías abdominales practicadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HHUT en el periodo comprendido entre Enero del 2008 y Diciembre del 2012.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas que se realizan con mayor frecuencia en nuestro Hospital Hipólito Unanue de Tacna, las indicaciones de dicho procedimiento y las vías de abordaje son diversas.

La proporción entre histerectomías abdominales y vaginales no ha cambiado en grado importante durante los últimos 20 años, cerca de 75 % de los procedimientos son abdominales.

El presente estudio aborda un tema de interés actual, el propósito es conocer la incidencia, características clínico-epidemiológicas, indicaciones y complicaciones de las histerectomías abdominales realizadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el periodo comprendido entre enero del 2008 y diciembre del 2012.

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. Este estudio pretende generar información que sirva de base para educar al personal de salud tanto médico como no médico, permitiendo de esta manera un nivel de conocimiento correcto y adecuado hacia este tipo de intervención.

La histerectomía es un procedimiento en el que los ginecólogos tienen mucha experiencia. Sin embargo, es una cirugía mayor, en la cual hay riesgos de sangrado e infección, y también existe la posibilidad de lesionar otros órganos, como la vejiga y el recto. Si se conoce cuál o cuáles son las principales complicaciones dadas en nuestra población, se podría elaborar estrategias para prevenir, actuar eficientemente, reducir días hospitalarios, reducir gastos y fundamentalmente evitar la mortalidad por ese tipo de intervención quirúrgica ginecológica.

## 1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Aborto:** Es la terminación de la gestación espontánea o natural y la inducida o provocada de un embarazo antes de la vigésima semana con un peso menor de 500 gr. y no viable. (8)
- **Atonía uterina:** La atonía uterina es un término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero. La atonía uterina puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección. (9)
- **Cesárea:** Nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes del abdomen (laparotomía) y uterina (histerotomía). Esa definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura del útero o de un embarazo en esa localización. (10)
- **Infertilidad:** Es la disminución o ausencia de fertilidad, entendiéndose ésta como la capacidad para tener hijos. La infertilidad supone estructuras anatómicas adecuadas y función alterada con posibilidad de embarazo, que puede no llegar a término. Es sinónimo de esterilidad relativa. (11)
- **Lesiones pre malignas de cuello uterino:** Son lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino (NIC I, NIC II, NIC III). (12)
  - **NIC I:** Displasia leve
  - **NIC II:** Displasia moderada a acentuada
  - **NIC III:** Displasia severa a carcinoma in situ.
- **Menopausia:** Menopausia natural como el cese permanente de la menstruación que resulta de la disminución o depleción de la actividad ovárica folicular. La menopausia natural se reconoce una vez que han

transcurrido doce meses consecutivos de amenorrea desde la última menstruación, sin que existan causas fisiológicas o patológicas. (8)

- **Menorragia:** Se define como la menstruación cíclica prolongada o abundante. En forma objetiva, es la menstruación que se prolonga durante más de siete días o excede 80 ml de sangre. (13)
- **Metrorragia:** hemorragias irregulares o continuas, de intensidad variable, que hacen perder el carácter cíclico de la menstruación normal. (13)
- **Multípara:** Una mujer que ha completado dos o más embarazos hasta las 20 semanas o más. La paridad se determina por el número de embarazos que llegó a las 20 semanas y no por el número de fetos nacidos. (10)
- **Nulípara:** Una mujer que nunca ha rebasado las 20 semanas de gestación. Puede o no haber estado embarazada, pudo haber experimentado un aborto espontáneo o electivo, o un embarazo ectópico. (10)
- **Piso pelviano:** Es una estructura de músculos, y tejido conectivo que entrega soporte y estructuras de suspensión a los órganos pélvicos y abdominales. Su principal componente es el músculo elevador del ano. Los órganos pélvicos pueden dividirse en 3 compartimentos: anterior (vejiga y uretra), medio (útero y vagina, próstata y vesículas seminales) y posterior (recto, conducto anal y aparato esfinteriano). (14)
- **Placenta acreta:** Se usa para describir cualquier implantación en la cual hay adherencia anormalmente firme a la pared del útero. Como consecuencia de falta parcial o total de decidua basal y desarrollo imperfecto de la Capa de Nitabuch o fibrinoide, las vellosidades placentarias están fijadas al miometrio en la placenta acreta. (10)



- **Placenta increta:** La implantación de las vellosidades invaden el miometrio. (10)
- **Placenta percreta:** Consiste en la penetración del tejido placentario a través de toda la pared uterina, traspasando la serosa de la misma. (10)
- **Placenta previa:** Inserción de la placenta en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el orificio cervical interno o quedando muy cerca de él. (10)
- **Pólipo endometrial:** Es un crecimiento localizado de tejido endometrial cubierto de epitelio, y con una proporción variable entre estroma, glándulas y vasos sanguíneos. Se proyectan desde la superficie de endometrio a la cavidad endometrial y pueden ser pediculados, con base amplia o tener tallo fino. Pueden ser únicos o múltiples y medir desde unos pocos milímetros a varios centímetros. (15)
- **Primípara:** Una mujer que ha dado a luz sólo una vez uno o varios fetos vivos o muertos, con una duración calculada de la gestación de 20 semanas o más. (10)
- **Prolapso uterino:** El prolapso uterino se produce cuando el útero se desprende y cae sobre el canal vaginal debido al debilitamiento de los músculos y los ligamentos de la parte inferior del abdomen (el "piso pélvico") que normalmente sostienen el útero y otros órganos en la pelvis. (16)

# **CAPÍTULO II**

## **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

## **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

**Toledo Mariño Gastby. “Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010”. Rev. Horizonte Médico. Vol. 11 n° 2. Lima – Perú, 2011.** Este estudio fue descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se estudiaron 275 casos mujeres mayor de 30 años con indicación de histerectomía abdominal con patología benigna del útero; excluyendo los casos con sospecha de adherencias peritoneales firmes, pacientes con cirugía previa y con alguna complicación; pacientes con alguna morbilidad asociada: Diabetes Mellitus 2 descompensada, obesidad ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ); riesgo quirúrgico  $> IV/IV$  y enfermedad respiratoria grave. Predominó el grupo de 41 a 45 años (39 %), multíparas (96 %), las principales características clínicas fueron: dolor pélvico asociado a sangrado vaginal (40 %), sangrado vaginal (31 %), la principal indicación fue: miomatosis uterina (85%), que predominó en multíparas (81 %), hubo correlación con la ecografía en el 95% y con anatomía patológica en el 94%. La complicación más frecuente fue: fiebre e infección del tracto urinario con un 6 % e infección de herida operatoria (2 %). (7)

**Joaquín Márquez y cols. “Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general”. Rev. Scielo – MEDISAN. Vol. 18 n° 2. Santiago de Cuba – 2014.** Fue un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de 98 pacientes expuestas a histerectomía abdominal en el centro hospitalario Amalia Simoni de Camagüey, desde enero de 2008 hasta diciembre de 2010, de las cuales se escogió una muestra de 91 que cumplían los criterios de inclusión y de exclusión establecidos. Se concluyó que el fibroma uterino resultó ser la causa más frecuente para realizar el proceder quirúrgico (93.4 %) , seguido con marcada diferencia por el de hiperplasia endometrial (5.5 %), no hubo complicaciones perioperatorias, reintervenciones ni mortalidad y la estadía posoperatoria promedio fue corta. (17)

**Ali Kucukmetin y cols. “Histerectomía vaginal radical asistida por laparoscopia versus histerectomía abdominal radical para el tratamiento del cáncer cervicouterino temprano”. Cochrane – 2013.** Se realizó una revisión sistemática y se buscaron ensayos controlados aleatorios (ECA) publicados y no publicados que compararon los métodos abierto y vaginal asistido por laparoscopia de realización de la histerectomía radical en pacientes con cáncer de cuello uterino temprano. Las pruebas se actualizaron hasta julio de 2013. Sólo se encontró un ECA con 13 pacientes que cumplió los criterios de inclusión e informó datos sobre HVRAL versus HAR. Las pacientes a las que se les realizó HVRAL para el tratamiento del cáncer cervicouterino de estadio temprano parecieron tener menos pérdida de sangre en comparación con las que se les realizó HAR. El ensayo informó una diferencia significativa marginal entre los dos tipos de cirugía (pérdida de sangre mediana 400 ml y 1000 ml para HVRAL y HAR, respectivamente, valor de  $p = 0.05$ ). La HAR se asoció con un tiempo quirúrgico significativamente más corto en comparación con la HVRAL (mediana: 180 minutos con HVRAL versus 138 minutos con HAR, valor de  $p = 0,05$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de complicaciones perioperatorias en las pacientes a las que se les realizó HVRAL y HAR. El ensayo informó dos (29 %) y cuatro (57 %) casos de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, respectivamente, en el grupo de HVRAL y en el grupo de HAR no se informaron casos (0 %) de complicaciones intraoperatorias y hubo cinco casos (83 %) de complicaciones postoperatorias. No se informaron casos de complicaciones perioperatorias graves. (18)

**Rosalie Fergusson y cols. “Resección y ablación del endometrio versus histerectomía para el sangrado menstrual abundante”. Cochrane – 2013.** En las revisiones Cochrane solamente se incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) en ocho bases de datos en los años 2007, 2008 y 2013. Se observaron ventajas a favor de la histerectomía en comparación con la ablación del endometrio en diversas medidas de mejoría en los síntomas de hemorragia y las tasas de satisfacción. La necesidad de cirugía repetida debido al fracaso del

tratamiento inicial fue más probable después de la ablación del endometrio que después de la histerectomía al año (CR 14.9; IC del 95 %: 5.2 a 42.6; seis estudios, 887 pacientes,  $I^2 = 0\%$ ). En su mayoría, los eventos adversos graves y leves fueron significativamente más probables después de la histerectomía durante la estancia hospitalaria. Las pacientes a las que se les realizó histerectomía tuvieron mayores probabilidades de presentar sepsis (CR 0.2; IC del 95 %: 0.1 a 0.3; cuatro estudios, 621 pacientes,  $I^2 = 62\%$ ), transfusión de sangre (CR 0.2; IC del 95 %: 0.1 a 0.6; cuatro estudios, 751 pacientes,  $I^2 = 0\%$ ), pirexia (CR 0.2; IC del 95 %: 0.1 a 0.4; tres estudios, 605 pacientes,  $I^2 = 66\%$ ), hematoma de la cúpula vaginal (CR 0.1; IC del 95 %: 0.04 a 0.3; cinco estudios, 858 pacientes,  $I^2 = 0\%$ ) y hematoma de la herida (CR 0.03; IC del 95 %: 0.00 a 0.5; un estudio, 202 pacientes) antes del alta hospitalaria. Después del alta hospitalaria, la única diferencia que se informó para este grupo fue una tasa mayor de infección (CR 0.2; IC del 95 %: 0.1 a 0.5; un estudio, 172 pacientes). (19)

**Mariela Silva Delgado. “Eficacia y beneficios de las histerectomías laparoscópicas comparada con las abdominales, febrero a septiembre del 2011”. Rev. Scielo. Vol. 87 n°3. El Salvador – 2012.** El presente estudio fue experimental, 60 pacientes fueron sometidas entre histerectomía laparoscópica o histerectomía abdominal de febrero a septiembre del 2011 en el Hospital Materno Infantil Primero de Mayo del ISSS. El 67 % fueron histerectomías abdominales y el 33 % vía laparoscópica. Las indicaciones para histerectomía abdominal fue fibromatosis uterina en el 79 % y un 8 % por hemorragia uterina anormal. También se corroboró que la recuperación de la histerectomía laparoscópica fue más rápida en cuanto a la incorporación a las actividades cotidianas y la incapacidad fue de 20 días comparada con los 40 días de incapacidad por histerectomía abdominal. Asimismo, el tiempo quirúrgico fue en su mayoría entre 1 a 2 horas para ambos procedimientos. (20)

**Arturo Llanes y cols. “Histerectomía laparoscópica total versus histerectomía convencional en pacientes trabajadoras de petróleos mexicanos”. Rev. Scielo. Vol. 46 n°2. México– 2013.** Se utilizó un diseño cuasi-experimental, prospectivo y comparativo, la población en estudio fueron las pacientes trabajadoras de PEMEX con indicación de histerectomía que acuden a la consulta externa de Ginecología y Obstetricia. Se incluyeron un total de 150 histerectomías de las cuales 110 se realizaron por vía de laparotomía abdominal y 40 histerectomías vía laparoscópica; de acuerdo a los resultados obtenidos en cada técnica quirúrgica valuada, no existe diferencia significativa en cuanto a la presencia de comorbilidades, se obtuvieron 7 casos para histerectomía abdominal (6.4 %) y 3 casos para histerectomía laparoscópica (7.5 %), lo cual se demuestra con la prueba de chi cuadrada= 0.06 p= 0.80. (21)

**Rosa Indacochea Moran. “Causas y complicaciones de Histerectomía Abdominal y Vaginal: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor 2010” Rev. Scielo. Vol. 41 n° 2. Ecuador – 2011.** Mediante un estudio de tipo descriptivo, correlacional; de diseño no experimental, longitudinal y retrospectivo. Donde se analizaron 412 historias clínicas, obtenidas al azar; de todas la histerectomías que tuvieron como indicación una patología benigna. Los resultados obtenidos presentaron, una edad media de 46.5 años. La causa más frecuente para realizar histerectomía, es el útero miomatoso, en un 70.38 %; el abordaje quirúrgico fue realizado por vía abdominal en un 84.46 %. Entre las complicaciones más significativas: infección del sitio quirúrgico, 2.91 %; absceso del muñón vaginal 0.24 %; infección de vías urinarias 2.48 %; reingreso hospitalario del 1.69 %, necesitando transfusión sanguínea el 0.24 % de las pacientes estudiadas. (6)

**Rodolfo Casas y cols. “Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el hospital universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de cohorte”. Rev. Colomb de Obstet Ginecol. Vol. 64 n° 2. Colombia – 2013.** Este estudio fue de cohorte descriptivo en pacientes a quienes se les realizó histerectomía por indicación obstétrica, desde el 1 de enero de 2006 y el 31 de mayo de 2010. Se realizaron un total de 49 histerectomías obstétricas. En el mismo periodo 8.167 pacientes tuvieron recién nacido vivo. La incidencia de la histerectomía obstétrica fue de 5.9 por 1000 recién nacidos vivos. Las indicaciones más frecuentes fueron atonía uterina (43.37 %) y anomalías de la inserción placentaria (18.24 %). La complicación más frecuente fue la anemia en un 76.3 % de las pacientes; no hubo mortalidad materna asociada. (22)

**Juan Hollman y Gerardo Rodriguez. “Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna”. Arch. Inv- Materno Infantil. Vol. 6 n° 1. México – 2014.** Fue un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyeron todas las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil de México del 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2013. Se incluyeron 438 pacientes de las cuales 66 (15.05 %) presentaron complicaciones. La complicación más frecuente observada fue el choque hipovolémico, en un 9.1 % del total de las pacientes, seguida de las infecciones postquirúrgicas, con un 3.7 % de casos, y de la dehiscencia de herida quirúrgica, en un 3.2 %. (23)

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. HISTERECTOMÍA ABDOMINAL**

La histerectomía es la operación más realizada por el ginecólogo y el segundo procedimiento quirúrgico mayor más común en los Estados Unidos después de la cesárea. Desde una perspectiva histórica, fue inicialmente realizada para condiciones que amenazaban la vida de las pacientes. En nuestro medio, la histerectomía sigue siendo la cirugía ginecológica más frecuente, a pesar de haber descendido casi a un tercio tras el advenimiento de la histeroscopia.

La tasa de histerectomía ha variado entre 6.1 y 8.6 por 1000 mujeres de todas las edades. La probabilidad de que una mujer sufra una histerectomía depende de varios factores, como la edad, raza y el lugar en donde vive. Las mujeres con edades comprendidas entre 20 y 49 años son las que habitualmente se realizan la intervención. (24)

La histerectomía abdominal sigue siendo la vía más común para este procedimiento, a pesar de una estancia hospitalaria más prolongada, más dolor post operatorio, una mayor tasa de infección y lento retorno a las actividades normales. (25)

#### **2.2.1.1. Epidemiología**

Casi 90 % de las histerectomías se realiza por indicaciones benignas. En los últimos 20 años en los Estados Unidos se han producido cambios en los patrones de práctica relacionados con la ruta de esta cirugía. Desde que se introdujo la histerectomía laparoscópica en 1989, el uso de esta vía mínimamente invasiva ha aumentado de 0.3 % a 14 % de



todas las histerectomías en 2005. (26) Este incremento se ha aunado a una disminución de las histerectomías tanto abdominales como vaginales, que se informaron como 64 % y 22 %, respectivamente.

### **2.2.1.2. Indicaciones**

En algunos casos, la histerectomía es una de las opciones terapéuticas, y en otros, una indicación absoluta. Un factor a tener en cuenta a la hora de preservar el útero ante estas patologías es la edad de la paciente y su deseo de fertilidad.

La histerectomía abdominal brinda la máxima capacidad de manipulación de órganos pélvicos y por ello se prefiere si se prevén órganos pélvicos grandes o adherencias extensas. (13)

En términos generales, la gran mayoría de las histerectomías se realizan para aliviar los síntomas de dolor, sangrado, o ambas cosas. Algunas de las indicaciones más frecuentes son:

<b>ENFERMEDAD BENIGNA</b>	<b>ENFERMEDAD MALIGNA</b>
Sangrado anormal	Neoplasia cervical intraepitelial
Leiomioma / Adenomiosis	Cáncer cervical invasor
Endometriosis	Hiperplasia endometrial atípica
Prolapso de órganos pelvianos	Cáncer de endometrio
Enfermedad pelviana inflamatoria	Cáncer de ovario
Dolor pelviano crónico	Cáncer de las trompas de Falopio
Trastornos relacionados con el embarazo	Tumores gestacionales trofoblásticos

#### *Indicaciones generales de Histerectomía*

### **a) Hemorragia Uterina Anormal**

La hemorragia uterina anormal es definida como cualquier sangrado que difiera del patrón menstrual normal. Es la segunda causa de consulta ginecológica, después de las infecciones cervico – vaginales. Su prevalencia es del 30 %, a tal punto que ocasiona 20 % de las consultas en Ginecología y 25 % de todas las cirugías ginecológicas (65 % de las histerectomías y 100 % de la ablación endometrial). Es un campo multidisciplinario, donde convergen además de la anemia y sus consecuencias, alteraciones sociales, sexuales, profesionales, temores de sufrir enfermedades ginecológicas malignas e implicaciones económicas. (27)

Las manifestaciones de la hemorragia uterina anormal pueden ser: Hemorragias cíclicas (comprenden las pérdidas sanguíneas que ocurren coincidiendo con la menstruación y se diferencian por su duración, intensidad o ambas), hemorragias acíclicas (aparecen de forma irregular y no guardan relación con la pérdida menstrual) o Hemorragia de la postmenopausia (aquella que ocurre más de un año después del cese normal de la menstruación en la menopausia). Este tipo de alteraciones pueden ser de origen mülleriana, endometrial, miometrial o cervical. (27)

### **b) Miomatosis uterina**

La miomatosis uterina es la causa más común de tumores pélvicos sólidos en mujeres, y ocurre en 20 a 40 % de mujeres en edad reproductiva. (28) Se desarrolla por lo general, entre los 35 y 45 años. Los fenómenos hemorrágicos se asocian de acuerdo con su localización; los submucosos están recubiertos por un endometrio atrófico y en ocasiones presentan áreas de necrosis y producen

hipermenorreas. Los intramurales alteran tanto la capacidad contráctil de las fibras del miometrio como la función vascular y producen menorragias. Los subserosos no producen sangrado anormal. (27)

Se le conoce también como leiomiomatosis uterina, fibromioma, leiofibromioma y fibroleio. Es una de las principales indicaciones de histerectomía. Los miomas de mayor tamaño (más de 20 cm de diámetro) son más difíciles de operar. En algunos países más de 50% de las histerectomías son por vía laparoscópica; sin embargo, la vía de acceso preferida para miomatosis de grandes elementos es la cirugía abierta, en más de 90% de los casos. (29)

#### **c) Displasia Cervical Intraepitelial**

Es un crecimiento anormal y pre - canceroso de células escamosas en el cuello uterino. La mayoría de los casos de NIC permanecen estables o son eliminados por el sistema inmune del individuo sin intervención médica. Sin embargo un pequeño porcentaje de casos progresan a cáncer cervical, usualmente, por razón de la célula invasora, en un carcinoma de células escamosas.

La histerectomía es una opción terapéutica apropiada en las mujeres con neoplasia cervical intraepitelial de alto grado recurrente que no desean preservar la fertilidad. (30)

#### **d) Endometriosis**

Es definida en patología como la presencia de glándulas y estroma endometrial ectópico presentes fuera del miometrio. La endometriosis se produce cuando el endometrio crece fuera del útero, generalmente en el peritoneo pélvico, detrás del útero, en los

ligamentos uterinos, en la vejiga o en el intestino. Es raro detectar endometriosis fuera de la zona abdominal pero se han encontrado casos en pulmones y más raramente en el cerebro. Es una enfermedad estrógeno dependiente que suele aparecer en mujeres en edad fértil, de raza blanca, con menarquía prematura, ciclos menstruales cortos y menstruaciones prolongadas. (31)

**e) Sarcoma uterino**

Los sarcomas del útero son tumores morfológica e histológicamente heterogéneos que constituyen 4.3% de las neoplasias del cuerpo uterino. Son un tipo de cáncer derivado del mesénquima o tejido conectivo del útero que tienen amplia variedad de aspectos histológicos y actividad biológica, lo que dificulta su clasificación. Son un tipo de cáncer muy agresivo, aún en las etapas tempranas de la enfermedad. Los tipos histológicos más frecuentes son el leiomiomasarcoma, el sarcoma del estroma endometrial y el carcinosarcoma, también conocido como tumor mixto mülleriano. (32)

**f) Enfermedad Inflamatoria Pélvica**

La enfermedad inflamatoria pélvica es una infección polimicrobiana de la vía genital superior que afecta sobre todo a mujeres jóvenes sexualmente activas. El diagnóstico de la enfermedad inflamatoria pélvica es clínico porque no existe prueba o estudio suficientemente sensible o específico para el diagnóstico definitivo. (33)

Se recomienda iniciar el tratamiento empírico frente a EPI ante la simple sospecha clínica de la misma; por las posibles consecuencias de no tratar este proceso de manera precoz. En caso de salpingitis o

absceso tuboovárico complicado con afectación del estado hemodinámico de la paciente, será candidata de tratamiento quirúrgico urgente. (34)

**g) Hiperplasia endometrial**

La hiperplasia endometrial (HE) es un diagnóstico frecuente dentro de la ginecología general. Es la proliferación benigna caracterizada por el aumento de la densidad de las glándulas endometriales morfológicamente anormales. El estroma muestra también un cierto grado de proliferación, pero inferior a las glándulas. Se presenta, habitualmente, en mujeres en la etapa premenopáusica o postmenopáusica, por estimulación estrogénica prolongada y persistente. La sintomatología con que más frecuentemente se presenta es una metrorragia o menometrorragia por necrosis, desprendimiento y ulceración de la capa funcional del endometrio. Su correlación con el cáncer endometrial en las numerosas series estudiadas es muy dispar, y oscila entre 8 % a casi el 50 %. (27)

La Organización Mundial de la Salud divide a la hiperplasia endometrial en dos grupos: con y sin atipias citológicas, y en dos subgrupos de hiperplasia simple y compleja. La hiperplasia de endometrio es precursora del cáncer de endometrio. En series de pacientes con hiperplasia endometrial vigiladas con biopsias y que no recibieron tratamiento se encontró progresión a carcinoma de endometrio en 1 % de las que tenían hiperplasia simple, en 8 % de las pacientes con hiperplasia simple con atipia, en 8 % de las que padecían hiperplasia compleja y en 29 % de las que tenían hiperplasia compleja con atipias. (35)

## **h) Urgencias Obstétricas**

La urgencia o emergencia obstétrica se define como aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto y que además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata.

Las emergencias obstétricas son resultado, principalmente, de las siguientes cinco causas: hemorragia obstétrica o sangrado durante el embarazo, parto o después del parto; trastornos hipertensivos, infecciones; parto obstruido o parto prolongado y el aborto. (10)

### **2.2.2. TIPOS DE HISTERECTOMÍA**

#### **a) Histerectomía Supracervical (Histerectomía Parcial O Subtotal)**

Consiste en la extirpación del cuerpo del útero y preservación del cuello uterino. (36)

Tiene la ventaja de disminuir la probabilidad de lesiones en la vejiga, uréter y recto, ya que no se realiza extirpación del cérvix. (37)

#### **b) Histerectomía Total**

Consiste en la extirpación de todo el útero, incluido el fundus (parte del útero localizada por encima de las aberturas de las trompas de Falopio) y el cuello uterino, aunque no los ovarios. Este es el tipo más común de histerectomía. (36)

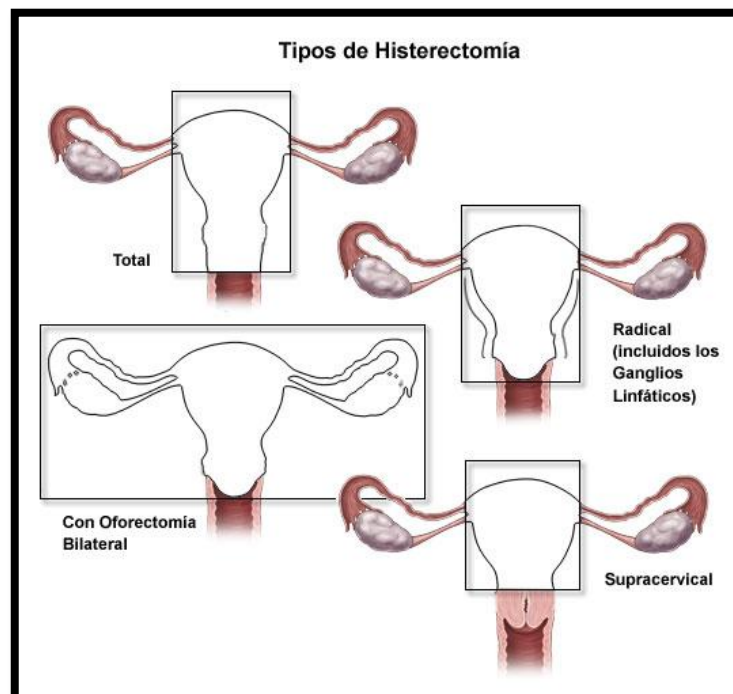
La ventaja de la histerectomía total es que la extirpación del cérvix elimina una fuente de infección, sangrado y de localización de cáncer y lesiones precancerosas. (37)

**c) Histerectomía con anexectomía unilateral o bilateral**

Consiste en la extirpación de un ovario o de ambos y a veces de las trompas de Falopio, junto con el útero. (36)

**d) Histerectomía Radical**

Consiste en la extirpación del útero, el cuello uterino, el tramo superior de la vagina, la mayor parte del tejido que rodea el cuello uterino en la cavidad pélvica, y puede incluir la extracción de los nódulos linfáticos de la pelvis. Este procedimiento se realiza en ciertos tipos de cáncer. (36)



*Tipos de histerectomía*

### **2.2.3. COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA**

La histerectomía abdominal sigue siendo la vía más común para este procedimiento, a pesar de una estancia hospitalaria más prolongada, más dolor postoperatorio, una mayor tasa de infección y lento retorno a las actividades normales.

#### **a) Complicaciones infecciosas de la histerectomía**

- El índice de complicaciones infecciosas después de una histerectomía es variable. Las tasas informadas son de 10.5 % para la histerectomía abdominal. Esta tasa se basan en varios factores, incluyendo la profilaxis antimicrobiana preoperatoria, estado socioeconómico, índice de masa corporal, procedimientos concurrentes, experiencia del cirujano, y sitio de estudio. (38) Las infecciones más comunes incluyen celulitis del manguito vaginal, hematoma infectado o absceso, infección de la herida, infección del tracto urinario, infección respiratoria, y morbilidad febril.
- Los factores que pueden aumentar el riesgo de infección postoperatoria incluyen estado inmunocomprometido, obesidad, hospitalización, experiencia del cirujano, mayor pérdida de sangre, tiempo operatorio de más de 3 horas, mala alimentación, tejido desvitalizado como se puede encontrar en pedículos operatorios mayores, comorbilidades como Diabetes Mellitus tipo 2 y tabaquismo, falta de antibióticos preoperatorios, y presencia de un sitio operatorio infectado.



## **b) Complicaciones tromboembólicovenosas**

- *Trombosis venosa:* Este proceso constituye la causa subyacente de la mayoría de casos de tromboembolismo pulmonar. En cirugía ginecológica las venas que con mayor frecuencia lo presentan son las de las piernas y las de la pelvis. El diagnóstico es en ocasiones complicado: menos de la mitad de las pacientes con dicho proceso presentan síntomas, y sólo el 40% de las pacientes con sospecha clínica ven confirmado su diagnóstico por ecografía Doppler. El tratamiento es la anticoagulación. (38)
- *Tromboembolismo pulmonar:* El diagnóstico requiere un alto grado de sospecha dado que tanto los síntomas como los signos no son ni sensibles ni específicos: disnea, dolor pleural, angustia, taquicardia, cianosis, síncope, tos, hemoptisis, fiebre, hipotensión y otros. Las pruebas complementarias básicas incluyen radiografía de tórax, ECG, y gasometría. El diagnóstico definitivo se obtiene con una gammagrafía de ventilación-perfusión o con un angiograma pulmonar con TAC. El tratamiento requiere ingreso en UCI y anticoagulación a dosis plenas. (38)

## **c) Lesiones de los tractos genitourinario y gastrointestinal**

- Se estima que ocurren lesiones del tracto GU (vejiga o uréter) en una tasa de 1 a 2 % en todas las cirugías ginecológicas mayores, y se calcula que el 75 % de estas lesiones se producen durante la histerectomía; lo que conduce a unas 5000 lesiones al año en los Estados Unidos. Un estudio aleatorio de más de 1300 histerectomías basado

en la ruta de la cirugía, informó una tasa de lesión de la vejiga del 1 % para histerectomía abdominal, 2.1 % para la laparoscópica, y 1.2 % para la vaginal. (38) Otras estimaciones van desde 0.3 % a 1.2 % para la histerectomía abdominal, de 0.2 % a 8.3 % para la laparoscópica, y de 0.7 % a 4 % para la vaginal. Una revisión Cochrane de 2009 no encontró diferencias en la tasa de lesiones del tracto GU (vejiga o uréter) en base al subtipo de la histerectomía. (25)

- La lesión ureteral se presenta con menos frecuencia que la vesical, pero también se encuentra enormemente subestimada. Los estudios han demostrado que, en promedio, dos tercios de las lesiones ureterales no se reconocen en el momento de la cirugía. Estas lesiones tienen más probabilidades de ocurrir durante la disección a lo largo de la pared pélvica lateral, especialmente en la disección a lo largo del ligamento infundíbulo-pélvico. Los sitios menos frecuentes de lesión incluyen el segmento inferior del útero durante la ligadura de los vasos uterinos, y la base de la vejiga durante la ligadura de los ligamentos cardinales y uterosacros. (38)
- La lesión de la vejiga ocurre con mayor frecuencia cuando la disección se realiza en el plano prevesical, especialmente durante la creación de un colgajo vesical en la histerectomía abdominal o laparoscópica, o durante la colpotomía anterior en el momento de la histerectomía vaginal. Este tipo de lesiones suelen ser evidentes en el momento de la cirugía, aunque las lesiones de la capa serosa que no crean un defecto del espesor total en la pared de la vejiga pueden llevar a una cistotomía tardía y a la formación de fístula

vésico - vaginal en el período post operatorio. Un parto previo por cesárea, la endometriosis, la enfermedad pélvica adhesiva, y el cáncer aumentan el riesgo de cistotomía durante la histerectomía. (38)

#### **d) Complicaciones hemorrágicas de la histerectomía**

- La hemorragia post-operatoria puede manifestarse como una pérdida sanguínea por los drenajes o por hipovolemia manifestada con mareos, hipotensión o en control analítico, a las 4 - 6 horas post intervención.

*Hemorragia precoz:* Puede producirse durante las primeras 24 horas (habitualmente durante las primeras 8 - 10 horas) en la pared abdominal, la cavidad abdominal, vagina, tejidos blandos de la pelvis, vejiga o de varios sitios al mismo tiempo. Se debe sospechar un hematoma de la pared abdominal si existe un dolor local, intenso, que puede deformar la pared. En hematomas pequeños es habitual una actitud expectante. Los hematomas grandes, sobre todo si son progresivos, requieren intervención inmediata con ligadura vascular si es posible, limpieza y drenaje. (38)

*Hemorragias tardías:* Ocurren habitualmente entre el 7º y 21º días; habitualmente son hemorragias del muñón vaginal después de una histerectomía. Las causas más frecuentes son: reabsorción de los hilos de sutura, necrosis de los tejidos locales, tromboflebitis séptica, tratamiento anticoagulante y ocasionalmente coito antes de la cicatrización. Es recomendable la exploración bajo anestesia para localizar el punto sangrante. La intervención

puede ser dificultosa por la friabilidad y debilidad de los tejidos. En casos excepcionales es necesario realizar una laparotomía y ligar la arteria uterina en su origen. (38)

**e) Dehiscencia del manguito vaginal**

- La dehiscencia del manguito vaginal es una complicación postoperatoria exclusiva de la histerectomía. Aunque es una complicación poco frecuente, puede dar lugar a morbilidad grave. La incidencia estimada de dehiscencia del manguito vaginal, basada en 10 años de datos acumulados, es de 0.24 %, pero es ligeramente superior (0.39 %) al evaluar los años más recientes. (39)

# **CAPÍTULO III**

## **VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES**

### 3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA
FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS	Edad	1. ≤ 20 años 2. 21 a 30 años 3. 31 a 40 años 4. 41 a 50 años 5. 51 a 60 años 6. >60 años	De intervalo
	Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Viuda 5. Divorciada	Nominal
	Grado de instrucción	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	Nominal
	Ocupación	1. Ama de casa 2. Agricultora 3. Comerciante 4. Profesional 5. Estudiante	Nominal
	Procedencia	1. Urbano 2. Rural	Nominal
	Paridad	1. Nulípara 2. Primípara 3. Multípara	Ordinal
	Lugar de ingreso	1. Emergencia 2. Consultorio externo	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA
FACTORES CLÍNICOS	Motivo de consulta	1. Controles 2. Dolor abdominal 3. Hemorragia uterina anormal 4. Incontinencia urinaria 5. Tumoración abdominal 6. Tumoración vaginal	Nominal
	Hemoglobina de ingreso	1. Normal ( $\geq 12$ g/dl) 2. Anemia leve (10 - 11.9 g/dl) 3. Anemia moderada (7 - 9.9 g/dl) 4. Anemia severa (< 7.0 g/dl)	Ordinal

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL	Tipo de histerectomía abdominal	1. Total 2. Subtotal	Nominal
	Procedimiento quirúrgico	1. Sólo histerectomía 2. Histerectomía + anexectomía unilateral 3. Histerectomía + doble anexectomía 4. Cesárea más histerectomía	Nominal
	Tiempo quirúrgico	1. ≤ 120 min. 2. 121 – 180 min. 3. 181 – 240 min. 4. > 240 min.	De intervalo
	Nº de diagnósticos	1. 1 diagnóstico 2. 2 diagnósticos 3. 3 o más diagnósticos	De intervalo
	Diagnóstico clínico	1. Miomatosis uterina 2. Displasia cervical 3. Enfermedad inflamatoria pélvica 4. Hiperplasia endometrial 5. Endometriosis 6. Cáncer uterino 7. Atonía uterina 8. Inversión uterina 9. Acretismo placentario 10. Desprendimiento prematuro de placenta 11. Aborto 12. Óbito fetal 13. Rotura uterina	Nominal
	Diagnóstico anátomo - patológico	1. Miomatosis uterina 2. Displasia cervical 3. Enfermedad inflamatoria pélvica 4. Hiperplasia endometrial 5. Endometriosis 6. Sarcoma uterino 7. Acretismo placentario 8. Desprendimiento prematuro de placenta 9. Aborto	Nominal

		10. Óbito fetal 11. Útero sano	
	Complicación Post Operatoria	1. No complicación 2. Infección de la herida operatoria 3. Infección de la cúpula vaginal 4. Hemorragia 5. Shock séptico 6. Infección intrahospitalaria	Nominal
	Días de hospitalización	1. $\leq 3$ días 2. 4-6 días 3. $> 6$ días	Razón
	Condición de egreso	1. Mejorada 2. Transferida 3. Con patología 4. Fallecida	Nominal



# **CAPÍTULO IV**

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo observacional, diseño descriptivo, retrospectivo, transversal de enfoque cualitativo

Es un estudio tipo **observacional** porque no hay intervención del investigador, es decir, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, en este caso, la evolución natural de las pacientes histerectomizadas.

Es un estudio **descriptivo** porque se describirá las características clínico-epidemiológicas de las pacientes que se Histerectomías Abdominales en el HHUT en el periodo 2008-2012.

Es un estudio **retrospectivo** porque los datos se obtendrán de las historias clínicas de las pacientes histerectomizadas en el HHUT en el periodo 2008-2012.

Finalmente es un estudio **transversal** porque todas las variables son medidas en una sola ocasión durante un periodo de tiempo definido.

#### **4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO**

El Hospital de Apoyo "Hipólito Unanue" de Tacna fue construido en el transcurso del gobierno del Presidente Manuel A. Odría; oficialmente fue inaugurado el 28 de agosto de 1954, e inicio sus funciones al Servicio de Salud de nuestro Pueblo el 18 de abril de 1955, dirigido por el Dr. Antonio García Erazo, con una capacidad inicial de 315 camas y otros servicios adicionales como vivienda y alojamiento para Médicos y Enfermeras.

Fue el primero de una serie de Hospitales Regionales cuya ejecución abordó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, consta de un pabellón de 5 pisos y sótano en el que está incluido el núcleo asistencial y la Unidad Sanitaria.

En el año 1955 el Hospital San Ramón primer Hospital de Tacna se anexó al Hospital Regional pasando los consultorios externos y Oficinas al Hospital de Apoyo Departamental funcionando el Hospital tan sólo para casos de Tuberculosis, el 25 de febrero de 1955 el Dr. José Luque Vega propone que el hospital se nominara Hipólito Unanue en honor a tan ilustre médico, es así que en Lima el 25 de junio de 1955 por Resolución Suprema 103-AS., se resuelve que el Hospital construido en la ciudad de Tacna que ha sido entregado al servicio sureño de la Región Peruana, sea designado como "Hospital Regional Hipólito Unanue" en memoria del Glorioso Peruano.

El Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna, es un establecimiento de atención referencial especializada nivel II – 2.

El Hospital Hipólito Unanue de Tacna se encuentra ubicado en la Región, Provincia y Distrito de Tacna, localizado en la parte céntrica de la ciudad, delimitada por las calles: Federico Barreto esquina con la calle Blondell donde se encuentra el acceso principal.

El Hospital “Hipólito Unanue” cuenta con infraestructura de material noble, tiene una antigüedad de 60 años conformada por un edificio de tres pabellones (Monoblock) en forma de “T” de 5 pisos, una pequeña área en la azotea y 1 sótano. El Monoblock concentra todos los departamentos médico asistenciales (piso 1 al 5) y los Departamentos generales (sótano). (40)

- **Departamento de Gineco – Obstetricia:** Es la unidad orgánica encargada de la atención integral de la patología gineco – obstétrica durante el ciclo reproductivo, pre–concepcional, concepcional y post-concepcional, así como de las enfermedades del sistema de reproducción de la mujer, depende de la Dirección Ejecutiva. (41)

Se encuentra en el tercer piso del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, cuenta con 60 camas de las cuales 12 son para hospitalización ginecológica.

### **4.3. POBLACIÓN**

La población de estudio está constituida por todas las pacientes a quienes se les practicó Histerectomía abdominal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna – MINSA desde Enero del 2008 y Diciembre del 2012, encontrándose 132 pacientes de los cuales sólo cumplieron criterios de inclusión 123 pacientes. A continuación se describe el detalle de la frecuencia por año de las pacientes histerectomizadas.

<b>Año</b>	<b>Histerectomías abdominales</b>	<b>Histerectomías vaginales</b>
2008	33	3
2009	25	2
2010	22	2
2011	27	3
2012	25	2
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>12</b>

#### **4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes sometidas a histerectomía abdominal en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo comprendido entre Enero del 2008 y Diciembre del 2012.
- En la historia clínica: Presencia de Historia Clínica o Nota de Ingreso, Epicrisis, Protocolo Operatorio y Nota Post Operatoria.
- Cualquier edad.

#### **4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con patología ginecológica no histerectomizada.
- Pacientes cuya historia clínica no se encuentre o esté incompleta.
- Pacientes que no presenten análisis de hemoglobina de ingreso.

#### **4.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se realizó previa solicitud dirigida al Director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. La información requerida se obtuvo del registro de altas y de las historias clínicas de las pacientes hospitalizadas en los años 2008-2012.

Se revisó el libro de altas del Departamento de Ginecología y Obstetricia y el libro de Sala de Operaciones donde se identificó a las pacientes sometidas a histerectomías. Posteriormente se procedió a revisar las historias clínicas ubicadas en la oficina de estadística del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para lo cual utilizamos una ficha de recolección de datos que se detalla en el anexo N°1.

Los datos obtenidos de las historias clínicas para realizar esta investigación, se manejó con total confidencialidad y se mantuvo el anonimato de las pacientes participantes en el estudio.

# **CAPÍTULO V**

## **PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

## **5.1. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS**

La información obtenida permitió crear una base de datos en una hoja de cálculo en Excel, y este fue utilizado para la tabulación de los datos recolectados. Posteriormente, esta información fue analizada utilizando el software estadístico SPSS v 22.0.

Se aplicó una estadística descriptiva, se elaboraron cuadros y gráficos para presentar las distribuciones de frecuencias de cada variable de estudio. Para describir las distribuciones de las variables cuantitativas (edad, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, niveles de hemoglobina) se utilizaron las medidas de tendencia central: media; y de dispersión: desviación estándar, intervalo de valores máximos y mínimos. Así mismo, para asociar algunas variables, se calculó el Chi2 con nivel de significancia  $p < 0.05$ .

# **CAPÍTULO VI**

## **RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**



## **6.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Nuestra población quedó conformada por un total de 123 pacientes a quienes se les practicó histerectomía abdominal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 01 de Enero del 2008 al 31 de diciembre del 2012.

El total de histerectomías abdominales y vaginales son 144, de las cuales 132 fueron practicadas por vía abdominal, representando el 91.7 % de histerectomías en general.

De los 132 casos de histerectomía abdominal, 9 no cumplieron con los criterios de inclusión.

**TABLA N° 1**

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL SEGÚN GRUPO ETARIO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
20 años	4	3.3 %
21 a 30 años	12	9.8 %
31 a 40 años	29	23.5 %
41 a 50 años	68	55.3 %
51 a 60 años	8	6.5 %
> 60 años	2	1.6 %
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100 %</b>

<b>MEDIA</b>	41.41
<b>D. E.</b>	9.014
<b>MÍNIMO</b>	16
<b>MÁXIMO</b>	67

**FUENTE:** Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.

La tabla muestra la frecuencia de las edades de las pacientes a quienes se les practicó histerectomía abdominal, observamos que la mayoría estuvieron en el grupo de los 41 a 50 años representando el 55.3 % del total, seguido de las pacientes entre 31 a 40 años que representan el 23.5 %. El promedio de edad fue de 41.4 años +/- 9.014, con un rango de edad desde los 16 años hasta los 67 años.

**TABLA N° 2**

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICAS  
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL  
PERIODO 2008 – 2012**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N °</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Soltera	21	17 %
Casada	59	48 %
Conviviente	30	24.4 %
Viuda	5	4.1 %
Divorciada	8	6.5 %
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Analfabeta	26	21.1 %
Primaria	15	12.2 %
Secundaria	38	30.9 %
Superior	44	35.8 %
<b>OCUPACIÓN</b>		
Ama de casa	74	60.2 %
Agricultora	9	7.3 %
Comerciante	19	15.4 %
Profesional	16	13 %
Estudiante	5	4.1 %
<b>PARIDAD</b>		
Nulípara	15	12.2 %
Primípara	27	22 %
Multípara	81	65.8 %
<b>PROCEDENCIA</b>		
Urbano	114	92.7 %
Rural	9	7.3 %
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE: Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.**

La mayoría de las pacientes eran casadas con 59 casos (48 %), 30 refirieron ser convivientes (24.4 %), 21 pacientes fueron solteras (17 %), divorciadas fueron 8 (6.5 %) y finalmente 5 pacientes refirieron ser viudas (4.1 %).

La tabla describe que la mayoría de las pacientes tenían grado de instrucción superior con 44 casos (35.8 %), seguido de secundaria en 38 casos (30.9 %), analfabetismo en 26 casos (21.1 %) y finalmente primaria en 15 casos (12.2 %).

La ocupación más frecuente de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal fue: ama de casa (60.2 %), seguidas de las comerciantes (15.4 %), profesionales (13 %), agricultoras (7.3 %) y estudiantes (4.1 %).

En cuanto a la paridad de nuestras pacientes, observamos que la mayoría fueron multíparas con 81 casos (65.8 %), en segundo lugar se encuentran las primíparas con 27 casos (22 %) y finalmente las 15 pacientes fueron nulíparas (12.2 %).

La tabla muestra que el lugar de procedencia que predomina es el sector urbano con el 92.7 %, mientras que el sector rural corresponde al 7.3 % de los casos.

**TABLA N° 3**

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL SEGÚN NIVEL DE HEMOGLOBINA DE INGRESO EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO  
2008 – 2012**

<b>HEMOGLOBINA DE INGRESO</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Normal	45	36.6 %
Anemia Leve	40	32.5 %
Anemia Moderada	23	18.7 %
Anemia Severa	15	12.2 %
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100 %</b>

<b>MEDIA</b>	9.916
<b>D. E.</b>	2.4427
<b>MÍNIMO</b>	3.4
<b>MÁXIMO</b>	15.3

**FUENTE: Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.**

Los niveles de hemoglobina de ingreso fueron normales en 36.6 % de las pacientes, seguido de las que presentaron anemia leve con un 32.5 %, anemia moderada con 18.7 % y anemia severa 12.2 %. La media de la hemoglobina de ingreso fue 9.9 g/dl ( $\pm$  2.4) en un rango de 3.4 g/dl hasta 15.3 g/dl.

**TABLA N° 4**

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>	<b>N°</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Controles	7	5.7 %
Dolor Abdominal	74	60.2 %
Hemorragia Uterina Anormal	97	78.9 %
Incontinencia Urinaria	2	1.6 %
Tumoración Abdominal	7	5.7 %
Tumoración Vaginal	3	2.4 %

**FUENTE: Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.**

La tabla muestra las frecuencias de los motivos de consulta de las pacientes, observamos que el principal motivo de consulta fue la hemorragia uterina anormal con 78.9 %, seguido de el dolor abdominal con 60.2 %; con menor frecuencia refirieron tumoración abdominal y vaginal en un 5.7 % y 2.4 % respectivamente, finalmente incontinencia urinaria con 1.6 %.

**TABLA N° 5****DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL, SEGÚN DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

<b>DIAGNÓSTICO CLÍNICO</b>	<b>N°</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Miomatosis Uterina	89	72.4 %
Displasia Cervical	9	7.3 %
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	4	3.3 %
Endometriosis	3	2.4 %
Hiperplasia Endometrial	4	3.3 %
Cáncer uterino	1	0.8 %
Desprendimiento Prematuro de Placenta	3	2.4 %
Atonía Uterina	7	5.7 %
Inversión uterina	1	0.8 %
Acretismo Placentario	5	4.1 %
Aborto Séptico	2	1.6 %
Rotura Uterina	3	2.4 %

**FUENTE: Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.**

El diagnóstico clínico más frecuente fue la miomatosis uterina con 72.4 %, seguido de displasia cervical (NIC II, NIC III) con 7.3 %, hiperplasia endometrial y enfermedad inflamatoria pélvica con 3.3 %, %, endometritis 2.4 %, y finalmente cáncer uterino (sarcoma uterino) 0.8 %.

Dentro de las urgencias obstétricas encontramos: El diagnóstico más frecuente fue atonía uterina con el 5.7 % del total de los casos, seguido de óbito

fetal con 4.9 %, acretismo placentario con 4.1 % (de los 5 casos de acretismo placentario, 3 se presentó acompañado d placenta previa oclusiva), rotura uterina y desprendimiento prematuro de placenta con 2.4 % en ambos casos; y por último tenemos como diagnósticos clínicos dentro de las urgencias obstétricas al aborto séptico e la inversión uterina con 1.6 % y 0.8 % respectivamente.



**TABLA N° 6**

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL SEGÚN NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO  
2008 – 2012**

<b>N° DE DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS</b>	<b>N°</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1 diagnóstico	114	92.7 %
2 diagnósticos	8	6.5 %
3 o más diagnósticos	1	0.8 %
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE:** Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.

La tabla muestra que 114 pacientes (92.7 %) presentaron un solo diagnóstico. Además 9 pacientes presentaron diagnóstico múltiple: 8 pacientes presentaron (6.5 %) presentaron 2 diagnóstico y una paciente (0.8 %) presentó 3 diagnósticos que fueron indicación para histerectomía abdominal.

**TABLA N° 7**

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL, SEGÚN DIAGNÓSTICO ANÁTOMO - PATOLÓGICO EN  
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL  
PERIODO 2008 – 2012**

<b>DIAGNÓSTICO ANÁTOMO - PATOLÓGICO</b>	<b>N°</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Miomatosis Uterina	89	72.4 %
Displasia Cervical	9	7.3 %
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	4	3.3 %
Endometriosis	3	2.4 %
Hiperplasia Endometrial	4	3.3 %
Sarcoma uterino	1	0.8 %
Desprendimiento Prematuro de Placenta	3	2.4 %
Acretismo Placentario	5	4.1 %
Restos fetales y placentarios	2	1.6 %
Rotura uterina	3	2.4 %
Útero sano	8	6.5 %

**FUENTE:** Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.

El diagnóstico anátomo - patológico más frecuente fue la miomatosis uterina con 72.4 %, seguido de displasia cervical con 7.3 %, hiperplasia endometrial y enfermedad inflamatoria pélvica con 3.3 %, %, endometritis 2.4 %, y sarcoma uterino 0.8 %. De esta manera se confirma el diagnóstico clínico. Así mismo se encontraron restos fetales y embrionarios en un 6.5 %; desprendimiento prematuro de placenta en un 2.4 % (de los 3 casos, 2 se encontró útero de Couvelaire) finalmente en el 6.5 % se encontró la presencia de útero sano.

**TABLA N° 8**

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL, SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

<b>TIPO DE HISTERECTOMÍA</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Subtotal	56	45.5 %
Total	67	54.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE:** Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.

La mayoría de las histerectomías abdominales fueron totales, representando el 54.5 %, mientras que las histerectomías subtotales representaron el 45.5 % de las histerectomías.

**TABLA N° 9**

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL, SEGÚN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO  
2008 – 2012**

<b>PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Sólo histerectomía	27	22 %
Histerectomía con anexectomía unilateral	42	34.1 %
Histerectomía con anexectomía bilateral	46	37.4 %
Cesárea con histerectomía	8	6.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE: Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.**

La tabla presenta los procedimientos realizados durante las histerectomías que se realizaron a nuestras pacientes, observamos que a la mayoría se le practicó histerectomía más anexectomía bilateral representando el 37.4 % del total de procedimientos, seguido de histerectomía más anexectomía unilateral con 34.1 %, sólo histerectomía con 22 % y cesárea más histerectomía representado por el 6.5 %.

**TABLA N° 10**

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL, SEGÚN COMPLICACIONES TRANS Y/O POST  
QUIRÚRGICAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

<b>COMPLICACIONES TRANS Y/O POST QUIRÚRGICAS</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Sin Complicaciones	95	76 %
Infección de la Herida Operatoria	6	4.8 %
Hematoma de la Cúpula vaginal	3	2.4 %
Hemorragia	17	13.6 %
Shock Séptico	1	0.8 %
Infección Intrahospitalaria	4	3.2 %

**FUENTE: Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.**

Se observa que el 24.8 % de las pacientes presentó algún tipo de complicaciones trans y/o post quirúrgica, mientras que el 76 % no presentó ninguna complicación. Entre las complicaciones sobre salen la hemorragia con un 13.6 % y otras como la infección de la herida operatoria, infección intrahospitalaria y shock con un 4.8 %, 3.2 % y 1.6 % respectivamente. Finalmente una paciente (0.8 %) presentó como complicación shock.

**TABLA N° 11**

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL, SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

<b>DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>N</b>	<b>PORCENTAJE</b>
≤ 3 días	30	24.4 %
4 a 6 días	71	57.7 %
> 6 días	22	17.9 %
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100 %</b>

<b>MEDIA</b>	5.36
<b>D. E.</b>	3.275
<b>MÍNIMO</b>	3
<b>MÁXIMO</b>	25

**FUENTE:** Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.

La tabla muestra que la mayoría de las pacientes estuvieron entre 4 a 6 días hospitalizadas (57.7 %), seguido por las que estuvieron ≤ 3 días (24.4 % del total). El rango de hospitalización fue desde los 3 hasta los 25 días, con un promedio de 5.36 días ( $\pm 3.2$ ).

Respecto a las pacientes que se quedaron más de 3 días, las causas fueron diversas: familiares, dificultad al conseguir donadores de sangre para transfusión pre operatoria por anemia severa, complicaciones post quirúrgicas, etc.

**TABLA N° 12**

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL, SEGÚN CONDICIÓN DE EGRESO EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

<b>CONDICIÓN DE EGRESO</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Mejorada	121	98.4 %
Transferida	1	0.8 %
Fallecida	1	0.8 %
Con patología	0	0 %
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE:** Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.

La condición de egreso de nuestras pacientes histerectomizadas fue en su mayoría mejorada con 121 casos (98.4 %). Se presentó una transferencia a un hospital de mayor nivel de complejidad por presentar sarcoma uterino (0.8 %).

Finalmente en este estudio se encontró un fallecimiento (0.8 %), teniendo como diagnósticos de egreso:

1. Parto Complicado por Inversión Uterina
2. Shock Séptico - Hemorrágico
3. Síndrome de Disfunción Múltiorgánica

**TABLA N° 13**

**ASOCIACIÓN ENTRE TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y  
TIEMPO QUIRÚRGICO EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN  
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL  
PERIODO 2008 – 2012**

TIPO DE HISTERECTOMÍA	TIEMPO QUIRÚRGICO								TOTAL	
	≤ 120 min		121 A 180 min		181 a 240 min		> 240 min		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
SUBTOTAL	41	73.2 %	12	21.4 %	3	5.4 %	0	0 %	56	100 %
TOTAL	38	56.7 %	23	34.3 %	5	7.5 %	1	1.5 %	67	100 %
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>64.2 %</b>	<b>35</b>	<b>28.5 %</b>	<b>8</b>	<b>6.5 %</b>	<b>1</b>	<b>0.8 %</b>	<b>123</b>	<b>100 %</b>

	SUBTOTAL	TOTAL	
<b>MEDIA</b>	115 min	129 min	
<b>MÍNIMO</b>	65 min	60 min	P= 0.2
<b>MÁXIMO</b>	240 min	335 min	

**FUENTE:** Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.

La mayoría de las histerectomías abdominales duraron menos de 120 min (73.2 % en histerectomía abdominal subtotal y 56.7 % en histerectomía abdominal total). El tiempo quirúrgico de la histerectomía subtotal tuvo una media de 115 min (rango de 65 a 240 min). Mientras que en histerectomía total, la media fue de 129 min (rango de 60 a 335 min). Se puede concluir que no existe relación significativa entre el tiempo quirúrgico y el tipo de histerectomía abdominal. (p > 0.05)



**TABLA N° 14**

**ASOCIACIÓN ENTRE EDAD Y ANEXECTOMÍA BILATERAL EN  
PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO  
2008 – 2012**

EDAD (AÑOS)	ANEXECTOMÍA BILATERAL				Total N=123	Razón de prevalencia (OR)	IC <sub>95%</sub>		Valor <i>p</i>
	SI		NO				Inf.	Sup.	
	N°=46	% fil.	N°=77	% fil.					
≤ 20	0	0.0%	4	100.0%	4	--	--	--	
21 a 30	0	0.0%	12	100.0%	12	--	--	--	
31 a 40	3	10.3%	26	89.7%	29	<b>0.14</b>	0.04 - 0.48	0.001	
41 a 50	34	50.0%	34	50.0%	68	<b>3.58</b>	1.62 - 7.95	0.001	
51 a 60	7	87.5%	1	12.5%	8	<b>13.64</b>	1.62 - 114.85	0.002	
> 60	2	100.0%	0	0.0%	2	--	--	--	

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.

En la tabla 14 se observa que en el grupo de edad menores a 20 años y 21 a 30 años no existe presencia de Anexectomía bilateral (0 %) por tanto, al cálculo de razón de prevalencia será cero; de forma similar en el grupo de edad de 60 a más años, los dos casos tuvieron Anexectomía bilateral sin proporción de comparación en el lado de los que no presentan, por tanto no existe coeficiente de razón de prevalencia.

En el grupo de edad de 31 a 40 años, la prevalencia de Anexectomía bilateral es baja, resultando una razón de prevalencia (RP) < a 1, a pesar de que tiene asociación estadística significativa ( $p < 0.05$ ).

En cambio en el grupo de edad, 41 a 50 años la prevalencia de anexectomía bilateral es poco más alta (50 %) que los grupos de edad menores, siendo la razón de prevalencia de 3.58; es decir, se obtiene que las pacientes de 41 a 50 años tienen 3.58 veces (IC del 95 %, 1.62 – 7.95) más probabilidad a ser sometidas a anexectomía bilateral que las pacientes de diferente edad con significación estadística ( $p < 0.05$ ).

Se destaca, que en el grupo de 51 a 60 años la prevalencia de anexectomía bilateral es muy alta (87.5 %) comparado a los grupos de edad menores, siendo la razón de prevalencia de 13,6; es decir, se obtiene que las pacientes de 51 a 60 años tienen 13.6 veces (IC del 95 %, 1.62 – 114.85) más probabilidad de ser sometidos a Anexectomía bilateral que las pacientes que no pertenecen a esta edad, con significación estadística ( $p < 0.05$ ). Por tanto, de los resultados anteriores se puede afirmar que a mayor edad, mayor es la probabilidad de practicarse anexectomía bilateral.

**TABLA N° 15**  
**FACTORES ASOCIADOS AL TIPO DE HISTERECTOMÍA EN**  
**PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL**  
**HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – TACNA. PERIODO 2008 – 2012**

	Tipo de Histerectomía				Total N=123	Razón de prevalencia (OR)	IC <sub>95%</sub>		Valor <b>p</b>
	Total		Sub total				Inf.	Sup.	
	Nº=46	% fil.	Nº=77	% fil.					
<b>EDAD (años)</b>									
≤ 20	0	0.0%	4	100.0%	4	--	--	--	--
21 a 30	3	25.0%	9	75.0%	12	0.24	0.06 - 0.95	0.031	
31 a 40	14	48.3%	15	51.7%	29	0.72	0.31 - 1.66	0.443	
41 a 50	42	61.8%	26	38.2%	68	<b>1.94</b>	0.94 - 3.99	0.071	
51 a 60	6	75.0%	2	25.0%	8	<b>2.66</b>	0.51 - 13.71	0.228	
> 60	2	100.0%	0	0.0%	2	--	--	--	--
<b>PARIDAD</b>									
Nulipara	6	40.0%	9	60.0%	15	0.51	0.17 - 1.54	0.230	
Primipara	12	44.4%	15	55.6%	27	0.60	0.25 - 1.41	0.236	
Multipara	49	60.5%	32	39.5%	81	<b>2.04</b>	0.96 - 4.35	0.063	
<b>DIAGNOSTICO CLÍNICO</b>									
Momatosis Uterina	52	58.4%	37	41.6%	89	<b>1.78</b>	0.80 - 3.95	0.154	
Displasia Cervical	9	100.0%	0	0.0%	9	--	--	--	
EPI	3	75.0%	1	25.0%	4	<b>2.58</b>	0.26 - 25.50	0.402	
Endometriosis	2	66.7%	1	33.3%	3	<b>1.69</b>	0.15 - 19.17	0.668	
Hiperplasia	2	50.0%	2	50.0%	4	0.83	0.11 - 6.09	0.855	
Cáncer uterino	1	100.0%	0	0.0%	1	--	--	--	
DPP	1	33.3%	2	66.7%	3	0.41	0.04 - 4.63	0.457	
Atonía Uterina	1	14.3%	6	85.7%	7	0.13	0.02 - 1.08	0.028	
Inversión uterina	0	0.0%	1	100.0%	1	--	--	--	
Acretismo Placentario	3	60.0%	2	40.0%	5	1.27	0.20 - 7.85	0.800	
Aborto	0	0.0%	2	100.0%	2	--	--	--	
Rotura Uterina	0	0.0%	3	100.0%	3	--	--	--	
<b>HEMOGLOBINA DE INGRESO</b>									
Normal	29	64.4%	16	35.6%	45	<b>1.91</b>	0.90 - 4.06	0.092	
Anemia leve	18	45.0%	22	55.0%	40	0.57	0.27 - 1.22	0.143	
Anemia moderada	15	65.2%	8	34.8%	23	<b>1.73</b>	0.67 - 4.45	0.251	
Anemia severa	5	33.3%	10	66.7%	15	0.37	0.12 - 1.16	0.079	

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.

En la tabla 15 se observa que en el grupo de edad menores a 20 años no se realizaron histerectomía total (0 %), de forma similar en el grupo de 60 a más años, no existen casos con histerectomía subtotal, por tanto, no existe coeficiente de razón de prevalencia. En el grupo de edad de 21 a 30 y 31 a 40 años, la prevalencia de histerectomía abdominal total es menor al 50 %, resultando una razón de prevalencia  $< 1$ , a pesar de que en el primer grupo tiene asociación estadística significativa ( $p < 0.05$ ).

En cambio en el grupo de edad, 41 a 50 años, la prevalencia de histerectomía total es más alta (61.8 %), obteniéndose que los pacientes de 41 a 50 años tienen  $RP = 1.96$  veces ( $IC_{95\%}, 0.94 - 3.99$ ) más probabilidad a ser sometidas a histerectomía total sin significación estadística ( $p > 0.05$ ). Se destaca, que en el grupo de edad, 51 a 60 años la prevalencia de histerectomía total es muy alta (75 %) comparado a los grupos de edad menores, obteniéndose que las pacientes de 51 a 60 años tienen  $RP = 2.66$  veces ( $IC_{95\%}, 0.51 - 13.71$ ) más probabilidad de ser sometidas a histerectomía total que los pacientes de diferente edad sin significación estadística ( $p > 0.05$ ).

En las pacientes que fueron nulíparas y primíparas se observó prevalencias menores al 50 % de histerectomía total, resultando una  $RP$  inferiores a 1, sin significación estadística ( $p > 0.05$ ). En cambio en las pacientes que fueron múltiparas, tienen  $RP = 2.04$  veces ( $IC_{95\%}, 0.96 - 4.35$ ) más probabilidad de ser sometidas a histerectomía total que las pacientes no múltiparas sin significación estadística ( $p > 0.05$ ).

De acuerdo al diagnóstico clínico, las pacientes que tuvieron atonía uterina tuvo una prevalencia menor al 50 % de histerectomía total, encontrándose una  $RP$  menor a la unidad, este dato teniendo significación estadística, la Enfermedad Inflamatoria Pélvica tuvo una prevalencia de 75% de histerectomía total, obteniendo una  $RP$  de 2.58 veces ( $IC_{95\%}, 0.26 - 25.50$ ) más probabilidad de ser sometidas a histerectomía total que las pacientes sin este diagnóstico. También

las pacientes que tuvieron Miomatosis Uterina tuvo una prevalencia de 58.4 % de histerectomía total, obteniendo una RP de 1.78 veces (IC<sub>95%</sub>, 0.80 – 3.95) más probabilidad de ser sometidas a histerectomía total que los pacientes sin este diagnóstico. Las pacientes que tuvieron Endometriosis tuvieron una prevalencia de 66.7 % de histerectomía total, obteniendo una RP de 1.69 veces (IC<sub>95%</sub>, 0.15 - 19.17) más probabilidad de ser sometidas a histerectomía total que los pacientes sin este diagnóstico. En contraste, los demás diagnósticos como: Hiperplasia, Desprendimiento Prematuro de Placenta, Acretismo Placentario, tuvieron razón de prevalencias inferiores a 1 sin significancia estadística ( $p > 0.05$ ). Por otro lado, en las pacientes con diagnóstico clínico de Inversión uterina y Aborto no se realizaron Histerectomía total.

Con relación a la hemoglobina medida al ingreso, las pacientes normales tuvieron una RP de 1.91 veces (IC<sub>95%</sub>, 0.90 - 4.06) más probabilidad de ser sometidas a histerectomía total; también las pacientes con Anemia moderada tuvieron una RP de 1.73 veces (IC<sub>95%</sub>, 0.67 - 4.45) más probabilidad de ser sometidas a histerectomía total, en ambos casos sin significancia estadística ( $p > 0.05$ ).

**TABLA N° 16**  
**FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES TRANS Y POST QUIRÚRGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL, HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA, PERIODO 2008 – 2012**

	Complicaciones Trans y Post Quirúrgica					Razón de prevalencia (OR)	IC <sub>95%</sub>		Valor <i>p</i>
	Si		No		Total N=123		Inf.	Sup.	
	Nº=46	% fil.	Nº=77	% fil.					
<b>EDAD (años)</b>									
≤ 20	2	50.0%	2	50.0%	4	<b>3.58</b>	0.48 - 26.63	0.187	
21 a 30	5	41.7%	7	58.3%	12	<b>2.73</b>	0.79 - 9.41	0.100	
31 a 40	10	34.5%	19	65.5%	29	<b>2.22</b>	0.88 - 5.59	0.085	
41 a 50	11	16.2%	57	83.8%	68	0.43	0.18 - 1.02	0.053	
51 a 60	0	0.0%	8	100.0%	8	--	--	--	
> 60	0	0.0%	2	100.0%	2	--	--	--	
<b>PARIDAD</b>									
Nulipara	6	40.0%	9	60.0%	15	<b>2.61</b>	0.84 - 8.10	0.089	
Primipara	7	25.9%	20	74.1%	27	1.25	0.47 - 3.36	0.657	
Multipara	15	18.5%	66	81.5%	81	0.51	0.21 - 1.20	0.119	
<b>DIAGNOSTICO CLÍNICO</b>									
Miomatosis Uterina	13	14.6%	76	85.4%	89	0.22	0.09 - 0.53	0.001	
Displasia Cervical	2	22.2%	7	77.8%	9	0.97	0.19 - 4.94	0.968	
EPI	0	0.0%	4	100.0%	4	--	--	--	
Endometriosis	2	66.7%	1	33.3%	3	<b>7.23</b>	0.63 - 92.91	0.066	
Hiperplasia Endometrial	0	0.0%	4	100.0%	4	--	--	--	
Cáncer uterino	1	100.0%	0	0.0%	1	--	--	--	
DPP	1	33.3%	2	66.7%	3	<b>1.72</b>	0.15 - 19.73	0.658	
Atonía Uterina	2	28.6%	5	71.4%	7	1.38	0.25 - 7.56	0.706	
Inversión uterina	1	100.0%	0	0.0%	1	--	--	--	
Acretismo Placentario	2	40.0%	3	60.0%	5	<b>2.36</b>	0.37 - 14.87	0.348	
Aborto	0	0.0%	2	100.0%	2	--	--	--	
Rotura Uterina	2	66.7%	1	33.3%	3	<b>7.23</b>	0.63 - 82.91	0.066	
<b>HEMOGLOBINA DE INGRESO</b>									
Normal	10	22.2%	35	77.8%	45	0.95	0.39 - 2.29	0.913	
Anemia leve	5	12.5%	35	87.5%	40	0.37	0.13 - 1.07	0.059	
Anemia moderada	7	30.4%	16	69.6%	23	<b>1.65</b>	0.59 - 4.52	0.331	
Anemia severa	6	40.0%	9	60.0%	15	<b>2.61</b>	0.84 - 8.10	0.089	
<b>TIPO DE HISTERECTOMÍA</b>									
Total	10	22.2%	35	77.8%	45	0.95	0.19 - 1.07	0.066	
Sub total	18	23.1%	60	76.9%	78				
<b>TIEMPO OPERATORIO</b>									
< 120 min	17	21.5%	62	78.5%	79	0.82	0.35 - 1.96	0.659	
121 a 180 min	8	22.9%	27	77.1%	35	1.01	0.39 - 2.56	0.988	
181 a 240 min	2	25.0%	6	75.0%	8	1.14	0.22 - 5.99	0.876	
> 240 min	1	100.0%	0	0.0%	1	--	--	--	

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.

En la tabla 16 se observa que en el grupo de edad menores a 20 años la prevalencia de Complicaciones Trans y Post Quirúrgica es de 50 %, obteniéndose que las pacientes < 20 años tienen  $RP = 3.58$  veces ( $IC_{95\%}$ , 0.48 - 26.63) más probabilidad a tener Complicaciones Trans y Post Quirúrgica. De forma similar, el grupo de 21 a 30 años tuvo una  $RP=2.73$  veces ( $IC_{95\%}$ , 0.79 - 9.41) más probabilidad de tener Complicaciones Trans y Post Quirúrgica; igualmente el grupo de 31 a 40 años tuvo una  $RP = 2.22$  veces ( $IC_{95\%}$ , 0.88 - 5.59) más probabilidad de tener Complicaciones Trans y Post Quirúrgica, en todos los casos sin significación estadística ( $p > 0.05$ ). No obstante, de los pacientes entre 51 a 60 años y mayores de 60 años, no presentaron ocurrencia de Complicaciones Trans y Post Quirúrgica, por tanto la  $RP$  es igual a cero.

En cuanto a la variable paridad, las pacientes que fueron nulíparas tuvieron una  $RP = 2.61$  veces ( $IC_{95\%}$ , 0.84 - 8.10) más probabilidad de tener Complicaciones Trans y Post Quirúrgica; mientras que las primíparas y multíparas tienen prevalencias bajas (25.9 % y 18.5 % respectivamente), obteniéndose en el primer caso una  $RP$  alrededor a 1 y en el segundo caso inferior a 1, sin significación estadística ( $p > 0.05$ ).

Respecto al diagnóstico clínico, las pacientes que tuvieron miomatosis uterina tuvo una prevalencia menor al 50 % en cuanto a las complicaciones trans y/ post quirúrgicas, además se encontró una asociación estadísticamente significativa, con una  $RP$  menor a la unidad. La Endometriosis tuvo una prevalencia de 66.7%, obteniendo una  $RP$  de 7.23 veces ( $IC_{95\%}$ , 0.63 - 92.91) más probabilidad de tener Complicaciones Trans y Post Quirúrgica. Las pacientes que tuvieron Rotura Uterina tuvieron una prevalencia de 66.7%, obteniendo una  $RP$  de 7.23 veces ( $IC_{95\%}$ , 0.15 - 19.17) más probabilidad de tener Complicaciones Trans y Post Quirúrgica y las pacientes con diagnóstico de Acretismo Placentario tuvieron una  $RP$  de 2.36 veces ( $IC_{95\%}$ , 0.37 - 14.87) más probabilidad a tener Complicaciones Trans y Post Quirúrgica. En contraste, los demás diagnósticos como: Miomatosis Uterina, Displasia Cervical y Atonía Uterina, tuvieron razón de

prevalencias inferiores a 1 sin significancia estadística ( $p > 0.05$ ). Por otro lado, las pacientes con diagnóstico clínico de Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Hiperplasia Endometrial y Aborto no tuvieron Complicaciones Trans y Post Quirúrgica, por tanto la RP fue igual a cero.

En cuanto a la hemoglobina medida al ingreso, las pacientes con anemia severa tuvieron una RP de 2.61 veces (IC<sub>95%</sub>, 0.84 - 8.10) más probabilidad de tener Complicaciones Trans y Post Quirúrgica; también las pacientes con Anemia moderada tuvieron una RP de 1.65 veces (IC<sub>95%</sub>, 0.59 - 4.52) más probabilidad de tener Complicaciones Trans y Post Quirúrgica, ambos casos sin significancia estadística ( $p > 0.05$ ).

Por último al analizar el tipo de histerectomía y el tiempo operatorio, no se encontró probabilidad que presente complicaciones Trans y/o Post Quirúrgica, dado que la RP fue inferior a 1, sin significancia estadística ( $p > 0.05$ ).



## **6.2. DISCUSIÓN**

Durante el periodo de estudio se practicaron 144 histerectomías, 132 fueron histerectomías abdominales y 17 histerectomías vaginales. Las histerectomías abdominales representaron el 91.7 % del total de histerectomías. De las 132 pacientes, 123 fueron incluidas en el presente estudio.

En el análisis descriptivo se encontró que la mayoría de nuestras pacientes sometidas a histerectomías abdominales tenía entre 41 y 50 años, representando el 55.3 % de las pacientes, con un promedio de  $41 \pm 9$  años. La mayoría de estudios consultados refieren edades similares, Mariño (7) describió que el 39 % de pacientes tenía entre 41 y 45 años, sin embargo el promedio de edad es mucho menor en las histerectomías obstétricas como Casas describe, que la edad promedio de pacientes es de 30.87 años (rango de 15 a 45 años) (22), y Torres reportó que el promedio de edad fue de  $32 \pm 5.8$  años (rango de 18 a 44 años). (42). Cabe resaltar que el 13.1 % de las pacientes fueron menores de 30 años, considerando que el motivo por el cual se realizó la histerectomía abdominal fue algún tipo de urgencia obstétrica, como atonía uterina, acretismo placentario, inversión uterina entre otras.

En relación al estado civil, la mayoría de las pacientes eran casadas representando el 48 %. El 60.2 % eran amas de casa y el 38.8 % tenían otra ocupación. Sobre el grado de instrucción, el 66.7 % tenía educación secundaria o superior. Pocos autores han estudiado estas características en las pacientes histerectomizadas pero, Escobar y cols., demostraron 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. (43)

En este estudio se encontró que las pacientes en las que más se realizaron histerectomías fueron aquellas que provenían del sector urbano (92.7 %) este fenómeno podría explicarse en el hecho de que las pacientes comprendidas en

estos grupos tienen mayor acceso a la atención médica requerida además de que manifiestan mayor interés por su salud.

En cuanto a la paridad de nuestras pacientes, observamos que la mayoría fueron multíparas con 81 casos (65.8 %). 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 eran multíparas, incluso en histerectomías obstétricas. (3, 17, 22).

Estudiamos los niveles de hemoglobina de ingreso encontrando 9.9 g/dl  $\pm$ 2.4 como promedio, con un rango de 3.4 - 15.3 g/dl. De la misma manera la tasa de anemia de todas las pacientes que ingresaron para ser histerectomizadas fue de 63.4 %. La disminución de los niveles de hemoglobina se debe principalmente a la pérdida sanguínea durante el tiempo de enfermedad

Entre los principales signos y síntomas que motivaron las consultas de las pacientes encontramos que el síntoma más frecuente fue la hemorragia uterina anormal con el 78.9 %, seguido del dolor abdominal que estuvo presente en el 60.2 % de las pacientes. En menor porcentaje se encontraron: Tumoración abdominal, tumoración vaginal e incontinencia urinaria. Indacochea encontró que el síntoma más frecuente fue la hemorragia uterina anormal en el 42.9 % de las pacientes. (6) Del mismo modo Mariño reportó que la principal característica clínica (110 casos) fue el dolor pélvico con sangrado vaginal en el 40 %, seguido del sangrado vaginal en 31 % y dolor pélvico en un 25 % de los casos. (7) Destacamos que en los 3 casos de tumoración vaginal correspondieron a miomatosis uterina.

Entre las principales indicaciones (diagnósticos clínicos) para realizar histerectomía abdominal encontramos: el 72.4 % de las histerectomías se debieron a la presencia de miomas uterinos. El 17 % de las histerectomías se justificaron

por causas obstétricas como: atonía uterina, acretismo placentario, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina y aborto del tipo séptico. En tercer lugar encontramos a la displasia cervical con un 7.3 %, tanto NIC II como NIC III. Otras causas como la enfermedad inflamatoria pélvica y la hiperplasia endometrial representan el 3.3 % en ambos casos. Márquez reportó como diagnóstico clínico prevaleció el fibroma uterino (93,4 %), seguido con marcada diferencia por el de hiperplasia quística endometrial (5,5 %). (17).

Los miomas uterinos son la principal indicación de histerectomía abdominal, esto lo afirman varios autores. Indacochea afirma que fue indicación del 70.38 % de las histerectomías. (6) Además Silva reportó en su estudio que el diagnóstico principal fue el mioma uterino con el 79 % y en un 8 % la hemorragia uterina anormal tanto para la histerectomía abdominal como laparoscópica. (20) Merino también concluye que la principal indicación fue el leiomioma uterino con un 41.4 %. (44) Estos resultados confirman a los generados en el presente estudio.

Las urgencias obstétricas, que en nuestro estudio representaron 17 % del total de histerectomías abdominales, coincidiendo con resultados de otros estudios. Casas indicó que la causa más frecuente fue atonía uterina (47.4 %) y acretismo placentario (18.4 %) del total de las histerectomías obstétricas. (22) En comparación Torres concluye que los principales diagnósticos pre quirúrgicos fueron placenta previa y placenta acreta con un 67 %. (42)

El diagnóstico anátomo - patológico corrobora que el mioma uterino es el diagnóstico más frecuente de histerectomía abdominal con un 72.4 %, seguido de la displasia cervical (NIC II, NIC III) con un 7.3 %, y en menor porcentaje, hiperplasia endometrial, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis y finalmente cáncer uterino; este último siendo sarcoma uterino. Dentro de las urgencias obstétricas destacan: acretismo placentario con un 4.1%, desprendimiento prematuro de placenta con 2.4 % (encontrándose en 2 de los 3 casos útero de Couvelaire). Cabe resaltar que los diagnósticos clínicos de atonía

uterina e inversión uterina fueron definidos como útero sano (8.9 %) en la anatomía patológica.

La mayoría de las histerectomías abdominales fueron totales con un 54.5% y el 45.5 % fueron subtotaes. Además en el 71.5 % de las histerectomías se practicaron también anexectomía, de las cuales la mayoría fueron bilaterales (37.4%). Mariño reporta que 195 casos tuvieron histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral (71%). (7)

La tasa de complicaciones post quirúrgicas de las histerectomías abdominales fue del 24.8 %, siendo la principal la hemorragia con un 13.6 % de los casos, infección de la herida operatoria 4.8 %, e infección intrahospitalaria (neumonía intrahospitalaria e infección del tracto urinario) 3.2 %. La frecuencia de complicaciones en nuestras pacientes está 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 o laparoscópicas. (3, 17, 18, 22, 23). Así mismo describen que las principales complicaciones son infección de la herida operatoria, anemia por hemorragia e infección de las vías urinarias. (3, 17, 22, 23).

La estancia hospitalaria en promedio fue de  $5.3 \pm 3.2$  días con un rango entre 3 y 25 días. Las pacientes que presentaron complicaciones post quirúrgicas 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 o laparoscópicas, donde las pacientes necesitan menos días de hospitalización, lo que contribuye a un ahorro de recursos y costos (22, 23).

En cuanto a las condiciones de egreso el 98.4 % fueron dadas de alta mejoradas. Además una paciente tuvo que ser referida a un hospital de mayor nivel de complejidad por presentar patología neoplásica (sarcoma uterino).

También en este estudio se reportó un fallecimiento siendo la patología de fondo Inversión uterina y la causa de muerte síndrome de disfunción multiorgánica.

La histerectomía total demoró más tiempo que la histerectomía subtotal, siendo el tiempo quirúrgico promedio de 129 minutos para la total y 115 minutos para el subtotal. Pero esta diferencia encontrada no fue significativa ( $p = 0.2$ ). 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. Silva 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. (20)

La anexectomía bilateral fue más frecuente en las pacientes de 41 a 50 años, representando el con 34 casos del total de pacientes, se encontró asociación estadísticamente significativa (mediante la prueba de chi cuadrado) entre la edad y la anexectomía bilateral ( $p < 0.05$ ). Es decir que ambas variables son dependientes entre sí. Luego se aplicó la Razón de Prevalencia, concluyendo que a mayor edad, mayor es la probabilidad de anexectomía bilateral, teniendo en cuenta que las pacientes entre los 51 a 60 años , tienen mayor probabilidad de dicha intervención (RP = 13.64, IC<sub>95%</sub> 1.62 – 114.85). The Mayo Clinic Cohort Study: estudio retrospectivo de 2365 mujeres, a las que se les realizó ooforectomía uni ó bilateral por patología benigna. La edad media en la cirugía era de 44 años para mujeres premenopáusicas. En un 95% de los casos la anexectomía se llevó a cabo al tiempo de la histerectomía. (43) además se observó que en el grupo de pacientes menores de 40 años se practicó en 3 pacientes anexectomía bilateral debido a patología anexial (endometrioma).

En el presente estudio se encontró asociación entre la edad (entre 21 a 30 años) y diagnóstico clínico (atonía uterina) con el tipo de histerectomía. Se destaca que las pacientes con edad menor de 30 años tienen menor probabilidad a

practicarse histerectomía total (RP = 0.24, IC<sub>95%</sub> 0.06 – 0.95). En la atonía uterina (RP = 0.028, IC<sub>95%</sub> 0.02 – 1.08); se puede correlacionar esta asociación por el hecho de tratarse una urgencia obstétrica y por lo tanto se requiere actuar de manera precoz. La literatura indica que la histerectomía subtotal requiere menor tiempo quirúrgico. (22)

Finalmente se encontró asociación (mediante la prueba de chi cuadrado) entre miomatosis uterina y las complicaciones trans y/o post quirúrgicas (valor de  $p < 0.05$ ). Es decir las variables miomatosis uterina y las complicaciones trans y/o post quirúrgicas son dependientes. Se concluye que las pacientes con miomatosis uterina tuvieron menos probabilidad de tener complicaciones trans y/o post quirúrgicas. (RP = 0.22).

### **6.3. CONCLUSIONES**

- La frecuencia de histerectomías abdominales fue de 123 casos. El 55.3% de las pacientes se encontraba entre los 41 y 50 años. Las características socio demográficas fueron: grado de instrucción superior (35.8%), casadas (48%), multíparas (65.9%). La mayoría de las pacientes ingresó con hemoglobina en niveles normales (36.6%). El motivo de consulta más frecuente fue la hemorragia uterina anormal (78.9%), seguida del dolor abdominal (60.2%). El diagnóstico clínico más frecuente miomatosis uterina (72.4%), corroborándose con la anatomía patológica.

- La histerectomía total se realizó en el 54.5%. La histerectomía más anexectomía se realizó en el 71.5% y dentro de esta la anexectomía bilateral fue la más frecuente (52.3%). La mayoría de las histerectomías abdominales duraron menos de 120 min (73.2% en subtotal y 56.7% en total). La tasa de complicaciones fue del 24.8%, siendo las principales: hemorragia (13.6%) e infección de la herida operatoria (4.8%). La mayoría de las pacientes estuvieron entre 4 a 6 días (57.7%) con un promedio de 5.3. Finalmente la gran mayoría egresó mejorada luego de la histerectomía abdominal (98.4%).

-No se encontró asociación significativa entre el tiempo quirúrgico y el tipo de histerectomía abdominal ( $p > 0.05$ ).

-Se encontró asociación estadísticamente significativa en las pacientes de 31 a 40 años (RP = 0.14, IC 0.04 – 0.48), 41 a 50 años (RP = 3.58, IC 1.62 – 7.95) y 51 a 60 años (RP = 13.64, IC<sub>95%</sub> 1.62 – 114.85) con la anexectomía bilateral. ( $p < 0.05$ )

-Se encontró asociación estadísticamente significativa en las pacientes de 21 a 30 años (RP = 0.24, IC 0.06 – 0.95) y en aquellas con diagnóstico de atonía uterina (RP = 0.13, IC 0.02 – 1.08) con la realización de histerectomía abdominal total ( $p < 0.05$ ). Finalmente se encontró asociación estadísticamente significativa en las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina (RP = 0.22, IC 0.09 – 0.53) con las complicaciones trans y/o post quirúrgicas. ( $p < 0.05$ ).

#### **6.4. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda la actualización del protocolo para histerectomía abdominal y así mejorar el tiempo hospitalario y probables complicaciones.

- Realizar trabajos de investigación para determinar los factores de riesgo asociados la Histerectomía abdominal practicadas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

- Realizar de un ensayo clínico controlado que compare la Histerectomía Abdominal vs Histerectomía Vaginal, involucrando a un mayor número de pacientes participantes en el estudio, para ver si existe o no una asociación estadísticamente significativa en cuanto a complicaciones, dolor postoperatorio, tiempo quirúrgico y tiempo de hospitalización.

- 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.



# **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

## **RECURSOS DISPONIBLES**

- Humanos
  - Autor del proyecto de tesis.
  - Asesor del proyecto de tesis.
  - Personal de la Oficina de Capacitación y Docencia en Investigación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
  - Personal de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
  - Personal del Área de Archivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
  
- Materiales e Instrumentos
  - Libro de Reportes de Histerectomías abdominales del Departamento de Ginecología y Obstetricia.
  - Historias clínicas de las pacientes histerectomizadas durante el período enero 2008 a diciembre 2012.
  - Protocolo Operatorio y/o Nota Post Operatoria.
  - Fichas de recolección de datos.
  
- Ambiente
  - Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Departamento de Ginecología y Obstetricia.
  - Área de Archivo del Hospital Unanue de Tacna.

## PRESUPUESTO

### MATERIALES E INSUMOS

<b>MATERIALES E INSUMOS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR POR UNIDAD EN SOLES</b>	<b>TOTAL</b>
Papel fotocopia A-4, 80 g. (millar)	02	24.00	48.00
Espiralado	7	3.00	21.00
Empastado	03	14.00	42.00
Borrador	05	0.50	2.50
Bolígrafo (rojo, azul y negro)	10	0.50	5.00
USB 4GB	01	30.00	30.00
Lápiz	10	0.50	5.00
Regla	05	0.50	2.50
Engrapador	02	15.00	30.00
Grapas (caja)	02	15.00	30.00
Perforador	02	8.00	16.00
Resaltador	05	2.00	10.00
Corrector	05	2.00	10.00
Tinta para impresora color negro (cartucho)	01	60.00	60.00
Tinta para impresora varios colores (cartucho)	01	70.00	70.00
Tinta para impresora color negro (recarga)	03	10.00	30.00
Tinta para impresora varios colores (recarga)	09	10.00	90.00
		<b>SUBTOTAL</b>	<b>502.00</b>

SERVICIO

<b>SERVICIOS</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>VALOR POR UNIDAD EN SOLES</b>	<b>TOTAL</b>
Transporte en bus	Pasaje universitario	0.40	80.00
Transporte en taxi	Pasaje	5.00	150.00
Servicio por teléfono	Plan tarifario	64.00	64.00
Servicio de internet	Plan tarifario	120.00	120.00
Impresiones	Impresión	0.15	200.00
Fotocopiadora	Fotocopia	0.10	100.00
		SUBTOTAL	714.00

COSTO TOTAL

<b>ÍTEM</b>	<b>SUBTOTAL EN SOLES</b>
Materiales e insumos	502.00
Servicios	714.00
<b>TOTAL</b>	<b>1216.00</b>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aragón F, Expósito E, Fleitas P, Morgado P, Mirabal R, Aragón P. Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Cubana Cir.* 2011; 50 (1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003474932011000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003474932011000100007&script=sci_arttext).
2. Manriquez V. Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas. Experiencia de seis años, Hospital Clínico de la universidad de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013; 78 (6): 432 - 435.
3. Lucumi L. Protocolo de atención médica de histerectomía abdominal. Red de Salud Norte E.S.E. Colombia. 2014.
4. News Medical, América del Norte: Abril Cashin-Garbutt; 2010; [actualizado 31 de octubre 2013/ accesado 27 de febrero de 2013]. La histerectomía - ¿Qué es una histerectomía? Disponible en: <http://www.news-medical.net/>.
5. Tellez S. Histerectomías abdominales y vaginales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza: Complicaciones postoperatorias [Tesis de Bachiller]. Lima, Perú; Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2004.
6. Indacochea R. “Causas y complicaciones de Histerectomía Abdominal y Vaginal: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor 2010”. 2011; *Rev. Scielo. Ecuador.* 41 (2).
7. Toledo Mariño G. Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010. *Rev Hor Méd.* 2011; 11(2). Disponible en: [http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011\\_II/contenido.php](http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011_II/contenido.php).

8. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2013.
9. Lugo A. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. *Rev Cub Obstet Ginecol.* 2014; 40 (2).
10. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams Obstetricia.* 24th ed. México: Mc Graw Hill. 2014.
11. Frisas Clavero O. *Protocolo de Esterilidad e Infertilidad.* Areatres. Gerencia de Atención Primaria. Insalud Zaragoza. 2012.
12. Vega G. Prevención del cáncer cervical. *Rev Med Costa Rica y Centroamérica.* 2013; 377-384.
13. Schorge J, Schaffer j, Halvorson L, Hoffman B, Bradshaw K, Cunningham F. *Williams Ginecología.* Segunda ed. Dallas, Texas: McGraw Hill Interamericana; 2014.
14. Carrillo K, Sanguineti A. Anatomía del piso pélvico. *Rev Med Clin Condes.* 2013; 24 (2): 185-189.
15. Ralph C, Zajer C, De Petris V, Gejman R. Pólipo endometrial, una causa infrecuente de sangrado. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2014; 79 (4): 305-310.
16. Keck Medical Center of USC, California: University of Southern California; 2012; [actualizada en septiembre de 2012; acceso 09 de abril de 2013]. Disponible en: <http://keckmedicalcenterofusc.org/condition>.
17. Márquez J, Barrabí A, Armas B, Rubinos J. Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. *MEDISAN.* Cuba. 2014 ; 18 (2).

18. Kucukmetina, Naik R, Bryant A. Histerectomía vaginal radical asistida por laparoscopia versus histerectomía abdominal radical para el tratamiento del cáncer cervicouterino temprano. Cochrane. 2013.
19. Fergusson R, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar S. Resección y ablación del endometrio versus histerectomía para el sangrado menstrual abundante. Cochrane. 2013.
20. Silva Delgado M. Eficacia y beneficios de las histerectomías laparoscópicas comparadas con las abdominales, febrero a septiembre del 2011 [Tesis de especialidad en Ginecología y Obstetricia]. El Salvador: Universidad de El Salvador. 2012.
21. Llanes A, Treviño A, Cruz M, Cervantes M. Histerectomía laparoscópica total versus histerectomía convencional en pacientes trabajadoras de petróleos mexicanos. Rev SciELO. México. 2013; 46 (2).
22. Casas R, Pérez I. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el hospital universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de cohorte. Rev Colomb de Obstet Ginecol. 2013; 64 (2). 121-125.
23. Hollman J, Rodriguez G. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. Arch Inv Mat Inf. México. 2014; 6 (1): 25 - 30.
24. Berek, J. Ginecología de Novak. 15th ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
25. Nieboer T, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012.

26. Jacoby V, Autry A, Jacobson G, Domush R, Nakagawa S, Jacoby A. Nationwide use of laparoscopic hysterectomy compared with abdominal and vaginal approaches. *Obstet Gynecol.* 2012; 114:1041–8.
27. Franco R. Hemorragia uterina anormal orgánica. *Rev Nac.* 2012. Itauguá; 4 (2): 15-22.
28. Ortiz Ruiz M, Matute Labrador A, Martínez Consuegra N. Miomatosis uterina. *Anales Médicos.* 2012; 54 (4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2009/bc094h.pdf>.
29. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina. México: Instituto Mexicano del Seguro Social 2013.
30. Chávez Valdivia M, Quiñones Ceballos A. Neoplasia intraepitelial cervical en mujeres menores de 25 años. *Rev Finlay.* 2012; 2 (1).
31. Endometriosis. American Society for Reproductive Medicine. 2013.
32. Alvarado F, Vega E. Sarcoma uterino: Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2012; 73:54 - 58. Mexico.
33. Abehsera D, Panal M, Sánchez M, Herrera María, Santiago F. Resultados tras un protocolo de actuación en pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica grave. *Ginecol Obstet Mex.* 2013. México; 81: 304 - 309.
34. Benítez A. Diagnóstico diferencial de dolor pélvico. Clases de Residentes. 2013.



35. Zeferino M, Bañuelos J, Maytorena G, Reyna H, Acevedo M. Incidencia de cáncer de endometrio en pacientes con biopsia preoperatoria de hiperplasia endometrial. *Ginecol Obstet Mex.* 2013. México; 81: 519 - 524.
36. NewYork-Presbyterian. Salud de Mujeres. New York - Presbyterian Hospital. 2013 [28/06/2013; 24/11/2013]. Available from: <http://nyp.org/espanol/library/women/hysterec.html>.
37. Torres M. Histerectomía abdominal. Fundación Universitaria San Martín. 2012.
38. Clarke Pearson D, Geller E. Complicaciones de la histerectomía. *Rev Obstetrics & Gynecology.* 2013; 121: 654–73. Disponible en: [http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2013\\_Clarke-PearsonCES\\_Translation.pdf](http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2013_Clarke-PearsonCES_Translation.pdf).
39. Hur H, Donnellan N, Mansuria S, Barber R, Guido R, Lee T. Vaginal cuff dehiscence after different modes of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2011; 118: 794–801.
40. Región de Salud Tacna. Análisis de Situación de Salud. 2013.
41. Región de Salud Tacna. Análisis de Situación de Salud. 2014.
42. Torres Farías E, Torres Gómez L, Barba Bustos A, Vidal Silva G. Modificación a la técnica quirúrgica de cesárea-histerectomía. *Rev Ginecol Obstet Mex.* 2012; 78 (9): 478-485.
43. Rocca WA, Grossardt BR, De Andrade M, Malkasian GD, Melton LJ. Survival patterns alter oophorectomy in premenopausal women: a population-bases cohorte study. *Lancet Oncol.* 2011; 7: 821-828.

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 01**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Número de ficha:
- Número de Historia Clínica:
- Fecha de recolección de datos:
- Fecha de realización de la Histerectomía:

**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS**

1)	Edad		
2)	Estado civil	1. Soltera	
		2. Casada	
		3. Conviviente	
		4. Viuda	
		5. Divorciada	
3)	Grado de instrucción	1. Analfabeta	
		2. Primaria	
		3. Secundaria	
		4. Superior	
4)	Ocupación	1. Ama de casa	
		1. Agricultora	
		2. Comerciante	
		3. Profesional	
		4. Estudiante	
5)	Procedencia	1. Urbano	
		2. Rural	
6)	Lugar de ingreso	1. Emergencia	
		2. Consultorio externo	
7)	Paridad	1. Nulípara	
		2. Primípara	
		3. Multípara : _____	

**Motivo de consulta**

1. Controles	
2. Dolor abdominal	
3. Hemorragia uterina anormal	
4. Incontinencia urinaria	
5. Tumoración abdominal	
6. Tumoración vaginal	

**Diagnóstico cínico**

1. Miomatosis uterina	
2. Displasias cervicales	
3. EPI	
4. Prolapso genital	
5. Endometriosis	
6. Hiperplasia endometrial	
7. Urgencia obstétrica	
Detallar:.....	

### HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

1	Hemoglobina de ingreso	_____ g/dl	
2	Tipo de histerectomía abdominal	1. Subtotal	
		2. Total	
3	Procedimiento quirúrgico	1. Sólo histerectomía	
		2. Histerectomía + anexectomía unilateral	
		3. Histerectomía + doble anexectomía	
		4. Cesárea más histerectomía	
4	Tiempo quirúrgico	_____ min	
5	Diagnóstico anátomo - patológico	1. Miomatosis uterina	
		2. Displasia cervical	
		3. EPI	
		4. Endometriosis	
		5. Hiperplasia endometrial	
		6. Cáncer uterino	
		7. Inversión uterina	
		8. Atonía uterina	
		9. Acretismo placentario	
		10. DPP	
		11. Aborto	
		12. Óbito fetal	
		13. Rotura uterina	
6	Complicaciones post operatorias	1. No complicaciones	
		2. Infección de la herida operatoria	
		3. Hematoma de la cúpula vaginal	
		4. Hemorragia	
		5. Shock hipovolémico	
		6. Shock séptico hemorrágico	
		7. Infección intrahospitalaria	
7	Días de hospitalización post operatorio	_____ días	
8	Condición de egreso	1. Mejorada	
		2. Transferida	
		3. Fallecida	
		4. Con patología y/o secuela	

## ANEXO N° 02

### RELACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

1) 024407	28) 076641	55) 440514
2) 049254	29) 122342	56) 081324
3) 453773	30) 138906	57) 402207
4) 085251	31) 210802	58) 349352
5) 424022	32) 442888	59) 315264
6) 216767	33) 343867	60) 347210
7) 126477	34) 448663	61) 172487
8) 377614	35) 900241	62) 042419
9) 279561	36) 313354	63) 053990
10) 292133	37) 187973	64) 311785
11) 183134	38) 147680	65) 425705
12) 457428	39) 185560	66) 215227
13) 323258	40) 334631	67) 277024
14) 086539	41) 223127	68) 428346
15) 140662	42) 092600	69) 183275
16) 422155	43) 287913	70) 428066
17) 100676	44) 435298	71) 191209
18) 393117	45) 125434	72) 340487
19) 224509	46) 401951	73) 037624
20) 156198	47) 353002	74) 191558
21) 212291	48) 438248	75) 182230
22) 445018	49) 340764	76) 312778
23) 226538	50) 175528	77) 050150
24) 253944	51) 042395	78) 288743
25) 405382	52) 439404	79) 311884
26) 171708	53) 004919	80) 414451
27) 446676	54) 336309	81) 347802

82) 072373	96) 418065	110) 443142
83) 415452	97) 311627	111) 224880
84) 237678	98) 111332	112) 337387
85) 294259	99) 150896	113) 169984
86) 311566	100) 306557	114) 326917
87) 341716	101) 419112	115) 427636
88) 183273	102) 021730	116) 025729
89) 316220	103) 096394	117) 167815
90) 402207	104) 102691	118) 458384
91) 155280	105) 269529	119) 422089
92) 172130	106) 154169	120) 177616
93) 204021	107) 142625	121) 445990
94) 415690	108) 383908	122) 445774
95) 307493	109) 399062	123) 447784

### ANEXO N° 03

#### DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL SEGÚN SERVICIO DE INGRESO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012

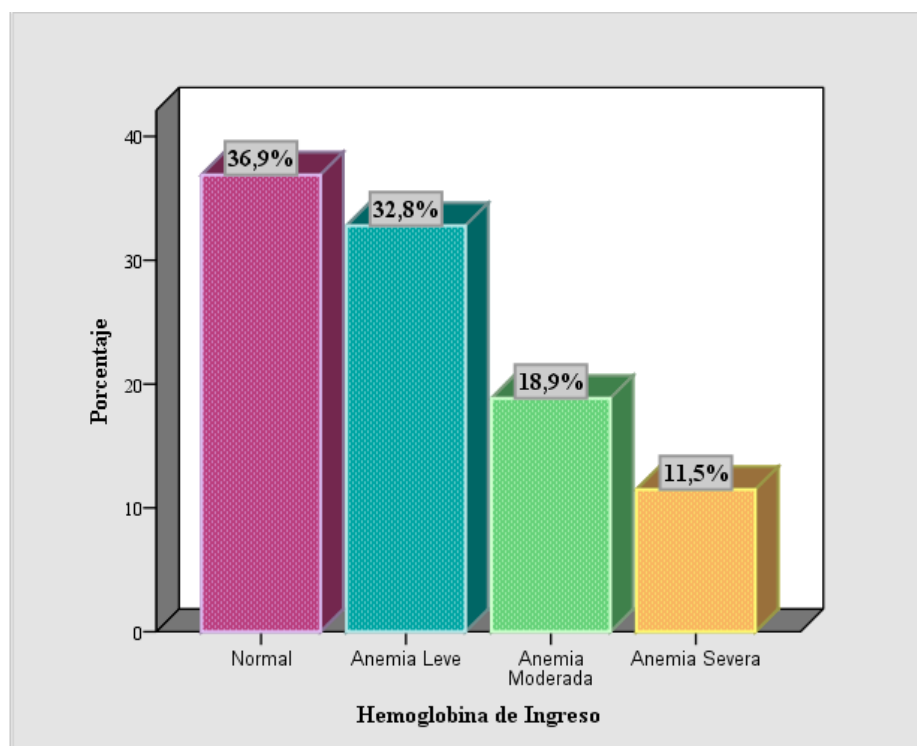
SERVICIO	N°	PORCENTAJE
Emergencia	52	42.3 %
Consultorio Externo	71	57.7 %
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100 %</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.

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 por referencia de sus centros de salud (57.7 %), mientras que las demás pacientes ingresaron por el servicio de emergencia; este grupo está constituido en su mayoría por urgencias obstétricas (42.3 %).

## ANEXO N° 04

### DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL SEGÚN NIVEL DE HEMOGLOBINA DE INGRESO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012

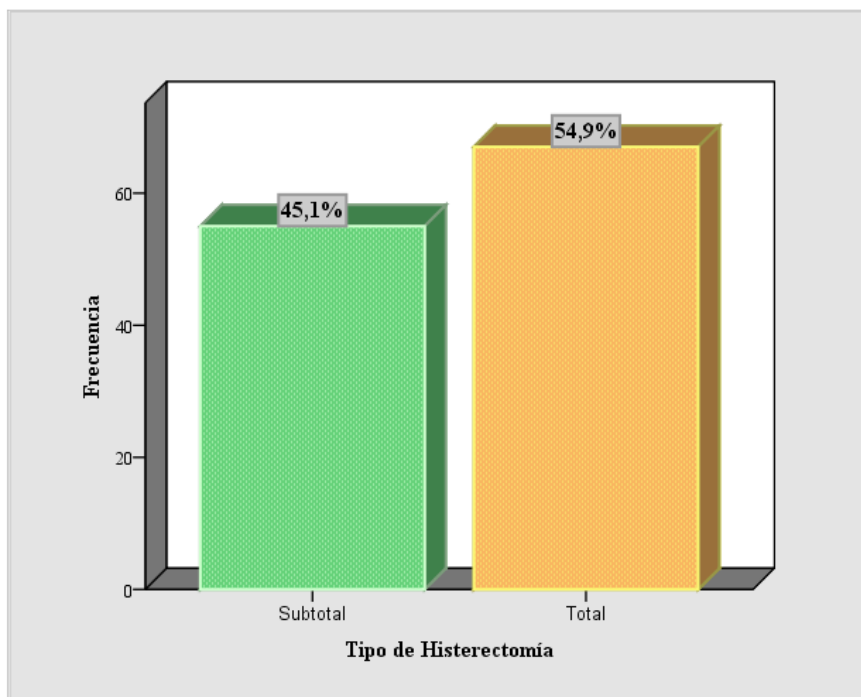


FUENTE: Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.



**ANEXO N° 05**

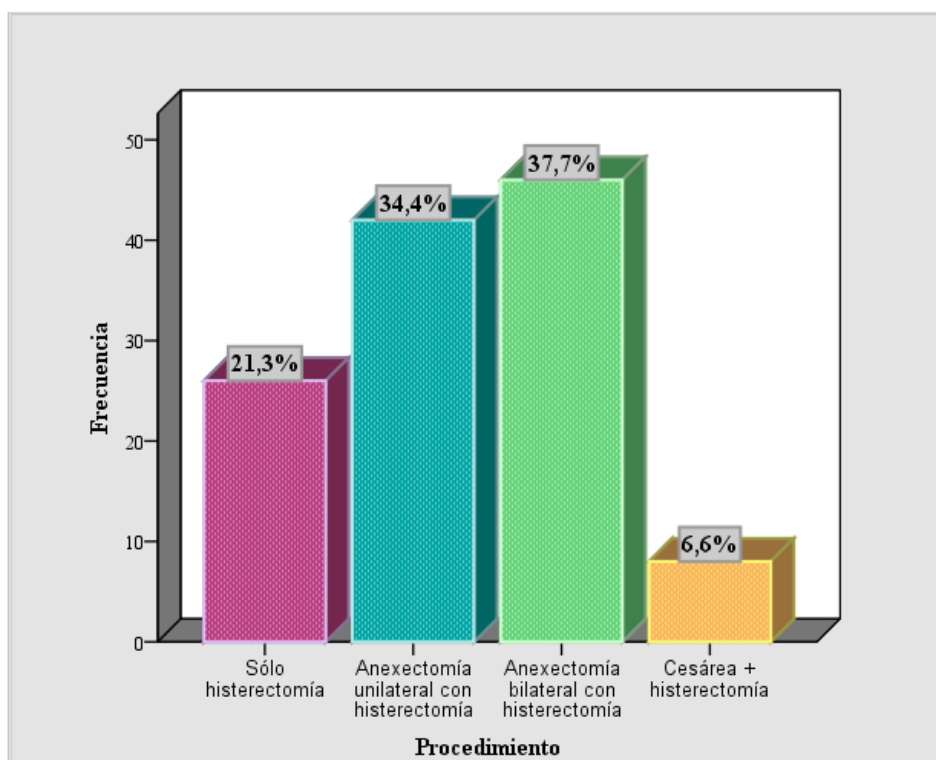
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL, SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**



**FUENTE:** Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.

**ANEXO N° 05**

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL, SEGÚN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO  
2008 – 2012**



**FUENTE: Ficha de Recolección de Datos H. Cl. Del HHUT 2008 – 2012.**