



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**"HISTERECTOMIA: CAUSAS Y COMPLICACIONES EN MUJERES DE 45 A 60
AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL,
PERIODO AÑO 2014"**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR

ANDREA LISETH LEMACHE PONTÒN

TUTOR

DR. FELIPE ROBERTO ROBLES ESCOBAR

GUAYAQUIL – ECUADOR

2014 - 2015



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: <i>HISTERECTOMIA: CAUSAS Y COMPLICACIONES EN MUJERES DE 45 A 60 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL, PERIODO AÑO 2014</i>		
AUTOR/ ES: Andrea Liseth Lemache Pontón	REVISORES:	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas	
CARRERA: Medicina		
FECHA DE PUBLICACION:	Nª DE PÁGS: 73	
PALABRAS CLAVES: histerectomía ,		
<ul style="list-style-type: none"> RESUMEN: La histerectomía se ha convertido en una de las intervenciones quirúrgicas hoy en día más realizadas en el área ginecológica siendo las cesáreas las que ocupan el 2do lugar. Las mujeres en edad fértil son las que comúnmente son sometidas a este tipo de procedimientos. Por ser un proceso quirúrgico no indica que vaya a estar libre de presentar complicaciones. Se realizó la determinación por observación indirecta de Histerectomía: causas y complicaciones en mujeres de 45 a 60 años de edad en el hospital universitario de Guayaquil, periodo año 2014. El presente estudio fue de tipo descriptivo, observacional de corte transversal. Se analizó todas las pacientes que ingresaron por el área de hospitalización en todo el periodo 2014. En los resultados del total de la muestra estudiada (110) pacientes, el 60% (66 pacientes) tuvieron que como causa principal para una histerectomía era la miomatosis y el 26.4 % (29 pacientes) correspondía a prolapso genital. Entre las complicaciones operatorias el 89.1% (98 pacientes) no presentaron ninguna complicación y entre las complicaciones postoperatorias el 57.3 % (63 pacientes) igualmente no presentaron ninguna complicación. En el tipo de abordaje que usaron para histerectomía el 48.3 % (53 pacientes) fue por vía abdominal y el 29.1 % (32 pacientes) para vía vaginal. El 41.8% (46 pacientes) tenían como antecedente personal principalmente Hipertensión arterial y por último el 50 % (55 pacientes) correspondían a que su dx clínico de ingreso fue por Hemorragia Uterina Anormal y 26.4 % (29 pacientes) con Incontinencia Urinaria. 		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI X	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0984486958 – 072944763	E-mail: anli_gatitachikita@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil- Facultad de Ciencias Médicas	
	Teléfono: 0422390311	
	E-mail: http://www.ug.edu.ec	

Quito: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Prometeo, teléfonos 2569898/9. Fax: (593 2) 250-905

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TESIS

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

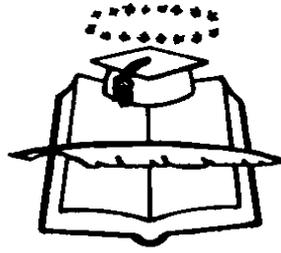
CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR LA SRTA. ANDREA LISETH LEMACHE PONTÓN CON C.I. # 0704713742

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES: ***HISTERECTOMIA: CAUSAS Y COMPLICACIONES EN MUJERES DE 45 A 60 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL, PERIODO AÑO 2014***

REVISADO Y CORREGIDO EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DR. FELIPE ROBERTO ROBLES ESCOBAR

TUTOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la Srta. Andrea Liseth Lemache Pontòn, ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de médico

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA

DEDICATORIA

En primer lugar quiero dedicar este trabajo a Dios y a la Virgencita del Cisne por llenarme de vida y esperanza todos los días para seguir luchando por el presente y futuro que anhelo.

A mis papas Angel Lemache, pero en especial a tía Edilma Pontón por ser la mejor madre y amiga del mundo, por tu impecable papel durante toda mi vida, por ser la motivación en cada paso que realizo, no creo que me alcance la vida para darte todo lo que mereces. Gracias por luchar conmigo, creer en mí y hacerme creer en mí, gracias tía por recordarme todos los días que las cosas se logran con esfuerzo y dedicación.

A la memoria de mi abuelita Mechita Toro. Hoy te agradezco por siempre bendecirme y sé lo orgullosa que estarías en este momento por mí. Cumpliendo mi palabra te dedico esto, aunque ya no estás. Te amo Torita

A mi Tío Ever Pontón que ocupa un lugar muy especial en mi vida por ser mi apoyo condicional en el trayecto de mis estudios, no tengo de que otra manera agradecerte, la palabra gracias me queda corta.

A mis hermanos Josseth, Pamela que a la distancia siempre están conmigo y a mi querida hermana Heydi por siempre creer en mí y apoyarme; a mis sobrinos Josseth, Nerea, Argen y Melanie por ser motivación en mi vida para crecer profesionalmente se lo merecen por llenarme el pecho de tanto amor, espero que algún día me den la satisfacción y el orgullo de verlos hechos todos unos profesionales, a mi tío Norman Pontón, cuñados Evelyn, Kleber y Lenin. En sí toda mi familia muchas gracias por sus consejos y apoyo.

Aunque la vida nos haya puesto muchas dificultades gracias por ser mi apoyo incondicional durante todo este tiempo, gracias por no permitirme caer, para ti Jorge Chávez Hidalgo también va dedicado este trabajo he demostrado estar siempre para mí sin importar los disturbios que nos llevemos juntos o separados. Gracias

Andrea Liseth Lemache Pontón

AGRADECIMIENTO

Durante todo este trayecto siempre ha habido momentos en los cuales uno quiere desfallecer, pero si en nuestro corazón uno siente que es bueno con algo y que entrega todo el amor del mundo por las cosas que realmente le apasionan, se debe seguir adelante.

Es por eso que con este trabajo quiero agradecer de todo corazón a Dios el motor principal de todos mis días, junto a mi querida madrecita Edilma Pontón , HeydiLemache , JosethAndreeLemache ,JosethArgelisLemache,Pamela Lemache , HeydiLemache,EverPontón , Norman Pontón y Arturo Pontón quienes han compartido cotidianamente conmigo y aunque no esté físicamente presente a ti también te agradezco Mechita ; y en general a toda mi familia ustedes depositaron su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

Agradezco también al Hospital Universitario de Guayaquil, quien abrió sus puertas para poder realizar mi año de internado, a mi tutor de tesis Dr. Roberto Robles gracias por brindarme sus conocimientos y guiarme en la elaboración de este trabajo; de igual manera a mis queridos compañeros de guardia Zussy, Grace e Irving gracias por haber compartido conmigo un año lleno de muchas vivencias.

A mis queridas amigas, incondicionales que siempre han estado ahí en todo momento Paty Gomez, Clau Ocampo y en especial a ti CristyEspinoza; ustedes han sido como mis hermanas y han estado en los momentos más difíciles , fueron mi familia mientras estuve lejos de casa. Cuando se siembra una verdadera amistad esta perdura para toda la vida, las quiero.

Y por último a mis queridos doctores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias por su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo.

Andrea LisethLemachePontón

RESUMEN

- La histerectomía se ha convertido en una de las intervenciones quirúrgicas hoy en día más realizadas en el área ginecológica siendo las cesáreas las que ocupan el 2do lugar. Las mujeres en edad fértil son las que comúnmente son sometidas a este tipo de procedimientos. Por ser un proceso quirúrgico no indica que vaya a estar libre de presentar complicaciones. Se realizó la determinación por observación indirecta de Histerectomía: causas y complicaciones en mujeres de 45 a 60 años de edad en el hospital universitario de Guayaquil, periodo año 2014. El presente estudio fue de tipo descriptivo, observacional de corte transversal. Se analizó todas las pacientes que ingresaron por el área de hospitalización en todo el período 2014. En los resultados del total de la muestra estudiada (110) pacientes, el 60% (66 pacientes) tuvieron que como causa principal para una histerectomía era la miomatosis y el 26.4 % (29 pacientes) correspondía a prolapso genital. Entre las complicaciones operatorias el 89.1% (98 pacientes) no presentaron ninguna complicación y entre las complicaciones postoperatorias el 57.3 % (63 pacientes) igualmente no presentaron ninguna complicación. En el tipo de abordaje que usaron para histerectomía el 48.3 % (53 pacientes) fue por vía abdominal y el 29.1 % (32 pacientes) para vía vaginal. El 41.8% (46 pacientes) tenían como antecedente personal principalmente Hipertensión arterial y por último el 50 % (55 pacientes) correspondían a que su diagnóstico clínico de ingreso fue por Hemorragia Uterina Anormal y 26.4 % (29 pacientes) con Incontinencia Urinaria.

Palabras clave: Histerectomía, causas, complicaciones

ABSTRACT

Hysterectomy has become one of the surgical procedures performed today than in the gynecological area being cesarean occupying the 2nd place Women of childbearing age are those that are commonly subject to such procedures. As a surgical procedure it does not indicate that it will be free of complications. The determination was performed by indirect observation of Hysterectomy: causes and complications in women of 45-60 years of age at the university hospital in Guayaquil, period 2014. This study was descriptive, cross-sectional observational. All patients admitted to the ward throughout the period 2014. The results of the total study sample (110) patients, 60% (66 patients) had that as a main cause for a hysterectomy was analyzed myomatosis and 26.4% (29 patients) corresponded to genital prolapse. Among the operative complications 89.1% (98 patients) showed no complications and postoperative complications between 57.3% (63 patients) also did not present any complications. In the kind of approach they used to hysterectomy 48.3% (53 patients) it was abdominally and 29.1% (32 patients) for vaginal route. 41.8% (46 patients) had personal history as mainly hypertension and finally 50% (55 patients) corresponded to their clinical dx of income was abnormal uterine bleeding and 26.4% (29 patients) with Urinary Incontinence.

Keywords:Hysterectomy, causes, complications

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
ÍNDICE GENERAL	V
ÍNDICE DE TABLAS	VII
INDICE DE GRÀFICOS	VIII
INTRODUCCIÒN	1
CAPITULO I	3
1. EL PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	3
1.2 JUSTIFICACIÒN.....	4
1.3 DETERMINACIÒN DEL PROBLEMA.....	6
1.4 FORMULACIÒN DEL PROBLEMA.....	6
1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÌFICOS:.....	7
CAPITULO II	8
2. MARCO TEÒRICO	8
2.1 ANTECEDENTES CIENTÌFICOS.....	8
2.2 BASES TEÒRICOS CIENTÌFICAS.....	9
2.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÒN O HIPÒTESIS.....	19
2.4 VARIABLES.....	19
CAPITULO III	20
3. MATERIALES Y MÉTODOS	20
3.1 CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO.....	20
3.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	21
3.3 VIABILIDAD.....	21
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÒN Y EXCLUSIÒN.....	22
3.5 OPERACIONALIZACIÒN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÒN.....	23
3.6 OPERACIONALIZACIÒN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÒN.....	24
3.7 TIPO DE INVESTIGACIÒN.....	24
3.8 CONSIDERACIONES BIOÈTICAS.....	24

3.9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	26
3.10 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS.....	27
3.10.1 RECURSOS HUMANOS:	27
3.10.2 RECURSOS FÍSICOS:	27
3.11 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	27
3.12 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	27
CAPITULO IV	28
4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
4.1 RESULTADOS	28
4.2 DISCUSIÓN.....	41
CAPÍTULO V	43
5. CONCLUSIONES.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO VI.....	45
6. RECOMENDACIONES.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	46
Bibliografía	46

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: ANTECEDENTES PERSONALES.....	29
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: DIAGNÒSTICO CLÌNICO.....	30
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: CAUSAS DE HISTERECTOMÌA.....	31
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: TIPO DE HISTERECTOMÌA.....	32
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: COMPLICACIONES QUIRÙRGICAS.....	33
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: COMPLICACIONES POST QX.....	34
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: DÌAS DE HOSPITALIZACIÒN.....	35
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: ESTADO CIVIL.....	36
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: LUGAR DE RESIDENCIA.....	37
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: NIVEL EDUCATIVO.....	38
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: DOLOR POSTOPERATORIO.....	39
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: ANTIBIOTICOS POSTOPERATORIO.....	40

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: ANTECEDENTES PERSONALES.....	29
GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: DIAGNÒSTICO CLÌNICO.....	30
GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: CAUSAS DE HISTERECTOMÍA.....	31
GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: TIPO DE HISTERECTOMÍA.....	32
GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: COMPLICACIONES QUIRÙRGICAS.....	33
GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: COMPLICACIONES POST QX.....	34
GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: DÌAS DE HOSPITALIZACIÓN.....	35
GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN:	ESTADO CIVIL 36
GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: LUGAR DE RESIDENCIA.....	37
GRÁFICO 10. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: NIVEL EDUCATIVO.....	38
GRÁFICO 11. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: DOLOR POSTOPERATORIO.....	39
GRÁFICO 12. DISTRIBUCIÓN DE LOS 110 PACIENTES DEL SISTEMA HOSPITALARIO DE DOCENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO 2014 SEGÚN: DOLOR POSTOPERATORIO.....	40

INTRODUCCIÒN

Es increíble ver como nuestro cuerpo es la creación perfecta para que en él se desarrollen un sin número de actividades, es como si simplemente diéramos clic en un archivo y este ejecutara todos los dinamismos básicos diarios. El útero es uno de los órganos más nobles del cual podemos hablar; basta con que este sirva de receptor durante 9 meses llevando en él una nueva vida. Con el pasar del tiempo este puede llegar a sufrir alguna patología asociada la mayoría de estas a una edad superior en la mujer por ende existen algunas patologías las cuales pueden provocar que el funcionamiento del útero no sea el adecuado y es allí donde la histerectomía abre paso a la técnica quirúrgica empleada para la extirpación del útero.

El útero es el órgano femenino, destinado a recibir el óvulo fecundado, conservar y nutrir el producto de la concepción y expulsarlo cuando el tiempo destinado de este llegue a su momento. El útero tiene forma de una pera aplanada, de 7 a 8 cm aproximadamente. El cual es estimulado cotidianamente por hormonas y todos los meses pierde el endometrio e invadido a veces por fetos, va a experimentar diversos trastornos, entre los cuales figuran: alteraciones de gestación o al momento del parto, también se presentan modificaciones endocrinas y posible formaciones de proliferaciones neoplásicas(2)

La histerectomía se realiza mediante un procedimiento quirúrgico de extracción del útero. Es un procedimiento que se ha desarrollado a través del tiempo gracias a una serie de factores, destacando muchos avances como farmacocinética, proceso quirúrgico entre otros. (1)

Entre la gran parte de indicaciones de la histerectomía tenemos a las siguientes causas: leiomiomas uterinos (34%), endometritis (19%), prolapso (17,2%), cáncer ginecológico (10,2%) e hiperplasia endometrial (5,6%), las que son responsables del 80% de histerectomías realizadas. (2)

Este proyecto el cual estoy realizando es de tipo no experimental, retrospectivo, transversal y más que todo descriptivo, donde analizaré las historias clínicas que me

fueron brindadas del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil que fueron captadas en el periodo 2014 a las cuales se les practicò histerectomìa por diversas razones, que mas adelante en el trabajo se detallaràn con exactitud, asociadas al mismo tiempo con las distintas complicaciones que puedan estas o no abarcar.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La histerectomía, proviene del término derivado del griego "hystera" (útero) y "ektone" (incisión), es la técnica orientada a la extirpación del útero. Es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentemente realizadas en el mundo médico, después de la cesárea. La gran mayoría de las histerectomías (más del 90%) se practican por patologías benignas, siendo las indicaciones más comunes: leiomiomatosis, hemorragia uterina anormal, dolor pélvico crónico, prolapso genital y endometriosis (3)

En la Universidad de Chile se hizo una revisión sobre las principales indicaciones y complicaciones intraoperatorias durante una histerectomía donde se analizaron 379 histerectomías por causa benigna, el 17% (n=64) por vía abdominal y el 83% (n=315) por vía vaginal. Las principales complicaciones intraoperatorias en las histerectomías vaginales, fueron lesiones vasculares (1,2%) y vesical (0,6%). Hubo complicaciones infecciosas en el 1,2% de las pacientes (4 abscesos de la cúpula vaginal), las que han disminuido con el uso de los antibióticos profilácticos. *Conclusiones:* La histerectomía vaginal, aparentemente en este estudio fue la vía adecuada para de esta manera disminuir futuras complicaciones, como procesos infecciosos, formaciones de seromas entre otros. (4)

Se realizó un estudio con universo de 89 pacientes sometidas a histerectomía en el HMIMJ durante el año 2013. De las 89 histerectomías realizadas, el 82% correspondió a la vía abdominal y 18% a la vaginal, la edad promedio de las pacientes fue de 46.6 años, la patología más frecuente para la vía abdominal fueron los miomas con 93% y el prolapso genital con 94% para la vía vaginal, no se registraron complicaciones o decesos y el tiempo de estada fue de 3.10 días para la vía abdominal y de 2.21 para la vía vaginal. De tal manera que se llegó a la conclusión de que el tipo de abordaje quirúrgico más realizado fue el abdominal por los miomas y la vía vaginal para los prolapso genitales, sin observarse ninguna complicación lo que hace difícil determinar el más inocuo sin embargo basado en la literatura, duración del procedimiento y días de estada la vía vaginal ofrece cierta ventaja. (5)

Actualmente la histerectomía es una de las cirugías que los ginecólogos optan por realizar cuando se encuentran patologías como miomas, tumores benignos, prolapsos genitales entre otros. Dependiendo la patología existen ciertos tipos de histerectomía que se deberán tomar en cuenta para poder realizarla.

Según la BSR de la OMS, la menorragia se observa en mujeres de edad reproductiva, estas menorragias muchas de las veces se encuentran asociadas a presencias de miomas y por los síntomas que estas presentan la mejor opción la mayoría de veces resulta ser operados, tomando en cuenta la opinión de la paciente siempre. (22)

La mayoría de mujeres acude a este hospital hoy en día por sangrados abundantes, con diagnósticos ecográficos precisos que permiten al médico conocer la patología la cual afecta a cada una de ellas. El saber principalmente las causas las cuales llevan a esta intervención quirúrgica a realizarse fundamentan la realización de esta investigación.

En el Sistema Hospitalario Docente de la Universidad de Guayaquil, no existe información estadística sobre este tema y que permita identificar las principales causas y complicaciones de la misma, es por eso que ha sido necesario plantear esta propuesta de investigación que ayude a documentar todos los datos necesarios con la misma.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La histerectomía es algo que hoy en día se realiza con mayor continuidad en nuestro Hospital, cada médico escoge la mejor vía de abordaje para este procedimiento.

Se realiza el presente trabajo de investigación como muestra y como recompensa en forma recíproca a la universidad en la que estudié, “Universidad de Guayaquil” escuela de medicina, por el conocimiento y años de estudio que me otorgó. Para hoy en día poder poner mis conocimientos adquiridos en práctica.

El Sistema Hospitalario Docente de la Universidad de Guayaquil, nos ha abierto sus puertas para poder seguir formándonos como futuros médicos de la Patria.

Este trabajo de estudio es muy importante ya que va a servir para poder conocer datos con precisión ya que en nuestro medio no existe una guía de causas y complicaciones

que lleven a una histerectomía. Es importante saber también si luego de la cirugía las pacientes han llegado a presentar alguna complicación postoperatoria y como ha sido tratada esta.

De esta manera contaríamos con una estadística como respaldo la que nos va a permitir saber con exactitud las patologías más frecuentes por las cuales las mujeres acuden con frecuencia donde el ginecólogo, para llevar a cabo una histerectomía.

Muy aparte que todo esto es apreciable porque vamos a analizar la cantidad de histerectomías realizadas, más las causas que lleven a esta ; realizadas en el Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil y de esta manera poder también reflejar la mejor elección de intervención que no conlleve a ocasionar complicaciones en las pacientes, y que en este caso sea la más satisfactoria y de mejor elección para el médico.

En el Hospital Universitario se puede notar un suceso importante de esta intervención quirúrgica que va de la mano con la patología que la ocasiona que quizás con el pasar del tiempo tenga una mayor incidencia o que pueda reducirse, pero no hay la estadística precisa como respaldo de esto.

Por tanto es de mi absoluto interés lograr reportar datos precisos acerca de lo ya explicado.

1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Naturaleza: Estudio básico de Observación Indirecta, retrospectivo, de corte transversal y descriptivo.

Campo: Salud Pública

Àrea: Ginecología y Obstetricia

Aspecto: Histerectomía

Tema de Investigación: Histerectomía: causas y complicaciones en mujeres de 45 a 60 años de edad en el Hospital Universitario de Guayaquil, periodo 2013 - 2014

Lugar: Sistema Hospitalario Docente de la Universidad de Guayaquil

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. ¿Cuáles son los antecedentes patológicos que más destacan en las pacientes previas a una histerectomía.
2. ¿Cuál es el diagnóstico clínico que prevalece para una histerectomía?
3. ¿Cuáles son las principales causas que llevan a una histerectomía?
4. ¿Cuál es el tipo de abordaje comúnmente más utilizado en la histerectomía?
5. ¿Cuáles son las complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas comúnmente asociadas a la histerectomía?
6. ¿Cuál es el tiempo estimado de hospitalización posterior a una histerectomía?

1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS:

OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas de Histerectomía en mujeres de 45 a 60 años de edad y las posibles complicaciones de la misma, en el Hospital Universitario de Guayaquil periodo 2014 por observación indirecta mediante el estudio de historias clínicas proporcionadas por el mismo Hospital para de esta manera aportar con datos estadísticos a este establecimiento de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los antecedentes patológicos que mas destacan en las pacientes previas a la cirugía
- Establecer el diagnóstico clínico que prevalece para una histerectomía?
- Determinar las principales causas que llevan a una histerectomía
- Identificar cual es el tipo de abordaje comúnmente más utilizado en la histerectomía
- Conocer las complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas comúnmente asociadas a la histerectomía
- Examinar cual es el tiempo estimado de hospitalización posterior a una histerectomía?

CAPITULO II

2. MARCO TEÒRICO

2.1 ANTECEDENTES CIENTÌFICOS

En Cuba Se realizó un estudio descriptivo con dos momentos observacionales: retrospectivo y prospectivo, de pacientes con enfermedades ginecológicas con criterio para histerectomía laparoscópica. Fueron recogidos, procesados y analizados los datos relacionados con la intervención quirúrgica, el postoperatorio inmediato y las complicaciones presentadas. (14)

La edad promedio fue de 48,7 años y el fibroma uterino fue la indicación quirúrgica más frecuente (80 %). Los promedios de tiempo quirúrgico y sangrado intraoperatorio fueron de 124,3 minutos y 195,6 mililitros respectivamente. Ocurrieron accidentes intraoperatorios en el 6,9 % de los casos y ocho pacientes requirieron conversión, resultando un índice de 7,3 %. (14)

La histerectomía es una intervención quirúrgica que hoy en día ha ido evolucionando poco , desde las diferentes técnicas a emplearse. Desde la menos causante de complicaciones hasta la mas complicada, siempre todo dependerà del cirujano cual desee utilizar y cual sea mejor conveniente para cada paciente.

En México se reporta una incidencia de histerectomía obstétrica de 0.5 al 0.9%.(1) En los Estados Unidos de América la incidencia de la histerectomía obstétrica es de 0.4 a 2.28 por 1000 nacimientos, reportado en un estudio en el 2012. Aunque la incidencia es baja, la morbilidad y mortalidad asociada con esta cirugía puede ser alta. (13)

En un estudio realizado en el 2008 se determinó la incidencia de histerectomía obstétrica durante 15 años en un 0.07% con rango de 0.02 a 0.16%. Se ha observado en Venezuela que en los últimos 33 años la incidencia ha aumentado al triple. En 1984 fue del 0.05%, en 1996 de 0.10% y en 2008 de 0.16%. (13)

Se debe considerar que estos países abarcan un cantidad considerable a lo que concierne a histerectomias obstétricas.

En Ecuador en la Ciudad de Cuenca en el año 2014 en la Fundación Pablo Jaramillo Crespo se realizó un estudio en el cual se analizaron 220 casos , lo que da una frecuencia de 44 casos por año, con una correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de 7.2 % de los casos. Siendo la miomatosis uterina el principal diagnóstico para que se haya realizado la histerectomía lo que corresponde a un 65 % y en el diagnóstico anatomopatológico un 63.6 % . La media de edad fue de 45 años. El estado económico intermedio fue el más frecuente. La complicación más frecuente fue la Neumonía 1.8 % , no habiendo fallecidas. (12)

Es bueno de antemano que en otras facultades de Medicina en nuestro país se realicen estudios prospectivos para ayudar a conocer de esta manera datos que son útiles para hacer una comparación del tipo de histerectomía que comúnmente se realiza y las causas más comunes que estas aquejan para ser operadas y sus posibles complicaciones.

2.2 BASES TEÓRICOS CIENTÍFICAS

2.2.1 DEFINICION

La histerectomía es la extracción quirúrgica del útero. Es el segundo tipo de cirugía mayor más común en las mujeres en edad de procrear. Las histerectomías se realizan por lo general para tratar muchas enfermedades que afectan al útero., que comúnmente estas pueden tener lesiones tipos benignas en su gran mayoría. (7)

2.2.2 CAUSAS QUE LLEVEN A UNA HISTERECTOMIA

En la actualidad existen algunas causas que pueden llevar a una histerectomía, muy relativamente lejano de todo esto el médico es el único encargado de evaluar los síntomas que aqueja su paciente y decidir realmente si puede estar preparada o no para

una histerectomía, basado también que esta puede conllevar a complicaciones postoperatorias que se podrían ocasionar y factores emocionales, psicológicos que juegan un papel muy importante en esta.

Detallaré a continuación alguna de las causas frecuentes que conducen a una histerectomía.

Indicaciones de una histerectomía. (19)

Enfermedades Benignas	Enfermedades Malignas
Sangrado anormal	Neoplasia Cervical intraepitelial
Endometriosis	Cancer cervical invasor
Prolapso genital	Hiperplasia endometrial atípica
Enfermedad pelviana	Cancer de endometrio
Dolor abdominal	Cancer de ovario

2.2.2.1 LEIOMIOMAS UTERINOS

Son conocidos como fibromas que se pueden localizar en el endometrio ,estan compuestos por colàgeno, fibronectinas 8 es decir matriz extracelular) . Estos leiomiomas pueden estar presentes por mucho tiempo y son asintomáticos, en la edad de 30 a 40 años por exàmen rutinario se los puede llegar a descubrir. Despues de la menopausia se considera que estos pueden reducir su tamaño en ausencia de terapia de reemplazo de estrógenos, se pueden encontrar de 4 a 5 miomas en el utero. El riesgo de desarrollar leiomiomas es también más alto en mujeres que son pesadas para su altura y es más bajo en mujeres que son fumadores y en mujeres que han dado a luz. (8)

Existenuna clasificaciòn breve de miomas y se clasifican por su localizaciòn en el útero. Los leiomiomas **subserosos** están situados debajo de la serosa uterina .Los leiomiomas **intramurales** se encuentran predominantemente dentro del grosor del miometrio Los leiomiomas **submucosos** están situados debajo de la mucosa uterina (endometrio) (8)

Un útero con dimensiones grandes y demasiada cantidad de fibromas se opta mejor por operar la mayoría de las veces, para de esta manera evitar complicaciones futuras.

2.2.2.2 PROLAPSO GENITAL

Se presenta cuando la matriz (útero) cae y ejerce presión en el área vaginal.

El descenso del cuerpo y el cuello uterino al conducto vaginal que puede estar acompañado o no con sintomatología como: incontinencia urinaria, dolor en región pélvica. Este prolapso se va presentar como irritación o ulceración del tejido exteriorizado. El prolapso genital es indicación de casi 15% de las histerectomías..(5)

2.2.2.3 HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Esta se define como una proliferación de glándulas, de forma y tamaño irregular, con un incremento en la relación glándula/estroma si la comparamos con el endometrio proliferativo normal. Este proceso suele ser difuso, pero no siempre afecta a toda la mucosa. Se relaciona por lo general como una lesión estrógeno-dependiente. El síntoma principal que suele aparecer en esta hiperplasia es la hemorragia uterina anormal (HUA), aunque puede cursar de manera asintomática. Dicho signo es causa frecuente de consultas ginecológicas (20%).(6)

Por lo general esta suele presentarse en mujeres en las postmenopausa, en ciclos anovulatorios. (6)

2.2.2.4 ENDOMETRIOSIS

La endometriosis es la segunda razón principal para la realización de histerectomías. Se considera una endometriosis cuando el endometrio que es la capa interna que recubre al útero comienza a crecer de manera desordenada en órganos adyacentes y fuera del útero, causando períodos menstruales dolorosos, sangrado vaginal anormal y algunas

veces pérdida de la fertilidad. En ocasiones pueden funcionar el tratamiento con hormonas y medicinas que reducen sus niveles de estrógeno. (9)

2.2.2.5 TRATAMIENTO PARA CANCER

El cáncer endometrial (cáncer del revestimiento del útero), el sarcoma uterino, el cáncer cervical (cáncer del cuello del útero) y el cáncer de los ovarios o de las trompas de Falopio requieren a menudo de una histerectomía. También pueden usarse otras clases de tratamiento como la radiación o terapia con hormonas dependiendo del tipo y extensión del cáncer. (9)

2.2.3 CRITERIOS CLÍNICOS PARA SELECCIONAR LA VÍA DE ACCESO

Existe una gran variedad de criterios clínicos que son tomados en cuenta para poder escoger una vía de acceso que sea mas factible para nuestro paciente.

La elección de la vía en cirugía ginecológica constituye un excelente objeto de controversia, debate en cuyo marco se exponen y defienden puntos de vista distintos y opuestos. Existen diferentes factores que se analizan a la hora de escoger la vía como se mencionan a continuación , sin embargo, estos pueden ser todos relativos y no exclusivos. Aparentemente se considera que si no existen contraindicaciones para la vía, el volumen uterino no es una limitante siempre y cuando no se trate de un útero excesivamente grande; compara la histerectomía vaginal en útero no prolapsado con la prueba de parto en el parto vaginal, dando a entender que se podría empezar por via vaginal y si algo no se puede avanzar se aplicaría la via abdominal (16)

1. Condiciones anatómicas:

- Vagina estrecha (menos de 2 traveses de dedos)
- Falta de descenso uterino
- Diámetro bituberosidad menor de 9 cm
- Intervenciones quirúrgicas previas sobre el cuello o la vagina

2. Fijación del útero:

- Endometriosis
- Presencia de masas anexiales que no puedan ser removidas por la vagina
- Adherencias
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica crónica

3. Tamaño y forma del útero:

- Útero en pera invertida.
- Miomas enclavados en la pelvis.
- Desproporción entre el diámetro transversal y el ancho de la pelvis de la paciente.

4. Necesidad de procedimientos asociados:

- Presencia de otras enfermedades quirúrgicas susceptibles de ser resueltas en la misma operación.
- Dolor pélvico crónico.

5. Obesidad.

6. Indicaciones oncológicas.

7. Experiencia del equipo quirúrgico (16)

2.2.4 ELECCIÓN DE ABORDAJE EN LA HISTERECTOMIA

La manera en como se va a realizar la histerectomía depende de muchos factores, en varias ocasiones ya listos en área de quirófano el médico decide realmente cual abordaje va a ser el mas beneficioso y el de menos riesgo para la paciente. Existen varios tipos de histerectomía entre ellos tenemos:

- Una **histerectomía completa** o total extirpa el cuello uterino así como el útero. Por lo general esta suele ser el tipo más común de histerectomía que suele realizarse.
- Una **histerectomía parcial** o subtotal, extrae la parte superior del útero y deja el cuello uterino en su lugar.
- En una **histerectomía radical** se extrae el útero, el cuello uterino, la parte superior de la vagina y sus tejidos de apoyo. Por lo general estos procesos se realizan en algunos casos de cáncer (9)

2.2.4.1 HISTERECTOMIA VAGINAL

En este tipo de histerectomía vaginal el útero se extrae a través de la vagina. Con este tipo de operación no se tendrá ningún tipo de incisión en el abdomen. Se podría decir inclusive que con esta hay un menor riesgo de complicaciones y los días de hospitalización van a reducir notablemente. Pero no todas las mujeres pueden tener beneficios para poder realizarlo ya que si presentan adhesiones de cirugías previas o el tamaño de su útero es muy grande no va a poderse llevar a cabo este abordaje. (7)

Podemos considerar que un paciente tiene acceso vaginal adecuado mediante la evaluación de 3 componentes clave: ángulo del arco púbico, la amplitud del ápice vaginal, y el descenso uterino. (15)

Un arco púbico que a la visión es ancho o que sea mayor de 90° va a permitir un acceso más fácil al útero y la colocación de los instrumentos, facilitando el enfoque vaginal. De esta manera, este se convertirá en el principal detalle a considerar para la intervención. (15)

La amplitud del ápice vaginal se procede a la colocación de 2 dedos en el fornix posterior y la apertura de ellos lateralmente. Si el vértice de esta es mayor de 3 cm de dm se considera una buena amplitud (15)

Descenso uterino es el componente final del acceso vaginal y se puede evaluar pidiendo al paciente para llevar a cabo una maniobra de Valsalva y observando el movimiento del

útero. Lo vamos a medir a nivel de las espinas iliacas si este es menos a 1cm se considera adecuado para el procedimiento. (15)

2.2.4.2 HISTERECTOMIA ABDOMINAL

Esta técnica fue publicada por primera vez 1929 por Edward H. Richardson . En esta se colocará al paciente en decubito dorsal previa antisepsia, se le realizará un corte a nivel abdominal donde el cirujano comenzará la exploración quirúrgica detenidamente, hasta realizar el proceso del cual ya tenga definido. (19)

Así pues, la histerectomía abdominal requiere más días de ingreso tras la operación, sus costos son mayores y la recuperación es más lenta . Por lo general se debe tener mucho en cuenta las diversas complicaciones intraoperatorias y postoperatorias que estas puedan abarcar. (10)

2.2.4.3 HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Se usa un laparoscopio para guiar el procedimiento. Este instrumento permite ver los órganos pélvicos por medio de una pantalla. El laparoscopio es un instrumento delgado que se introduce en la cavidad abdominal a través de una pequeña incisión en el ombligo.

La duración de su recuperación depende del tipo de histerectomía. La recuperación puede tomar de dos a seis semanas. Los tiempos de recuperación promedio son:

- Histerectomía abdominal: 4 a 6 semanas.
- Histerectomía vaginal: 3 a 4 semanas.
- Histerectomía asistida por robot: 2 a 4 semanas(20)

2.2.5 COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA

En la histerectomía se presentan algunas complicaciones de las cuales detallaremos algunas a continuación; que están relacionadas con los distintos abordajes de esta intervención quirúrgica tanto como para: abdominal, vaginal y laparoscópica. Hay que

destacar que se asocian 4 factores importantes que pueden ser desencadenantes de complicaciones: edad, obesidad, enfermedad preexistente, cancer.

2.2.5.1 HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL

2.2.5.1.1 HEMORRAGIA POST-QUIRÚRGICA

Esta puede manifestarse a las 4 – 6 horas post intervencion, la mayoría por colocacion de drenajes o hipovolemia con sintomas de mareos-hipotension (11)

2.2.5.1.1.1HEMORRAGIA PRECOZ:

Aparece entre las 8 – 10 horas , puede aparecer en vagina, tejidos blandos o pared abdominal. Si se observa hematoma de pared pequeño es normal, con los días mejorará, pero si es mas grande requerirá intervención inmediata. (11)

2.2.5.1 .1.2 HEMORRAGIA TARDÍA :

Aparecen entre el 7º y 21º días; habitualmente son hemorragias del muñón vaginal después de una histerectomía. Asociadas comunmente a : reabsorción de los hilos de sutura, necrosis de los tejidos locales, tromboflebitis séptica, tratamiento anticoagulante y ocasionalmente coito antes de la cicatrización. (11)

2.2.5.1.2 COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Hay que tener en cuenta que estas han disminuido con el tiempo, con el tiempo las operaciones con apertura de la vagina están asociadas a la contaminación con las bacterias residentes en aquella. (11)

2.2.5.1.2.1 INFECCIONES POST-OPERATORIAS PRECOCES:

Puede aparecer a las 24-48 horas , en analisis reporta que esta no se debe a infección sino mas bien tiene un origen inespecifico . Se podría pensar en infección de tejidos quirúrgicos. (11)

2.2.5.1.2.2 INFECCIONES POST-OPERATORIAS TARDIAS:

Aparecen varios días después por lo general se asocian con infecciones de herida, infección de vías urinarias, flebitis.

2.2.5.1.2.3 INFECCIONES PÉLVICAS

Pueden aparecer síntomas a las 5-10 días asociados con fiebre y dolor abdominal pélvico, al momento de la examinación puede haber líquido purulento, fetido, provocado muchas de las veces por cervicitis. (11)

2.2.5.1.2.4 INFECCIONES URINARIAS

Aparecen muy frecuentemente, leves sin alcanzar pielonefritis. Se la trata con antibiótico adecuado. (11)

2.2.5.1.2.5 SEPSIS:

Es básicamente una respuesta a un proceso infeccioso, cuando existe falla orgánica se produce un Síndrome Séptico. Se inicia un tratamiento buscando el foco infeccioso, y cuando ya realmente hay la falla orgánica debe ser ingresada a unidad de cuidados intensivos.

2.2.5.1.3 COMPLICACIONES DIGESTIVAS

2.2.5.1.3.1 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Aquí las adherencias son la causa más frecuente a nivel del intestino grueso (30%) como cuando se localiza a nivel del intestino delgado (60%). La obstrucción por estrangulamiento de un asa producida por adherencias intraperitoneales ocurre entre el 5°-7° día. La paciente en este caso puede referir dolor abdominal intenso tipo cólico, náuseas, ruidos hidroaéreos aumentados. (11)

2.2.5.1.4 DEHISCENCIAS Y EVISCERACIÓN

Esto se encuentra en relación con la separación de bordes de incisiones, habiendo drenajes serosos por la herida, se valida que estas pueden provocarse por una cantidad excesiva de suturas juntas o tensionadas. El tratamiento debe ser lo más pronto posible con el cierre de la incisión y medicación. (11)

2.2.5.1.5 COMPLICACIONES URINARIAS

Van a existir tanto lesiones vesicales como ureterales , en el caso de daño en la intervenció n con la ayuda de indigocarmin por medio de la sonda confirmamos si existe o no, si existiese hay que hacer reconstrucción inmediata con suturas continuas .Mientras que en una lesión ureteral Para prevenir su lesión es fundamental conocer bien la anatomía y los lugares en que es más frecuente la misma, en general a nivel del ligamento infundíbulo-pélvico, a nivel de los ligamentos útero-sacros y a nivel de la arteria uterina. Nos ayudamos igualmente con indigocarmin si existiese hay que corregir enseguida (11)

2.2.5.2 HISTERECTOMÍA LAPAROSCÒPICA

Hasta en las manos mas expertas pueden ocurrir complicaciones llamativas aquí, desde las lesiones a visceras al momento de la introducción de los trocares. Tambien es llamativo que aquí se presente una insuflación por la colocación de CO2 la distensión gaseosa del espacio subcutáneo,preperitoneal o a nivel de epiplon,lo que provoca un enfisema que dificulta la colocación de los trócares y la visión posterior (11)

2.2.5.2.1 LESIONES VASCULARES

Por lo general al momento de introducción de la aguja de Veress por medio del ombligo refleja el daño vascular mas frecuente, por existencia tambien de adherencias. La insuflación directa de CO2 al torrente sanguíneo puede terminar con una grave y fulminante embolia gaseosa (11)

2.2.5.2.2 LESION VESICAL

Si estas lesiones pasan inadvertidas con el tiempo provocaran lesiones mas graves aun. En el caso que se provocara se debe realizar sutura inmediata y colocacion de sonda. Esta a su vez se mantendrá en observación para sintomas posteriores como anuria, oliguria, hematuria. (11)

2.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN O HIPÓTESIS

La leiomiomatosis es una de las causas principales por las cuales se utiliza el metodoquirurgico de la histerectomia por abordajeabdominal, el que a su vez permite una mejor exploraciòn para el cirujano , no presenta complicaciones relevantes aunque sus dias de estadìa postoperatorias sean mayores

2.4 VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Causas y complicaciones

VARIABLES INDEPENDIENTE: Histerectomìa

VARIABLES INTERVINIENTES:

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Nivel de estudio

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio a realizar se basa respecto “a las causas y complicaciones que se pueden producir en una histerectomía, en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el periodo 2014”, este procedimiento se efectuará como una disertación planteada para conocer y tener presente una buena estadística sobre lo ya citado.

3.1 CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO

Este plantea a realizarse en un área de trabajo de salud, en el área de Ginecología del Hospital Universitario de Guayaquil que se encuentra ubicado en el km 23 ½ vía perimetral, en la ciudad de Guayaquil, sector Costa.

La ciudad de Guayaquil se encuentra en la región litoral o costa de Ecuador, cercana al Océano Pacífico por medio del Golfo de Guayaquil. Se localiza en la margen derecho del río Guayas, bordea al oeste con el Estero Salado y los cerros Azul y Blanco. Por el sur con el estuario de la Puntilla de Guayaquil que llega hasta la isla Puná. (18)

El complejo hospitalario tiene una extensión de 12 hectáreas y consta de 12 edificaciones. Dispone de 108 camas y servicios de consulta externa, cuidados intensivos de adultos y pediátricos, neonatología, 5 quirófanos, laparoscopia, laboratorio clínico, imagenología, tomógrafo, ecografía, densitometría ósea, mamografía, anatomía patológica y optometría. Actualmente se encuentra en proceso de repotenciación, ya que el Hospital Universitario pasó a ser parte del Ministerio de Salud el 17 de Mayo del 2013 y cuenta con docencia e investigación de la Universidad de Guayaquil (17)

Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e

investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en Red, en el marco de la justicia y equidad social. (17)

Visión

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente. (17)

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

Todos los pacientes que se sometieron a la intervención quirúrgica de Histerectomía con previa atención en área de hospitalización en el periodo 2014 de Gineco-Obstetricia del Hospital Universitario de Guayaquil.

MUESTRA

De tipo probabilística no cuantitativa, que tomé como mi universo general al mismo tiempo incluyó 110 pacientes con diagnóstico de Histerectomía que fueron atendidas y les dieron tratamiento en el Servicio De Gineco – Obstetricia del Hospital Universitario de Guayaquil.

3.3 VIABILIDAD

Este trabajo de titulación es un estudio viable porque tiene la aprobación del departamento de Docencia e Investigación del Sistema Hospitalario Docente de la Universidad de Guayaquil, que permitió el acceso a las historias clínicas. Y además existen las correspondientes autorizaciones para la ejecución del mismo. Además que laboré como Interna de Medicina.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente que se le haya realizado histerectomìa, por algun tipo de patologìa.
- IntervenciònQuirùrgica realizada en el Hospital Universitario de Guayaquil
- Pacientes que hayan sido operadas entre los 45 a 60 años de edad.

3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Seràn excluidas todas las historias clinicas que no cumplan con los criterios para este trabajo.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

AREA	VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADOR	VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADOR	VARIABLES A CONTROLAR	INDICADOR
D.T.O. DE ESTADÍSTICA	HISTERECTOMIA	MIOMATOSIS	CAUSAS	HISTORIA CLÍNICA	EDAD	AÑOS
		PROLAPSO GENITAL		HISTOPATOLOGIA	PROCEDENCIA	NIVEL ECONOMICO
		HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	COMPLICACIONES	HISTORIA CLÍNICA	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	ENFERMEDADES QUE NO ALTEREN EL ESTUDIO
		ENDOMETRIOSIS			EXPLICACIÓN DEL PROCESO QUIRURGICO	TRABAJO SOCIAL MEDICO
		MASA TUMORAL			PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	TIPO DE CIRUGIA

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos utilizados son las historias clínicas de los pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia, donde se describen los antecedentes clínicos, antecedentes personales, diagnóstico definitivo, evolución y tipo de histerectomía realizada en el Hospital Universitario de Guayaquil. Se elaboró una hoja de recolección de datos, la cual se les realizó a mujeres que comprendían entre las edades de 45 a 60 años de edad en el momento de recolección de datos dentro de la unidad hospitalaria. Los equipos médicos a utilizar por parte del investigador fueron datos ecográficos.

3.7 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio retrospectivo porque analiza resultados en el presente, pero con datos del pasado; descriptivo porque se centra en recolectar datos que describan la situación tal y como es; observacional porque el investigador no interviene, solo se limita a observar y describir la realidad; y estadístico de corte transversal porque se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual que abarca todo el periodo 2014. Se analizó a todas las mujeres entre las edades de 45 a 60 años de edad que ingresaron por el área de hospitalización de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Guayaquil.

3.8 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El presente estudio se clasifica como investigación sin riesgo, se llevó a cabo mediante la revisión de historias clínicas de la base de datos de historias clínicas virtuales del hospital.

Una vez aprobado el tema por el departamento de internado de la Universidad de Guayaquil, se procedió a solicitar la autorización a los diferentes

departamentos del Hospital Universitario. Se solicitó acceso al sistema computacional y al departamento de Estadística, para poder revisar las historias clínicas, informes ecográficos e informes postoperatorios de cada uno de las pacientes. La presente investigación no represento riesgo alguno para los participantes, los datos obtenidos se guardaran en anonimato y fueron solo utilizados con fines investigativos, ya que se contemplaron los siguientes principios éticos:

- Consentimiento informado: se anexó el consentimiento informado escrito a cada instrumento, el cual contempla los objetivos de la investigación.
- No maleficencia: no se realizó ningún procedimiento que pueda hacerles daño a los participantes en este estudio.
- Confidencialidad: en el estudio se mantuvo la privacidad y el anonimato de los pacientes.

3.9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUNIO	RESPONSABLE
ELABORACIÓN DE HOJA RECOLECCIÓN DATOS		■	■											INVESTIGADOR
ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO			■	■	■									INVESTIGADOR
IDENTIFICACIÓN DE REQUERIMIENTOS				■	■	■								INVESTIGADOR
ELABORACIÓN DE MARCO TEÓRICO REFERENCIAL				■	■	■								INVESTIGADOR
RECOLECCIÓN DE DATOS ESTADÍSTICOS				■	■	■	■	■						INVESTIGADOR
ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS						■	■	■	■					INVESTIGADOR
REVISIÓN DE BORRADOR DE ANTEPROYECTO								■						TUTOR
CORRECCIONES								■	■					INVESTIGADOR
REVISIÓN DE ANTEPROYECTO								■	■	■				TUTOR
BORRADOR DE TESIS										■	■			INVESTIGADOR
REDACCIÓN TESIS									■	■	■	■		INVESTIGADOR
PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN													■	INVESTIGADOR

3.10 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

3.10.1 RECURSOS HUMANOS:

- Investigador : Andrea Lemache Pontón
- Tutor de tesis: Dr. Felipe Roberto Robles

3.10.2 RECURSOS FÍSICOS:

- Datos Ecográficos
- Libros de ginecología-obstetricia, bibliografía de internet
- Laptop, papel bond, bolígrafos
- Impresora

3.11 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La información requerida se obtuvo mediante del departamento de archivo clínico y estadística del Hospital Universitario de Guayaquil que proporcionó el número de historia clínica de todos los pacientes que ingresaron con diagnóstico de Histerectomía abdominal histerectomía, histerectomía vaginal, histerectomía laparoscópica. Se recabó la información necesaria en una hoja de recolección de datos (ver anexos). Con la información recabada se realizó una base de datos de los pacientes en una hoja de cálculo de Microsoft Excel.

3.12 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se realizó en hojas de cálculo del programa de Microsoft Excel, donde todos los datos se expresaron como frecuencia absoluta y porcentaje. Posteriormente la información fue analizada en el Microsoft excel para la confección de tablas y gráficos.

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

La investigación ha sido planteada con el objetivo de realizar la determinación por observación indirecta de Causas y Complicaciones de Histerectomía en pacientes del Hospital Universitario de Guayaquil entre 45 a 60 años de edad durante el periodo 2014, a través de la información obtenida de las historias clínicas.

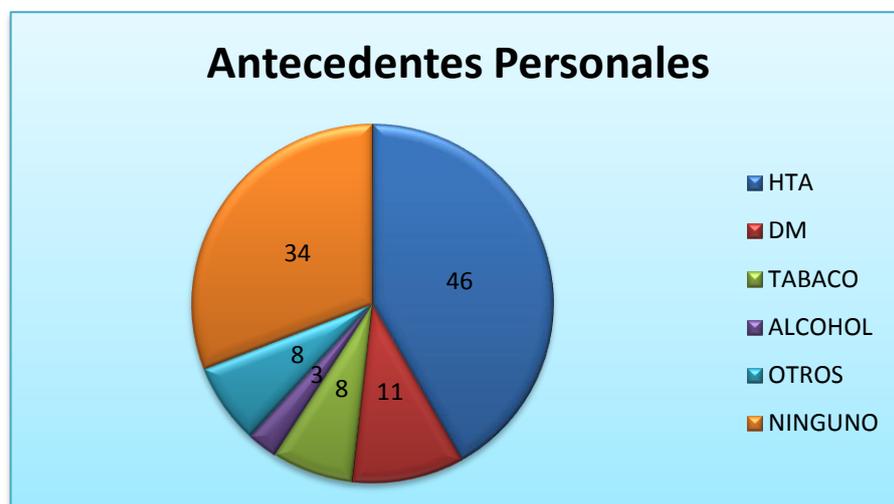
Obtenida la información se procedió al recuento, clasificación, tabulación y representación gráfica, proceso que permitió conocer los resultados de la investigación de campo. La información recopilada hemos resumido en tablas y gráficos. En función de los objetivos y de la hipótesis se procede al análisis e interpretación de resultados. En la interpretación de resultados se pretende encontrar y relacionar la información recopilada con la teoría.

Tabla 1. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Antecedentes Personales

Antecedentes	Frecuencia	Porcentaje
HTA	46	41,8
DM	11	10,0
TABACO	8	7,3
ALCOHOL	3	2,7
OTROS	8	7,3
NINGUNO	34	30,9
TOTAL	110	100,0

Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea Liseth Lemache Pontón

Gráfico 1. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Antecedentes Personales



Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea Liseth Lemache Pontón

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (110 pacientes) el 41.8 % (46) corresponden a Antecedente Principal: HTA

Tabla 2. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Diagnóstico Clínico.

DX CLÍNICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DOLOR ABDOM.	6	5,5
HUA	55	50,0
DISPAREUNIA	13	11,8
INCON. URINAR	29	26,4
HIPERMENORREA	2	1,8
ASINTOMÁTICA	5	4,5
TOTAL	110	100,0

Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea Liseth Lemache Pontón

Gráfico 2. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Diagnóstico Clínico.



Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea Liseth Lemache Pontón

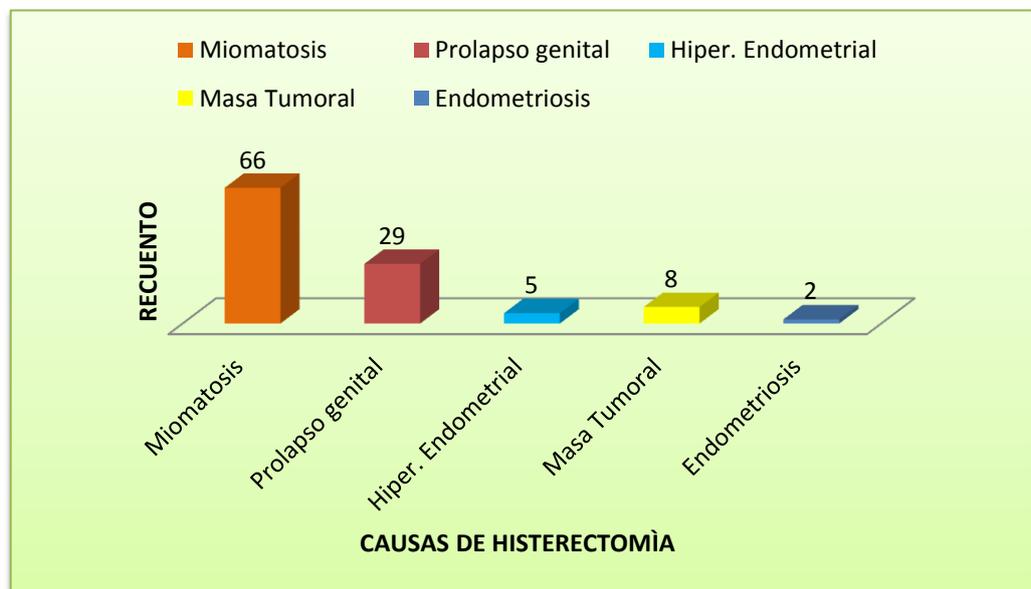
Interpretación: Del total de la muestra estudiada (110 pacientes) el 50 % (55) corresponden que el Diagnóstico clínico más frecuente fue : HUA

Tabla 3. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Causas de Histerectomía

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Miomatosis	66	60,0
Prolapso genital	29	26,4
Hiper. Endometrial	5	4,5
Masa Tumoral	8	7,3
Endometriosis	2	1,8
Total	110	100

Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontón

Gráfico 3. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Causas de Histerectomía



Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontón

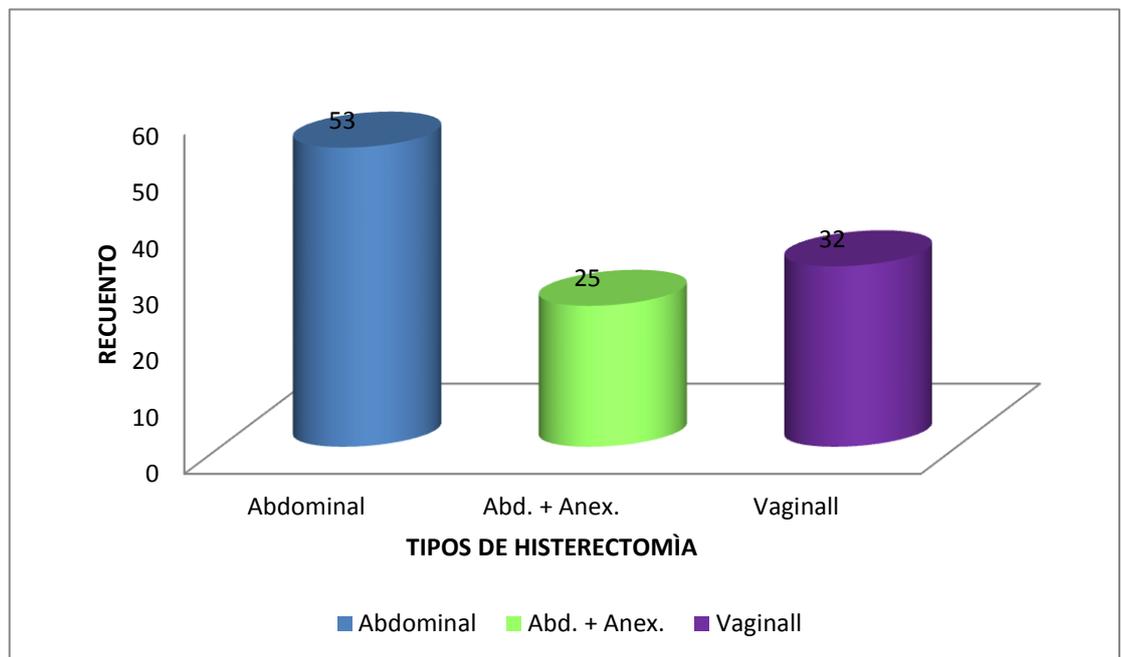
Interpretación: Del total de la muestra estudiada (110 pacientes) el 60 % (60) corresponden a Causa de Histerectomía: Miomatosis

Tabla 4. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Tipo de Histerectomía

Tipos de histrectomia	Frecuencia	Porcentaje
Abdominal	53	48,2
Abd. + Anex.	25	22,7
Vaginall	32	29,1
Total	110	100,0

Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontòn

Gráfico 4. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Tipo de Histerectomía



Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontòn

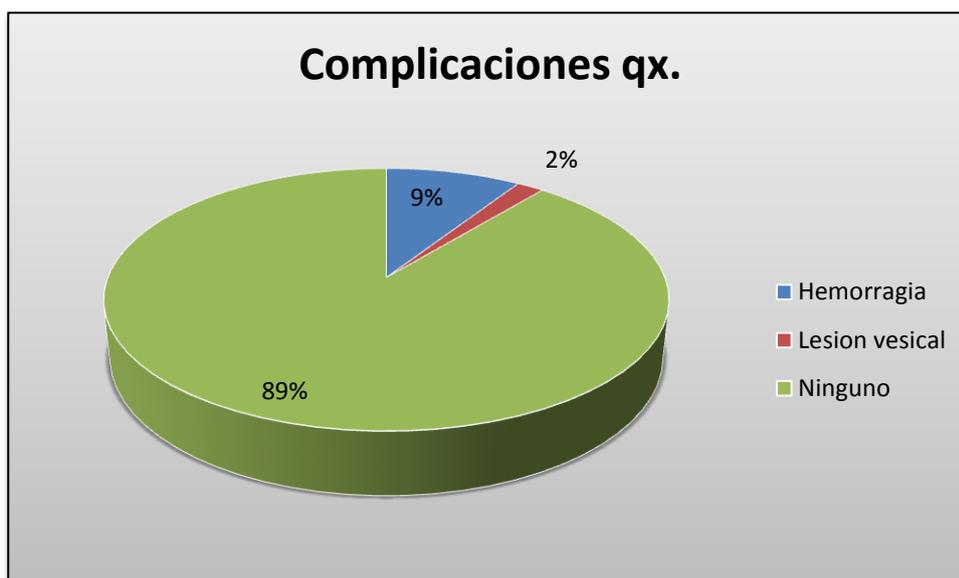
Interpretación: Del total de la muestra estudiada (110 pacientes) el 48.2 % (53) corresponden a Tipo de Histerectomía: Abdominal

Tabla 5. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Complicaciones Quirúrgicas

Complicaciones Qx:	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia	10	9,1
Lesion vesical	2	1,8
Ninguno	98	89,1
Total	110	100,0

Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea Liseth Lemache Pontón

Gráfico 5. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Complicaciones Quirúrgicas



Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea Liseth Lemache Pontón

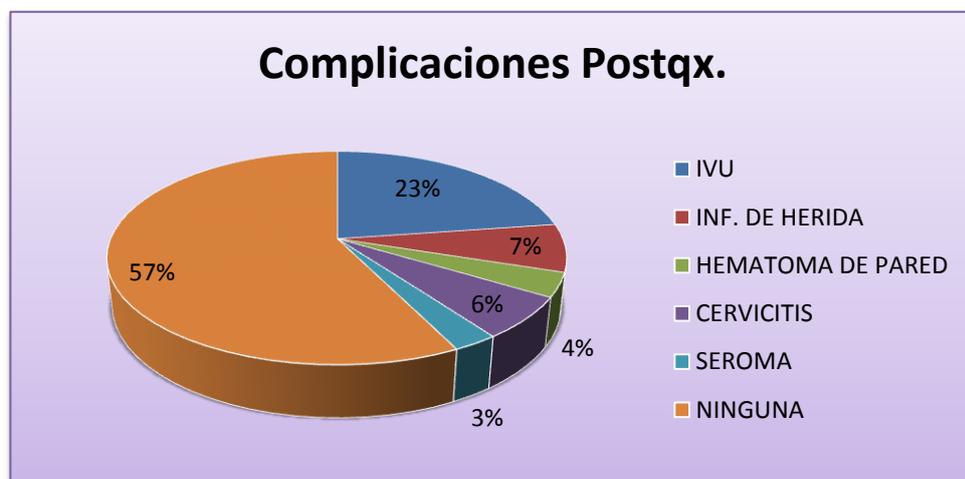
Interpretación: Del total de la muestra estudiada (110 pacientes) el 89 % (98) corresponden a la Complicación quirúrgica: Ninguna

Tabla 6. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Complicaciones Post Qx.

Complicaciones Postqx:	Frecuencia	Porcentaje
IVU	25	22,7
INF. DE HERIDA	8	7,3
HEMATOMA DE PARED	4	3,6
CERVICITIS	7	6,4
SEROMA	3	2,7
NINGUNA	63	57,3
Total	110	100,0

Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontòn

Gráfico 6. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Complicaciones Post Qx.



Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontòn

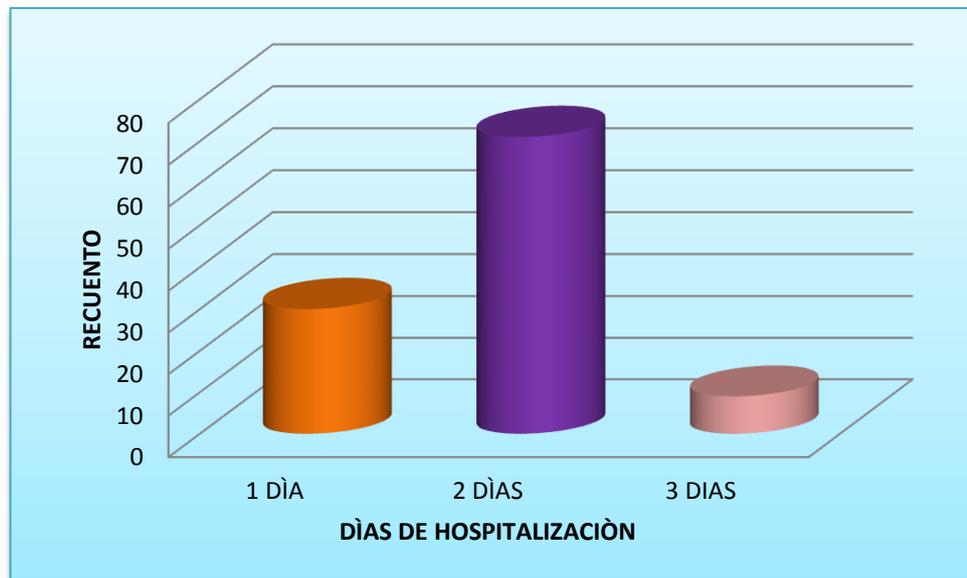
Interpretación: Del total de la muestra estudiada (110 pacientes) el 57 % (63) corresponden a la Complicación Postquirúrgica: Ninguna

Tabla 7. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Días de Hospitalización.

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 DÍA	30	27,3
2 DÍAS	71	64,5
3 DIAS	9	8,2
TOTAL	110	100,0

Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontòn

Gráfico 7. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Días de Hospitalización.



Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontòn

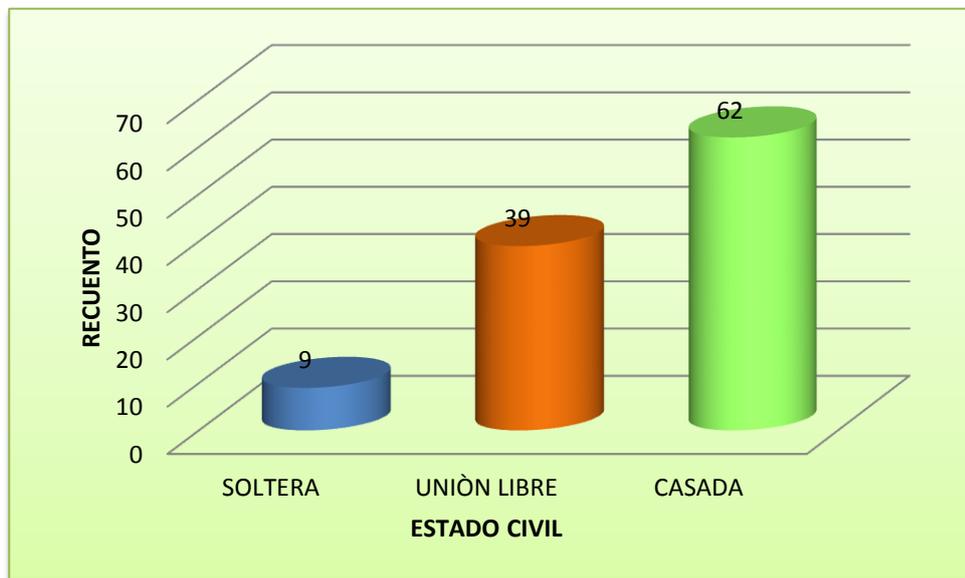
Interpretación: Del total de la muestra estudiada (110 pacientes) el 64.5 % (71) corresponden a los Días de Hospitalización: 2 días

Tabla 8. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Estado civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	9	8,2
UNIÒN LIBRE	39	35,5
CASADA	62	56,4
TOTAL	110	100,0

Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontòn

Gràfico8. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Estado Civil



Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontòn

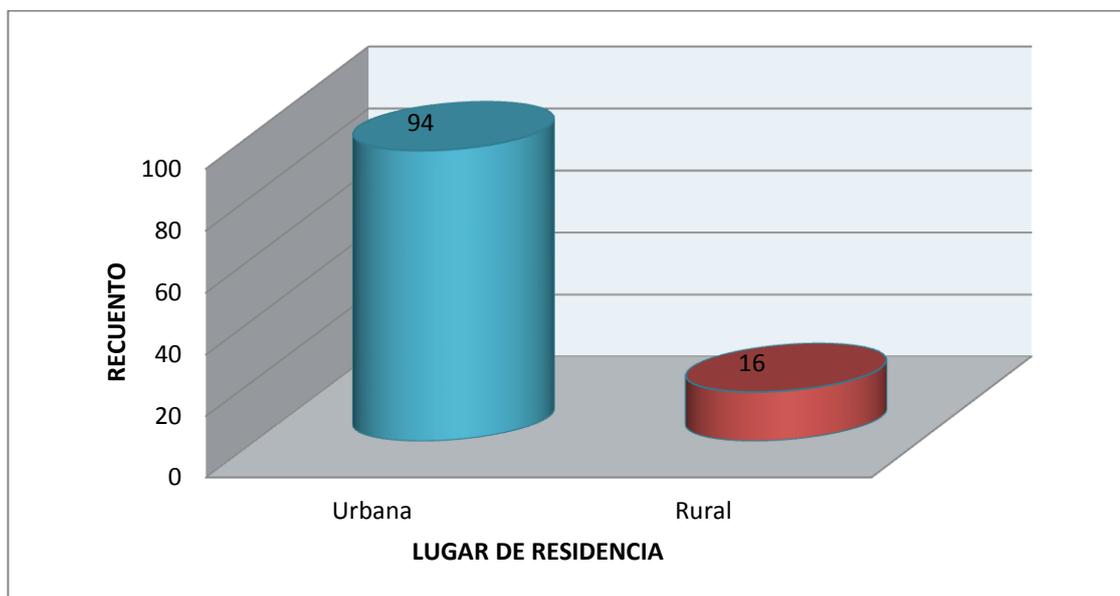
Interpretación: Del total de la muestra estudiada (110 pacientes) el 56.4 % (62) corresponden al estado Civil: Casad

Tabla 9. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Lugar de Residencia

Lugar de Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	94	85.45 %
Rural	16	14.54 %
Total	110	100%

Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontòn

Gráfico9. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Lugar de Residencia



Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontòn

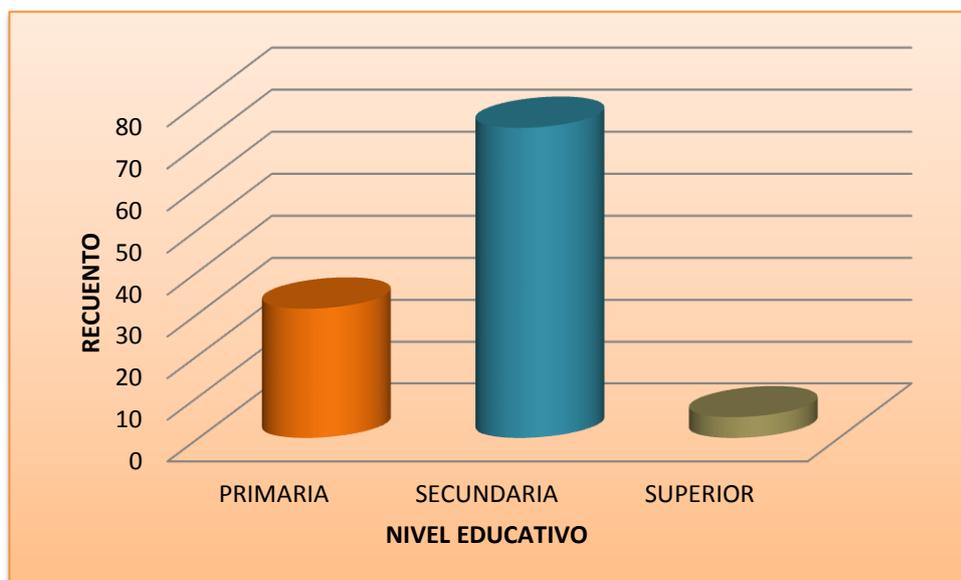
Interpretación: Del total de la muestra estudiada (110 pacientes) el 85.45 % (94) corresponden al Lugar de Residencia: Urbana

Tabla 10. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Nivel Educativo

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	31	28,2
SECUNDARIA	74	67,3
SUPERIOR	5	4,5
TOTAL	110	100,0

Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontòn

Gráfico 10. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Nivel Educativo



Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontòn

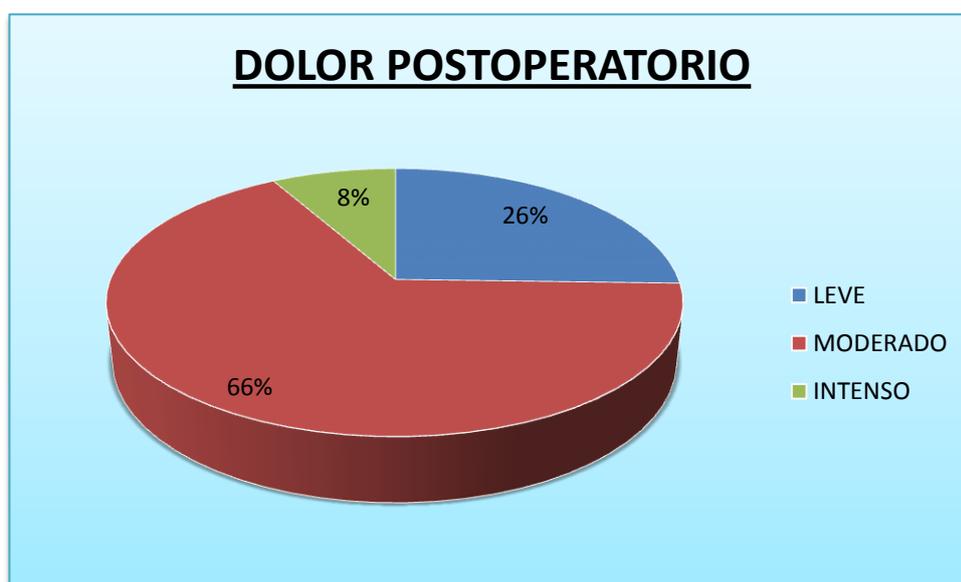
Interpretación: Del total de la muestra estudiada (110 pacientes) el 67.3 % (74) corresponden a Nivel Educativo: Secundario

Tabla 11. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Dolor Postoperatorio

DOLOR POSTOPERATORIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEVE	28	25,5
MODERADO	73	66,4
INTENSO	9	8,2
TOTAL	110	100,0

Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontón

Gráfico11. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Dolor Postoperatorio.



Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea LisethLemachePontón

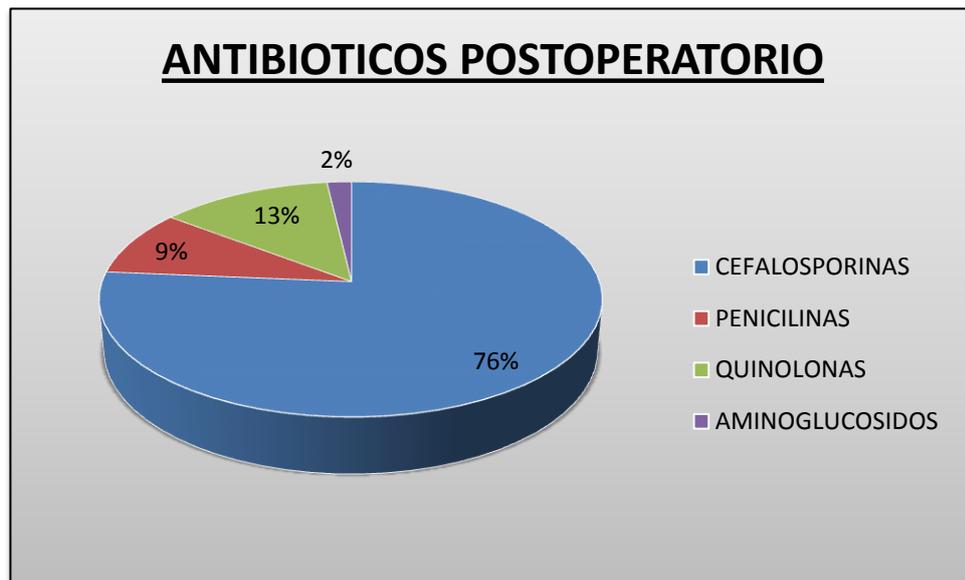
Interpretación: Del total de la muestra estudiada (110 pacientes) el 66.4 % (73) corresponden a que el Dolor Postoperatorio: Moderado

Tabla 12. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Antibióticos Postoperatorio

ANTIBIOTICOS POSTOPERATORIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CEFALOSPORINAS	84	76,4
PENICILINAS	10	9,1
QUINOLONAS	14	12,7
AMINOGLUCOSIDOS	2	1,8
TOTAL	110	100,0

Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea Liseth Lemache Pontón

Gráfico 12. Distribución de los 110 pacientes del Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil, periodo 2014 según: Dolor Postoperatorio.



Fuente: Sistema Hospitalario de Docencia de la Universidad de Guayaquil
 Autor: Andrea Liseth Lemache Pontón

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (110 pacientes) el 76.4 % (84) corresponden a que el Antibiótico Postoperatorio más utilizado fue : Cefalosporinas

4.2 DISCUSIÓN

La histerectomía hoy en día se ha convertido en uno de los procesos quirúrgicos ginecológicos mayormente realizados, quedando en 2do lugar la cesàrea. Pues es notable como con el tiempo este tipo de intervenciòn se ha ido actualizando poco a poco por el motivo de no ocasionar mayores complicaciones en la paciente y que el tiempo de hospitalizaciòn y los días de recuperaciòn sean menores.

La principal limitaciòn que encontramos en la realizaciòn de esta investigaciòn fue que los registros médicos son insuficientes por que no cuentan con toda la informaciòn necesaria para evaluar los resultados clínicos del manejo de este grupo de pacientes, sobretodo en el registro de complicaciones operatorias y postoperatorias de los pacientes.

Valentin Manriquez realizò un estudio en Chile donde se analizaron 379 histerectomías por causa benigna, el 17% (n=64) por vía abdominal y el 83% (n=315) por vía vaginal. Las principales complicaciones intraoperatorias en las histerectomías vaginales, fueron lesiones vasculares (1,2%) y vesical (0,6%). Hubo complicaciones infecciosas en el 1,2% de las pacientes (4 abscesos de la cúpula vaginal), las que disminuyeron con el uso de los antibióticos profilácticos. (4) . El tipo de abordaje que se realizò con mayor frecuencia de este estudio fue por vía abdominal 48.2% (53 pacientes) y por vía vaginal 29.1% (32 pacientes) , no se registraron abordajes por vía laparoscópica . Entre las complicaciones intraoperatorias tenemos que el (89.1%) equivale a ninguna y hemorragia (3.1%) y entre las complicaciones postoperatorias tenemos que el 57.3 % (63 pacientes) corresponde a ninguna y 22.7 % (25 pacientes) a IVU. Aunque ambos estudios no concuerdan el universo del estudio es mayor comparado con nuestro estudio por lo general el cirujano siempre elige el abordaje que le facilite la exploraciòn al momento de la intervenciòn, las complicaciones que llaman la atenciòn son las postoperatorias que cabe recalcar que la mayoría de estas se presentan cuando se rompe las medidas asépticas y antisépticas.

Pazmiño Richard realizó un estudio con un universo de 89 pacientes sometidas a histerectomía en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús durante el año 2013. De las 89 histerectomías realizadas, el 82% correspondió a la vía abdominal y 18% a la vaginal, la patología más frecuente para la vía abdominal fueron los miomas con 93% y el prolapso genital con 94% para la vía vaginal, no se registraron complicaciones o decesos y el tiempo de estancia fue de 3.10 días para la vía abdominal y de 2.21 para la vía vaginal sin observarse ninguna complicación. (5) Las patologías más frecuentes en este estudio fueron los miomas 60 % (66 pacientes) y prolapso genital 26.4 % (29 pacientes) , los días de hospitalización 64.5% corresponde a 2 días relacionado para vía abdominal y 27.3 % corresponde a 1 para vía vaginal. Lo más interesante de estos estudios es que son de Ecuador y concuerdan en cierta parte que la vía de abordaje de predominio es la abdominal , al igual que los días de hospitalización en ambos más o menos van de la mano.

Durante la realización de este trabajo hay que recalcar que se hizo un estudio detallado de cada historia clínica de las pacientes, desde el momento que fueron diagnosticadas por nuestros tratantes del Hospital hasta el momento que se les daba de alta médica. La paciente era citada para un control en 1 o 2 meses, el cual se lo hacía el médico especialista en este caso el ginecólogo para ver como había evolucionado desde el momento que fue operada.

CAPÍTULO V

4. CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación y en base a los resultados se concluye que todos los objetivos fueron capaces de ser investigados logrando los siguientes resultados

- Del total de la muestra estudiada (110) pacientes, 41.8% (46 pacientes) tenían como antecedente personal principalmente Hipertensión arterial
- Del total de la muestra estudiada (110) pacientes, el 50 % (55 pacientes) correspondían a que su diagnóstico clínico fue por Hemorragia Uterina Anormal y un 26.4 % (22 pacientes) correspondían a Incontinencia Urinaria
- Del total de la muestra estudiada (110) pacientes, el 60% (66 pacientes) tuvieron como causa principal miomatosis; siendo considerada una de las razones primordiales por la cual se realizó la histerectomía.
- Del total de la muestra estudiada (110) pacientes , 48.3 % (53 pacientes) se refleja que el tipo de histerectomía como abordaje fue por vía abdominal y el 29.1 % (32 pacientes) fue su abordaje por vía vaginal
- Del total de la muestra estudiada (110) pacientes, entre las complicaciones operatorias el 89.1% (98 pacientes) no presentaron ninguna complicación y entre las complicaciones postoperatorias el 57.3 % (63 pacientes) igualmente no presentaron ninguna complicación; llegando la conclusión de que no hubo una mayor relevancia de complicaciones en estas intervenciones quirúrgicas.
- Del total de la muestra estudiada 110 (pacientes) correspondían a que el 64.5 % (71 pacientes) se quedaban hospitalizadas 2 días y el 27.3 % (30 pacientes) 1 día de hospitalización.

- Del total de la muestra estudiada 110 (pacientes) correspondían a que el 66.4 % (73 pacientes) demostraron que el dolor postoperatorio era moderado
- Respecto a nuestra hipótesis concluimos que esta si fue afirmada en base de que los datos que se obtuvo en el hospital eran semejantes a los datos investigados en la literatura nacional e internacional.

CAPÍTULO VI

6. RECOMENDACIONES

- Registrar puntualmente procesos de riesgo y complicaciones que se puedan presentar en el estudio que se trató.
- Que exista un mejor proceso de evolución clínica de la paciente, donde conste todos los datos primordiales para de esta manera poder tener mejores resultados clínicos.
- Que exista un mejor registro de controles postoperatorio de las pacientes.
- Se recomienda además la continuidad del presente trabajo de investigación a los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

1. **Luis Carpio , Marco Antonio Garnique.** Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. [En línea] 2009. <http://www.spog.org.pe/>.
2. **Msc. Joaquin Marquez Hernandez, Dr. Alejandro Barrabi Dias , Dr. Barbaro Agustín Armas.** MEDISAN. *Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general.* [En línea] Revista Scielo, 2014. <http://scielo.sld.cu/>.
3. **Hijona Elòsegui J, Carballo García A , Presa Lorite , Artiles Morales M, Torres Martí J.** Revista TOKO - Ginecología Practica. [En línea] 2013. <http://tokoginecologia.org/>.
4. **Valentin Manriquez, Michel Naser , Mauricio Gomez.** Revista Chilena Ginecológica. [En línea] 2013. <http://www.rchg.com>.
5. **Pazmiño, Richard Gabriel.** Repositorio. [En línea] 2013. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/>.
6. **Dra. Manrique, Dr. Diaz.** Servicio de Obstetricia y Ginecología. [En línea] 2013. <http://www.hvn.es/>.
7. **Gynecologist, American College of Obstetricians and.** [En línea] 2014. <http://www.acog.org/>.
8. **Hospital, Brigham and Women's.** Centro para el estudio de los Fibromas Uterinos. [En línea] <http://www.fibroids.net/>.
9. **SALUD, GEO.** [En línea] 2013. <http://geosalud.com/>.
10. **Owen, Dr. philip.** [En línea] 2013. <http://www.netdoctor.es/>.
11. **E. Recari, LC Oroz, J Lara.** Revista de obstetricia y ginecología. [En línea] 2013. <http://scielo.isciii.es/>.
12. **Rosalía Bernal Ordoñez, Carolina Estefanía Galarza.** [En línea] 2014. <http://dspace.uazuay.edu.ec/>.
13. **Galvez, Diana Leticia.** [En línea] 2014. <http://ri.uaemex.mx/>.
14. **ponce, Raysi Sardiñas.** Revista cubana de cirugía. [En línea] 2014. <http://www.revcirugia.sld.cu/>.

15. **Kovac SR, Ameo RA.** [En línea] 2013. <http://contemporaryobgyn.modernmedicine.com/>.
16. **Rodriguez, Dr. Miguel Emilio.** [En línea] 2012. <http://www.sld.cu/>.
17. **Ministerio de Salud Pública del Ecuador.** Hospital Universitario de Guayaquil. [En línea] 3 de Apr de 2013. [Citado el: 13 de Nov de 2014.] <http://www.salud.gob.ec/tag/hospital-universitario-guayaquil/>
18. **Alcaldia de Guayaquil.** Geografía de Guayaquil. [En línea] 11 de Jan de 2012. [Citado el: 17 de Oct de 2014.] <http://www.guayaquil.gov.ec/guayaquil/la-ciudad/geografia>.
19. Servicio de obstetricia y ginecologia, histerectomia abdominal . [En línea] 2013. [http://www.hvn.es/ ..](http://www.hvn.es/)
20. **Infertilidad, Asociación de Endometriosis e.** [En línea] 2015. <http://endometriosiscolombia.blogspot.com/>.
21. **genetica, Blogspot de herencia y.** [En línea] 2013. <http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com/>.
22. Data, S. R y Bruce B. BSR, la biblioteca de salud reproductiva de la OMS , Abordajes quirurgicos de la histerectomia para para enfermedades ginecologicas benignas , 2014 , <http://apps.who.int/>

ANEXOS

ANEXO 1. BASE DE DATOS

N.-	NOMBRE	HC	EDAD	ESTADO CIVIL	LUGAR DE RESIDENCIA	LUGAR DE PROCEDENCIA
1	xxxxxxx	318134	53	CASADA	URBANA	GUAYAS
2	xxxxxxx	367760	45	CASADA	URBANA	GUAYAS
3	xxxxxxx	335469	53	CASADA	URBANA	GUAYAS
4	xxxxxxx	303954	45	CASADA	RURAL	GUAYAS
5	xxxxxxx	276438	47	CASADA	URBANA	GUAYAS
6	xxxxxxx	344586	46	CASADA	URBANA	GUAYAS
7	xxxxxxx	386262	59	SOLTERA	URBANA	GUAYAS
8	xxxxxxx	56926	55	CASADA	URBANA	GUAYAS
9	xxxxxxx	362286	56	CASADA	URBANA	GUAYAS
10	xxxxxxx	334103	57	CASADA	URBANA	GUAYAS
11	xxxxxxx	322543	60	SOLTERA	RURAL	GUAYAS
12	xxxxxxx	38162	55	CASADA	URBANA	GUAYAS
13	xxxxxxx	86079	56	CASADA	URBANA	GUAYAS
14	xxxxxxx	328799	48	SOLTERA	URBANA	GUAYAS
15	xxxxxxx	3597	50	CASADA	URBANA	GUAYAS
16	Xxxxxxxx	294560	53	CASADA	URBANA	GUAYAS
17	xxxxxxx	306321	45	CASADA	URBANA	GUAYAS
18	xxxxxxx	3749	46	CASADA	URBANA	GUAYAS
19	xxxxxxx	510555	52	CASADA	URBANA	GUAYAS
20	xxxxxxx	348662	46	CASADA	URBANA	GUAYAS
21	xxxxxxx	347311	53	CASADA	URBANA	GUAYAS
22	xxxxxxx	35789	45	SOLTERA	URBANA	GUAYAS
23	xxxxxxx	323487	50	CASADA	URBANA	GUAYAS
24	xxxxxxx	309715	52	CASADA	URBANA	GUAYAS
25	xxxxxxx	313058	45	CASADA	URBANA	GUAYAS
26	xxxxxxx	274762	57	CASADA	URBANA	GUAYAS
27	xxxxxxx	274762	45	CASADA	URBANA	GUAYAS
28	xxxxxxx	355693	54	CASADA	RURAL	GUAYAS
29	xxxxxxx	352257	53	UNION LIBRE	RURAL	GUAYAS
30	xxxxxxx	351585	54	UNION LIBRE	RURAL	GUAYAS
31	xxxxxxx	334078	46	UNION LIBRE	RURAL	GUAYAS
32	xxxxxxx	318134	49	UNION LIBRE	RURAL	GUAYAS
33	xxxxxxx	367760	45	UNION LIBRE	RURAL	GUAYAS
34	xxxxxxx	335469	53	UNION LIBRE	RURAL	GUAYAS
35	xxxxxxx	303954	51	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
36	xxxxxxx	276438	47	UNION LIBRE	RURAL	GUAYAS
37	xxxxxxx	344586	50	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
38	xxxxxxx	386262	45	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
39	xxxxxxx	311992	45	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS

40	xxxxxxx	327353	54	UNION LIBRE	RURAL	GUAYAS
41	xxxxxxx	318134	50	UNION LIBRE	RURAL	GUAYAS
42	xxxxxxx	40101	53	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
43	xxxxxxx	56926	46	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
44	xxxxxxx	334103	50	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
45	xxxxxxx	309288	49	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
46	xxxxxxx	162762	50	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
47	xxxxxxx	318134	51	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
48	xxxxxxx	347639	52	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
49	xxxxxxx	393148	55	CASADA	URBANA	GUAYAS
50	xxxxxxx	40101	51	CASADA	URBANA	GUAYAS
51	xxxxxxx	309715	49	CASADA	URBANA	GUAYAS
52	xxxxxxx	313058	57	CASADA	URBANA	GUAYAS
53	xxxxxxx	327353	51	CASADA	URBANA	GUAYAS
54	xxxxxxx	162762	53	CASADA	URBANA	GUAYAS
55	xxxxxxx	326007	60	CASADA	URBANA	GUAYAS
56	xxxxxxx	317173	47	CASADA	URBANA	GUAYAS
57	xxxxxxx	334078	46	CASADA	URBANA	GUAYAS
58	xxxxxxx	40101	48	CASADA	URBANA	GUAYAS
59	xxxxxxx	333407	51	SOLTERA	URBANA	GUAYAS
60	xxxxxxx	254022	53	CASADA	URBANA	GUAYAS
61	xxxxxxx	135162	50	CASADA	URBANA	GUAYAS
62	xxxxxxx	348662	50	CASADA	URBANA	GUAYAS
63	xxxxxxx	341807	47	CASADA	URBANA	GUAYAS
64	xxxxxxx	301623	51	CASADA	URBANA	GUAYAS
65	xxxxxxx	276438	52	CASADA	URBANA	GUAYAS
66	xxxxxxx	326007	53	CASADA	URBANA	GUAYAS
67	xxxxxxx	162762	55	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
68	xxxxxxx	38162	46	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
69	xxxxxxx	303954	50	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
70	xxxxxxx	146795	53	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
71	xxxxxxx	322543	45	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
72	xxxxxxx	335768	51	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
73	xxxxxxx	361245	52	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
74	xxxxxxx	48902	50	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
75	xxxxxxx	17532	59	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
76	xxxxxxx	28043	60	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
77	xxxxxxx	368922	55	CASADA	URBANA	GUAYAS
78	xxxxxxx	359731	54	CASADA	URBANA	GUAYAS
79	xxxxxxx	490034	48	CASADA	URBANA	GUAYAS
80	xxxxxxx	18608	52	SOLTERA	URBANA	GUAYAS
81	xxxxxxx	361221	54	CASADA	URBANA	GUAYAS
82	xxxxxxx	379806	55	CASADA	URBANA	GUAYAS
83	xxxxxxx	17804	46	CASADA	URBANA	GUAYAS
84	xxxxxxx	378095	53	CASADA	URBANA	GUAYAS
85	xxxxxxx	390465	49	SOLTERA	URBANA	GUAYAS
86	xxxxxxx	4809	53	CASADA	URBANA	GUAYAS

87	xxxxxxx	490765	46	CASADA	URBANA	GUAYAS
88	xxxxxxx	359065	55	CASADA	URBANA	GUAYAS
89	xxxxxxx	38754	47	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
90	xxxxxxx	30957	54	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
91	xxxxxxx	31256	49	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
92	xxxxxxx	357890	60	CASADA	URBANA	GUAYAS
93	xxxxxxx	268745	48	CASADA	URBANA	GUAYAS
94	xxxxxxx	46789	54	CASADA	URBANA	GUAYAS
95	xxxxxxx	31256	49	CASADA	RURAL	GUAYAS
96	xxxxxxx	4098	46	CASADA	RURAL	GUAYAS
97	xxxxxxx	1638	48	CASADA	URBANA	GUAYAS
98	xxxxxxx	360990	45	CASADA	RURAL	GUAYAS
99	xxxxxxx	374121	54	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
100	xxxxxxx	48412	52	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
101	xxxxxxx	30097	50	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
102	xxxxxxx	344544	60	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
103	xxxxxxx	401673	50	CASADA	URBANA	GUAYAS
104	xxxxxxx	367098	45	SOLTERA	URBANA	GUAYAS
105	xxxxxxx	321704	46	SOLTERA	URBANA	GUAYAS
106	xxxxxxx	312568	46	UNION LIBRE	URBANA	GUAYAS
107	xxxxxxx	336733	59	CASADA	URBANA	GUAYAS
108	xxxxxxx	49745	47	UNION LIBRE	RURAL	GUAYAS
109	xxxxxxx	19977	60	CASADA	URBANA	GUAYAS
110	xxxxxxx	306478	55	CASADA	URBANA	GUAYAS

ANEXO 1. BASE DE DATOS (continuaciòn)

ANTECEDENTES						NIVEL EDUCATIVO	DX CLINICO
HTA	DM	TABACO	ALCOHOL	NINGUNO	OTROS		
x						PRIMARIO	DISPAREUNIA
		x				SECUNDARIO	HUA
					x	PRIMARIO	INCONTN. URINARIA
x						PRIMARIO	DISPAREUNIA
x						PRIMARIO	DOLOR ABDOMINAL
		x				PRIMARIO	DISPAREUNIA
	x					PRIMARIO	INCONTN. URINARIA
x						SECUNDARIO	DOLOR ABDOMINAL
					x	SECUNDARIO	DISPAREUNIA
				x		SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
x						PRIMARIO	INCONTN. URINARIA
			x			SECUNDARIO	DISPAREUNIA
x						SECUNDARIO	HUA
	x					SECUNDARIO	HUA
x						SECUNDARIO	HUA
				x		SECUNDARIO	HUA
				x		SECUNDARIO	HUA
x						SECUNDARIO	HUA
		x				PRIMARIO	HUA
x						PRIMARIO	HUA
				x		SUPERIOR	HUA
				x		SUPERIOR	INCONTN. URINARIA
x						SECUNDARIO	DISPAREUNIA
x						SECUNDARIO	DISPAREUNIA
				x		SECUNDARIO	HUA
					x	SECUNDARIO	HUA
x						SECUNDARIO	HUA
	x					SUPERIOR	HUA
x						PRIMARIO	HUA
x						PRIMARIO	ASINTOMATICA
				x		PRIMARIO	HUA
				x		PRIMARIO	INCONTN. URINARIA
x						PRIMARIO	HUA
x						PRIMARIO	INCONTN. URINARIA
		x				SECUNDARIO	HUA
				x		SECUNDARIO	HUA
x						SECUNDARIO	HUA
	x					SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA

X						PRIMARIO	HUA
			X			PRIMARIO	HUA
X						SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
				X		PRIMARIO	HUA
X						SECUNDARIO	HUA
					X	SECUNDARIO	HUA
	X					SECUNDARIO	HUA
				X		SECUNDARIO	HUA
X						SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
				X		SECUNDARIO	HUA
X						SECUNDARIO	HUA
		X				SECUNDARIO	ASINTOMATICA
				X		SECUNDARIO	HUA
X						SECUNDARIO	HUA
X						SECUNDARIO	HUA
				X		SECUNDARIO	HUA
					X	SECUNDARIO	HUA
X						SECUNDARIO	HUA
				X		SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
X						PRIMARIO	DISPAREUNIA
	X					PRIMARIO	INCONTN. URINARIA
				X		PRIMARIO	INCONTN. URINARIA
X						PRIMARIO	DISPAREUNIA
				X		SECUNDARIO	DISPAREUNIA
X						SECUNDARIO	DOLOR ABDOMINAL
	X					SECUNDARIO	HUA
				X		PRIMARIO	HUA
X						PRIMARIO	INCONTN. URINARIA
				X		PRIMARIO	HUA
X						SECUNDARIO	HUA
				X		SUPERIOR	INCONTN. URINARIA
X						SUPERIOR	HUA
		X				SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
x						SECUNDARIO	DISPAREUNIA
				X		SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
X						SECUNDARIO	DOLOR ABDOMINAL
X						SECUNDARIO	ASINTOMATICA
	X					SECUNDARIO	HUA
				X		SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
				X		SECUNDARIO	HUA
				X		SECUNDARIO	HUA
X						SECUNDARIO	DISPAREUNIA

				X		SECUNDARIO	HUA
X						SECUNDARIO	HUA
					X	SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
				X		SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
X						SECUNDARIO	HUA
X		X				SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
X						SECUNDARIO	ASINTOMATICA
				X		SECUNDARIO	HUA
				X		SECUNDARIO	HIPERMENORREA
	X					SECUNDARIO	HUA
					X	SECUNDARIO	HUA
			X			SECUNDARIO	HUA
X						SECUNDARIO	HIPERMENORREA
X						SECUNDARIO	DISPAREUNIA
X						PRIMARIO	INCONTN. URINARIA
	X					PRIMARIO	DOLOR ABDOMINAL
X						SECUNDARIO	HUA
				X		PRIMARIO	HUA
				X		SECUNDARIO	ASINTOMATICA
					X	SECUNDARIO	HUA
				X		PRIMARIO	INCONTN. URINARIA
				X		PRIMARIO	INCONTN. URINARIA
				X		SUPERIOR	INCONTN. URINARIA
				X		PRIMARIO	HUA
	X					SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
		X				SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
X						SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
X						SECUNDARIO	HUA
X						SECUNDARIO	INCONTN. URINARIA
				X		SECUNDARIO	DOLOR ABDOMINAL

ANEXO 1. BASE DE DATOS (continuación)

CAUSA	TIPO DE HISTERECTOMIA	COMPLICACIONES	
		QUIRURGICAS	POSTQX.
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	INF. D HERIDA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	HEMORRAGIA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	IVU
MASA TUMORAL	VAGINAL	HEMORRAGIA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	INF. D HERIDA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	HEMORRAGIA	INF. D HERIDA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	HEM. D PARED
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	HEMORRAGIA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL + ANE	HEMORRAGIA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	NINGUNA
MASA TUMORAL	ABDOMINAL	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
HIPE. ENDOMETRIAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	HEMORRAGIA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA

MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	INF. D HERIDA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	HEM. D PARED
MASA TUMORAL	ABDOMINAL	HEMORRAGIA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	IVU
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	IVU
MASA TUMORAL	ABD. + ANEX	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	INF. D HERIDA
HIPE. ENDOMETRIAL	VAGINAL	NINGUNA	CERVICITIS
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	LESI. VESICAL	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	LESI. VESICAL	CERVICITIS
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	SEROMA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	IVU
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MASA TUMORAL	ABDOMINAL	NINGUNA	SEROMA
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	CERVICITIS
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	INF. D HERIDA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MASA TUMORAL	ABD. + ANEX	NINGUNA	CERVICITIS
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	IVU
HIPE. ENDOMETRIAL	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	IVU

MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	CERVICITIS
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	INF. D HERIDA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	IVU
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	HEMORRAGIA	INF. D HERIDA
ENDOMETRIOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	HEM. D PARED
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	IVU
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	NINGUNA
ENDOMETRIOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABDOMINAL	NINGUNA	CERVICITIS
MASA TUMORAL	ABD. + ANEX	HEMORRAGIA	IVU
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	NINGUNA
HIPE. ENDOMETRIAL	ABDOMINAL	NINGUNA	NINGUNA
HIPE. ENDOMETRIAL	ABD. + ANEX	NINGUNA	CERVICITIS
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	IVU
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	IVU
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MIOMATOSIS	ABD. + ANEX	NINGUNA	NINGUNA
PROLAPSO GENITAL	VAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
MASA TUMORAL	ABD. + ANEX	HEMORRAGIA	SEROMA

ANEXO 1. BASE DE DATOS (continuaciòn)

DIAS DE HOSPITALIZACIÒN	DOLOR POSTOPERATORIO	ANTIBIOTICOS POSTOPERATORIO
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	INTENSO	CEFALOSPORINAS
1	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	MODERADO	CEFALOSPORINAS
3	INTENSO	PENICILINAS
2	MODERADO	QUINOLONAS
2	MODERADO	QUINOLONAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	QUINOLONAS
3	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	QUINOLONAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
3	INTENSO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	QUINOLONAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
3	INTENSO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	AMINOGLUCOSIDOS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	PENICILINAS
1	LEVE	PENICILINAS
2	MODERADO	PENICILINAS
1	LEVE	PENICILINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS

2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	PENICILINAS
1	LEVE	QUINOLONAS
2	MODERADO	AMINOGLUCOSIDOS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	QUINOLONAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	QUINOLONAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
3	INTENSO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	QUINOLONAS
2	MODERADO	QUINOLONAS
1	LEVE	QUINOLONAS
2	MODERADO	QUINOLONAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS

2	MODERADO	QUINOLONAS
3	INTENSO	PENICILINAS
2	MODERADO	QUINOLONAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
3	INTENSO	CEFALOSPORINAS
3	INTENSO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
3	INTENSO	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	QUINOLONAS
2	MODERADO	PENICILINAS
2	MODERADO	PENICILINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	CEFALOSPORINAS
1	LEVE	CEFALOSPORINAS
2	MODERADO	PENICILINAS