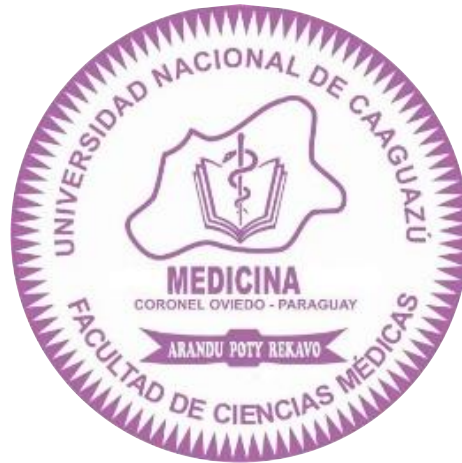


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PACIENTES
HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
CORONEL OVIEDO AÑO 2018.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Amalia Raquel Roa

**Coronel Oviedo - Paraguay
2019**

AM482 Roa, Amalia Raquel. Características Clínicas de las Pacientes Histerectomizadas en el Hospital Regional De Coronel Oviedo, Año 2018. [Trabajo final de Grado]. Coronel Oviedo: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Caaguazú; 2018.

51 pg.: 7 gráficos, 0 figuras ,0 tablas; 25 ref.

Trabajo Final de Grado para Optar por el título de Médico Cirujano.

Tutor: Lic. Rose Marie Sachelaridi de López



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**CARACTERISTICAS CLINICAS DE PACIENTES
HISTERECTOMIZADAS EN HOSPITAL REGIONAL DE
CORONEL OVIEDO AÑO 2018.**

AMALIA RAQUEL ROA

TUTORA: Lic. Rose Marie Sachelaridi de López

**Trabajo de Fin de Grado presentado a la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la
obtención del título de grado de Médico-Cirujano**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**CARACTERISTICAS CLINICAS DE PACIENTES
HISTERECTOMIZADAS EN HOSPITAL REGIONAL DE
CORONEL OVIEDO AÑO 2018.**

AMALIA RAQUEL ROA

Trabajo de fin de grado presentado para obtener el título de grado
de Médico Cirujano

Coronel Oviedo - Paraguay

Miembros del Tribunal Examinado

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Dedicatoria

A Dios por sobre todas las cosas por darme el conocimiento necesario y poner en mi corazón el deseo para seguir esta carrera, fue el que me mantuvo firme durante todos estos años gracias a su amor y misericordia.

A mis padres Emigdio Chávez y Arminda Villetti por su incansable apoyo y amor en el transcurso de la carrera.

A mi amado hijo Ezequiel, por ser la fuerza que me sostiene para jamás rendirme y superarme cada día más.

Y, a mis amigos por el aprecio otorgado y apoyo recibido en todo momento.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Agradecimientos

A Dios por poner en mi corazón el deseo de seguir esta carrera, fue El que me mantuvo firme todos estos años, por su amor y su misericordia. A mis padres por apoyarme incondicionalmente y sobre todo por creer en mí. A Ezequiel, mi amado hijo, por ser mi fuerza y el motivo de querer superarme cada día más.

A mi docentes por aportar su grano de arena con sus enseñanzas. A los amigos que forme por hacer más ligera la carrera. Gracias por creer en mí.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Biografía

Amalia Raquel Roa, nació el 4 de mayo de 1994 en la ciudad de Luque, hija de Emigdio Chávez y Arminda Villetti.

Cursó la primaria en la Escuela Básica nº 195 “12 de junio”, el nivel escolar básico en el Colegio Privado Subvencionado “Manuel Ortiz Guerrero” de la ciudad de Coronel Oviedo y el nivel medio en el Colegio Nacional “Walter Zacarías Zaracho” de la ciudad de Ñemby, culminando sus estudios en el año 2011.

En el 2014 ingreso a la carrera de medicina, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Índice

Dedicatoria.....	v
Agradecimientos	vi
Biografía	vii
Índice	viii
Lista de Gráficos	xi
Resumen	xii
Ñemombyky	xiii
Resumo	xiv
Abstract.....	xv
1- Introducción.....	15
2- Antecedentes de la Investigación.....	17
3- Planteamiento del Problema	20
4- Justificación.....	22
5- Objetivos de la investigación	24
5.1- General:.....	24
5.2- Específicos:	24
6- Fundamento Teórico	25
6. 1. Reseña Histórica	25
6. 2. Definición	25
6. 3. Factores de riesgo	25
A. Indicaciones.....	26



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1. Ginecológicas.....	26
1.1 Miomas Uterinos	26
1.2. Endometriosis.....	27
1.3. Adenomiosis.....	27
1.4. Hiperplasia Endometrial	28
1.5. Sangrado Uterino Anormal	28
2. Obstétricas.....	32
2.1. Enfermedad trofoblástica gestacional.....	32
2.2. Placenta previa.....	33
2.3. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.....	33
2.4. Alteración de la adherencia de la placenta.....	34
2.5. Hemorragia post parto.....	35
2.6. Atonía uterina	36
B. Tipos y de abordajes de la histerectomía	37
C. Complicaciones de la histerectomía.....	38
7- Marco Metodológico	40
7.1 Tipo de estudio y Diseño general	40
7.2 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión.	40
7.2.1. Universo de Estudio:	40
7.2.2. Población de Estudio:	40
7.2.3. Selección y tamaño de la muestra:.....	40
7.2.4. Unidad de análisis:	40
7.2.5. Criterios de inclusión:	41
7.2.6. Criterios de exclusión:	41



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.3. Variables de Estudio o Categorías de análisis:	41
7.3.1. Operacionalización de las variables.	41
7.4 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos	43
7.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación	43
7.6 Plan de análisis.....	44
8- Resultados	45
9- Discusión.....	52
10- Conclusión	54
11- Recomendaciones	55
12- Referencias Bibliográficas.....	56
13- Anexo	59



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Lista de Gráficos

Grafico 1: Distribución según edad de las pacientes hysterectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39).....	45
Grafico 2: Distribución según ocupación de las pacientes hysterectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39).	46
Grafico 3: Distribución según procedencia de las pacientes hysterectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39).	47
Grafico 4: Distribución según motivo de consulta de las pacientes hysterectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39)	48
Grafico 5: Distribución según diagnóstico de pacientes hysterectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39)	49
Grafico 6: Distribución según abordaje quirúrgico de las pacientes hysterectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39)	50
Grafico 7: Distribución según tipo de hysterectomía realizada en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39).....	51



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Resumen

Introducción: La histerectomía constituye un procedimiento quirúrgico importante en la solución de diversas patologías femeninas, tanto en el área onco-ginecologica como obstétrica.

Objetivo: Identificar las características clínicas de las pacientes histerectomizadas que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo en el año 2018.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, mediante la obtención de información del departamento de estadística del Hospital Regional de Coronel Oviedo durante el año 2018.. Los datos cargados en una planilla Excel y analizados en el programa Stata 12.0.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes histerectomizadas, con edad promedio de 44,3 DS± 9,5 años, el 50% de las pacientes estaba comprendido entre 38 y 50 años. El principal motivo de consulta fue perdida hemática (87%), la miomatosis uterina se constituyó como la causa de histerectomía (92%). La histerectomía de tipo subtotal (64%) y mediante la incisión abdominal (84%) fue la más realizada.

Conclusión: La histerectomía es frecuente una población mayor a 44 años, la causa más común por miomatosis uterina y el abordaje quirúrgico frecuente es la abdominal y de tipo subtotal.

Palabra clave: Histerectomía, miomas uterinos, cesárea.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Ñemombyky

Ñepyrumby: Membyryruhekyi ha`e poha heta mba`asy kuña orekova, ikatuva ojejapo apurope tera jejapora,

Jehupytyrä: Jehechauka umi membyryruhekyi tasyope tava Coronel Oviedope ary 2018 pegua.

Mba`e aporä ha mba`apokatuhaicha: Ta`angahai observacional, descriptivo, ñeikyti oykegua. Umi dato kuera oñeguenohe ficha técnica rupive pe historia clinicagui oiva Tasyo Coronel Oviedope. Ojeiuru petei dato aty planilla Excel pe uperire oñeanaliza hagua estadístico Stata 12.0.

Tembiapogui oseva: Oñemoingue 39 kuña imembyryruhekyiakue upe apytegui oñenohe ary mbytegua ha`e $44,5 \text{ DS} \pm 9,5$ ary, 50% ipyiveva ohova 38-50 ary peve. 87% oquahe tasyope oporandu hagua kuña ruguyse. Miomatosispyive rupi ojejapo imembyryruheky (92%). Membyryruhekyi ojejapo ñekytirupi hygue 84% py`ive.

Tempiapo paha: Membyryruhekyi ipyive ohasamava 44 ary ha miomatosisrehe ojepavo py`i ha ojejapo ñekytirupi hygue.

Ñe`ëndytee: Membyryruhekyi, miomatosis uterina, ñenohe mita ñeikytitupi hygue.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Resumo

Introdução: A histerectomia é um procedimento cirúrgico importante na solução de várias patologias femininas, tanto na área onco-ginecológica quanto na obstétrica.

Objetivo: Identificar as características clínicas dos pacientes histerectomizados que frequentam o Hospital Regional de Coronel Oviedo em 2018.

Materiais e método: Foi realizado um estudo observacional transversal descritivo, obtendo informações do departamento de estatística do Hospital Regional de Coronel Oviedo durante o ano de 2018. Os dados foram carregados em uma planilha do Excel e analisados no programa Stata 12.0.

Resultados: foram incluídos 39 pacientes histerectomizados, com idade média de 44,3 DP \pm 9,5 anos, 50% dos pacientes entre 38 e 50 anos. O principal motivo da consulta foi a perda de sangue (87%), a miomatose uterina foi a causa da histerectomia (92%). A histerectomia subtotal (64%) e através da incisão abdominal (84%) foi a mais realizada.

Conclusão: A histerectomia é uma população frequente acima de 44 anos, a causa mais comum de miomatose uterina e a abordagem cirúrgica frequente é abdominal e subtotal.

Palavras-chave: Histerectomia, miomas uterinos, cesariana.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Abstract

Introduction: Hysterectomy is an important surgical procedure in the solution of various female pathologies, both in the onco-gynecological and obstetric area.

Objective: To determine the clinical characteristics of the hysterectomized patients who attend the Regional Hospital of Coronel Oviedo in 2018.

Materials and method: I carried out a descriptive cross-sectional observational work, I obtained the information from the statistics department of the Regional Hospital of Coronel Oviedo during the year 2018. The data is loaded in an Excel spreadsheet and analyzed in the Stata 12.0 statistical package.

Results: It included 39 hysterectomized patients, with an average age of 44.3 SD \pm 9.5 years, 50% of the patients were between 38 and 50 years. The main reason for consultation was blood loss (87%), uterine myomatosis was the cause of hysterectomy (92%). Hysterectomy of the subtotal type (64%) and through the abdominal incision (84%) was the most performed.

Conclusion: Hysterectomy is a frequent population over 44 years old, the most common cause of uterine myomatosis and the frequent surgical approach is abdominal and subtotal.

Key words: Hysterectomy, uterine fibroids, cesarean section.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1- Introducción

Se denomina histerectomía es la exéresis quirúrgica de manera total del útero o parcial, realizada de urgencia o de manera programada por la presencia de alguna enfermedad pre-existente que comprometa la calidad de vida de la paciente (1).

La histerectomía es el segundo procedimiento quirúrgico más frecuentes realizado en mujeres en edad reproductiva siendo superado por la cesárea, cerca del 20% al 30% de las mujeres se someterán a esta operación en la sexta década de vida (2).

En los Estados Unidos supera las 600,000 histerectomías al año, siendo las patologías benignas la principal indicación principalmente la hemorragia uterina anormal, prolapso uterino, fibromas uterinos (3). Según la literatura, se identifican como factores de riesgos para la histerectomía en el área obstétrica, antecedente de cesárea previa, placenta previa, las cuales se asocian al acretismo placentario, atonía uterina, útero de Couvelaire, hemorragia uterina. Y los procesos neoplásicos, o afecciones del útero de etiología no neoplásica (adherencias inflamatorias) (3) (4). Puede ser realizada por vía abdominal o vaginal, y en este caso también puede ser hecha con laparoscopia (5).

Según datos estadísticos cubanos, en el 2011 se realizaron 4077 histerectomías en hospitales generales, representando el 5,8% del total de



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

operaciones, ocupando el sexto lugar de todas las intervenciones. En hospitales ginecoobstetricos se realizaron 2415 (20,3 %) de intervenciones de este tipo, ocupando el tercer puesto de los procedimientos quirúrgicos (2).

El hospital Regional de Coronel Oviedo no es una excepción, presenta gran afluencia de pacientes que acuden a los servicios de ginecoobstetricia u onco-ginecologia, cuenta con los recursos humanos, infraestructura e instrumentales necesarios para realizar dicho abordaje quirúrgico, se considera de gran importancia tener registro de las intervenciones siendo un hospital de referencia del interior, por lo tanto el objetivo de este trabajo es aportar datos para estudios posteriores.



2- Antecedentes de la Investigación.

Vera-Salermo (2010, Paraguay) propuso determinar las causas de Hemorragia uterina anormal (HUA) y comparar frecuencias en edad reproductiva y menopausia, se estudiaron 208 pacientes con HUA en el Hospital Materno Infantil Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya, encontró que la frecuencia de edad fue mayor a 40 años en 123 casos (67,95%), como resolución del cuadro de sangrado se realizó la histerectomía en 70 (33,7%) pacientes. A su vez, la principal indicación para la histerectomía fue la miomatosis en 51 (72,8%) casos (6).

Evaluar los resultados de la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia fue el objetivo propuesto por Mendoza-Romero, et al (2011, Venezuela) se estudiaron 400 casos, reportándose la edad promedio de intervención de 42 años, 352 (88%) tenían más de 35 años y 272 (68%) más de 40 años. La paridad promedio fue de 4 partos, con sólo 19 (5%) nuligestas. Entre las principales patologías se reportó 368 casos miomatosis uterina (92%) y 181 prolapsos genital (45%) (7). Otro estudio realizado por Patino-Peyrani (2014, México) cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgos asociados a la histerectomía obstétrica encontró que el 75% corresponde a la atonía uterina, seguido en un 12,5% por acretismo placentario y el útero de Couvelaire con un 12,5% igualmente (8).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Determinar principales indicaciones y las complicaciones intraoperatorias histerectomías vaginales fue el objetivo propuesto por Manríquez, et al (2013, Chile) 379 histerectomías fueron realizadas, el 17% (n=64) por vía abdominal. El 83% (n=315) se realizó por vía vaginal. Los principales diagnósticos pre quirúrgicos de histerectomía, tanto abdominal como vaginal, fueron: miomas (29%), trastornos menstruales (24%), prolapso de órganos pélvicos (22%), adenomiosis sintomática (7%) y otras causas (19%). El promedio de edad de las pacientes fue 57 años (rango: 32-88 años) (9).

Coelho, et al (2015, Brasil) Evaluar el perfil epidemiológico de las pacientes sometidas a operaciones ginecológicas en enfermedades benignas y las complicaciones operatorias en un Hospital Público de tercer nivel, se analizaron 518 pacientes sometidas a cirugías ginecológicas, se realizaron 103 histerectomías ocupando el segundo lugar de intervenciones quirúrgicas (19,8%), La edad media fue 47,6 años, con un rango: 24 a 84 años. Las pacientes eran principalmente de la capital (77%), casadas con unión estable (47,4%) y ama de casas (26,3%). Los diagnósticos pre-operatorio fueron miomas uterinos (46,3%), incontinencia urinaria al esfuerzo (27,4%) y prolapso genital (17,7%). Se hallaron 3 casos (1,7%) de lesiones intraepiteliales de alto grado. La operación más realizada fue histerectomía total (19,8%), siendo 15,5% por vía vaginal (2).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Carmona-Garcia (2016, Venezuela) Decidió evaluar la histerectomía con abordaje vaginal, que utilidad brinda en las patología uterina benigna excluyendo el prolapso uterino, obtuvo como resultado que la indicación más frecuente fue la miomatosis uterina 85% (n=100), seguido por hiperplasia endometrial 12%. Siendo la edad 45-49 años más frecuente en el 58%. La menor edad fue 33 años y la mayor de 57 años, con una media de 44,21. El antecedente de paridad fue de dos partos (28 %). En 31 casos de histerectomía tuvo como antecedente la cesárea anterior (5).

Schlitt, et al, (2019, México) propusieron analizar la incidencia de las diferentes vías de abordaje de la histerectomía en el tratamiento de la enfermedad benigna del útero en el Hospital Ángeles Pedregal, y comparar sus resultados, la muestra estudiada fue de 213 pacientes, la edad media de 46 años (DE = 7.59) quienes fueron sometidas a una de las cuatro vías de abordaje de histerectomía: Histerectomía por laparotomía (61.97%), Histerectomía vaginal (2.82%), Histerectomía por laparoscopia (26.76%) y Histerectomía asistida por Robot (8.45%). La indicación más frecuente en las cuatro vías de abordaje de histerectomía fue miomatosis uterina con una tasa de 75.59% (10).



3- Planteamiento del Problema

La histerectomía, es una técnica quirúrgica realizada tanto en área obstétrica como ginecológica, en situaciones de urgencia, resultado de complicaciones graves para salvaguardar la vida de las pacientes o efectuada de manera programada como tratamiento en patologías tanto benignas como malignas (11) (1).

Se estima que la histerectomía es la cirugía con mayor frecuencia después de la cesárea, con una tasa de mortalidad de 0,4% y el 60% se realiza por vía abdominal (10).

En el área ginecológica las pacientes comprendidas entre los 20-49 años se someten con mayor frecuencia a esta cirugía (aproximadamente 75 %). Siendo la edad promedio del procedimiento 42 años, las principales indicaciones quirúrgicas se mencionan miomas uterinos, el cáncer, la hiperplasia endometrial, el dolor pélvico crónico, el prolapso genital y la endometriosis pélvica (8).

Los factores de riesgo identificados con mayor frecuencia son: antecedentes de cesárea, la edad mayor de 35 años, multiparidad (mayor a 3 hijos) instrumentación uterinas (4) (11) (12). Las indicaciones obstétricas más frecuentes son: Patologías placentarias (placenta previa, alteración de la adherencia placentaria, útero de Couvelaire en abrupcio placentae), atonía uterina, ruptura uterina, sepsis con foco uterino (10).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La histerectomía técnica muy frecuentes por su gran variedad patologías en las que se utiliza de forma terapéutica, a lo que surge la siguiente interrogante:
¿Cuáles son las características clínicas de las pacientes histerectomizadas en Hospital Regional de Coronel Oviedo en el año 2018?



4- Justificación

La histerectomía es una cirugía que puede requerirse en cualquier momento en la vida de la mujer ya que las causas para que deriven en la misma pueden ser varias, algunas extremas como neoplasias o hemorragias frecuentes que con el tiempo pudiera comprometer la vida. Una de las cirugías ginecológicas electivas más comunes, 65% se efectúan en el grupo de edad reproductiva, alrededor de 30% en mujeres peri menopáusica y el resto en mayores de 65 años (7).

Al ser la histerectomía una de las cirugías ginecológicas más frecuente por su amplia variedad de causas, demuestra que es un recurso para dar tratamiento definitivo a la patología de las pacientes. Sin embargo no existe datos que indiquen el motivo de consulta frecuente por el cual acuden las pacientes, el diagnóstico preoperatorio, los tipos y abordajes utilizados con frecuencia, es necesario conocer con exactitud nuestra realidad, lo que nos permitirá visualizar las posibles falencias y así tomar conductas para mejorar la práctica médica, constituyendo un recurso importante en la prevención, detección oportuna y disminución de complicaciones como infecciones, hemorragias, lesiones de órganos adyacentes, etc., de las paciente que son sometidas a este procedimiento quirúrgico lo cual tendrá una relevancia social, al mejorar la calidad de su atención y no tratarse solamente de una solución terapéutica.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Al estudiar la viabilidad del estudio, no se realizaron trabajos similares en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, esta falta de información genera un vacío en el conocimiento de nuestros profesionales de la salud, por ende se justifica al proveer de datos actualizados sobre esta entidad nosológica lo que contribuirá al conocimiento y al planteamiento de intervenciones para abordar el problema. Los datos obtenidos permitirán conocer las causas de histerectomías, los rangos de edad en que se realiza con frecuencia, el abordaje quirúrgico más utilizado.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

5- Objetivos de la investigación

5.1- General:

5.1.1- Identificar las características clínicas de las pacientes hysterectomizadas que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo en el año 2018.

5.2- Específicos:

5.2.1- Describir las características sociodemográficas de las pacientes hysterectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo.

5.2.2- Establecer principal motivo de consulta en las pacientes hysterectomizadas.

5.2.3- Determinar las causas de hysterectomía en el Hospital Regional de Coronel Oviedo.

5.2.4- Determinar tipo y abordaje quirúrgico de la hysterectomía



6- Fundamento Teórico

6. 1. Reseña Histórica

La primera histerectomía se le atribuye a Sorano de Éfeso, natural de Alejandría, quien en el año 120 A.C. amputó un útero prolapsado gangrenoso por vía vaginal. Esta es la primera histerectomía por vía vaginal documentada (12).

La primera histerectomía obstétrica exitosa fue realizada en Italia el 21 de mayo de 1876 por Eduardo Porro, en la ciudad de Pavía (Italia), en una paciente de 25 años primigesta, portadora de pelvis estrecha, posterior al nacimiento por cesárea de un recién nacido vivo, en presentación podálica, la paciente sobrevivió a la cirugía (8).

6. 2. Definición

La histerectomía definimos como la resección del útero debido a complicación en el embarazo, el parto o puerperio o por agravamiento de una enfermedad preexistente en cierto periodo de tiempo, puede ser realizado de manera urgente cuando amenaza la vida de la paciente o en enfermedades malignas (13).

6. 3. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo que con mayor frecuencia han sido identificados están los antecedentes de cesárea, edad mayor de 35 años, haber



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y antecedentes de hemorragia en el parto anterior con un riesgo relativo de 9.3 (13) (14).

A. Indicaciones.

1. Ginecológicas

1.1 Miomas Uterinos

Son tumores benignos que se originan en el musculo liso, se reporta en el 25% a 40% de las mujeres en edad reproductiva, aunque pudiera presentarse hasta en un 77% de las mujeres (evidencia grado I). El antecedente familiar de primer grado aumenta la probabilidad tres veces la probabilidad de tener miomas. La serie de Naegele (n = 2049) documentó una prevalencia de miomas uterinos de 30% en histeroscopías, cuyo motivo de consulta fue por sangrado uterino anormal. De un 10% a 15% de las pacientes será hysterectomizadas por miomas entre los 25 y los 64 años. El crecimiento tumoral es bien conocido por su dependencia del estímulo estrogénico, aunque el mecanismo molecular involucrado no se ha definido. Anteriormente se consideraba que cuando el útero superaba un tamaño mayor a 12 semanas de gestación era una recomendación para cirugía, por el riesgo de leiomioma, la compresión de órganos vecinos o la posibilidad de una cirugía más complicada si se realizaba en forma tardía. Sin embargo, no existen datos para apoyar esta recomendación. Las indicaciones de hysterectomía en pacientes asintomáticas son el crecimiento rápido o el riesgo de leiomioma en pacientes menopáusicas con miomas en crecimiento, dolor y sangrado anormal (15).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1. 2. Endometriosis

Se denomina endometriosis al crecimiento de endometrio (glándulas y estroma endometriales) en otros sitios fuera de la cavidad uterina. Afecta principalmente a los órganos pelvianos y raramente se localizan en situaciones alejadas de la pelvis como pulmones, vía aérea, tejido celular, etc (16).

La endometriosis es una enfermedad dependiente de hormonas y, como tal, predomina en mujeres en edad fértil. Las mujeres con endometriosis pueden permanecer asintomáticas, o presentar grados diversos de dolor pélvico (1).

Se estima una prevalencia en la población general de alrededor del 10%. En pacientes con dismenorrea o dolor pelviano la prevalencia es de 40-80%, en pacientes que consultan por esterilidad 20-30% y en pacientes que se realizan esterilización tubárica, su hallazgo occidental es de 3,7% a 6% (16).

1. 3. Adenomiosis

Se caracteriza por restos ectópicos de endometrio (glándulas y estroma) ubicados en el miometrio. Se pueden situar en la capa muscular (adenomiosis difusa) o formar un cúmulo nodular, localizado y circunscrito llamado (adenomiosis focal). Sobre bases clínicas se puede sospechar la presencia de cualquiera de las dos formas, pero el diagnóstico por lo común se basa en los signos histológicos de las piezas operatorias. En consecuencia, las incidencias en piezas de histerectomía publicadas varían con los criterios histológicos usados y también con la magnitud de los cortes; oscilan entre 20 y 60% (1).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1.4. Hiperplasia Endometrial

Se define como hiperplasia endometrial al engrosamiento del endometrio con proliferación de glándulas de tamaño y forma irregular y una mayor proporción entre glándulas y estroma (11). Se conoce como el único precursor directo de enfermedad invasora. Se clasifican de acuerdo a la presencia o ausencia de anomalías en la arquitectura, aglomeración y complejidad de las glándulas endometriales en “complejas o simples”. También se clasifican como atípicas si presentan atipia celular (nuclear). Sólo las hiperplasias endometriales atípicas tienen una relación clara con el desarrollo ulterior de adenocarcinoma (11).

1.5. Sangrado Uterino Anormal

La expulsión anormal de sangre uterina puede tener diversos patrones:

- *Menorragia* a la menstruación cíclica duradera o profusa. En el plano objetivo, los elementos determinantes son que la menstruación dure más de siete días o rebase los 80 ml de sangre expulsada.
- *Metrorragia* describe la pérdida sanguínea intermenstrual. La expresión goteo intermenstrual es un término más informal para la metrorragia que acompaña a la administración de hormonas.
- *Hipomenorrea* cuando disminuye el volumen o la duración es menor. La menstruación normal surge por lo general cada 28 días y dura ± 7 días.
- *Oligomenorrea* denota los ciclos con intervalos intercíclicos que persisten más de 35 días.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Por último, el término *hemorragia por supresión* denota la expulsión predecible de sangre como consecuencia de la disminución repentina de los niveles de progesterona.

El sangrado uterino anormal puede deberse por varias causas. Las más frecuentes son las anomalías en la estructura del sistema reproductor y los trastornos de la ovulación. El sangrado uterino anormal, puede deberse a lesiones benignas (no cancerosas) del útero, como pólipos, fibromas y adenomiosis (17).

Otras causas de sangrado asociado al embarazo ectópico y el aborto espontáneo, así como trastornos de la coagulación que afectan la capacidad de la sangre de coagularse normalmente. Las lesiones del cuello uterino o de la vagina (benigna y cancerosa), las infecciones crónicas del endometrio (endometritis), el tejido cicatricial (adherencias) en el endometrio y el uso de un dispositivo intrauterino (DIU) (18).

El sangrado uterino anormal se indica en 20% de todas las histerectomías indicadas, ya que puede ser tratado primeramente farmacológicamente con progestágenos, estrógenos, o la combinación de ambos, agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) además se prescribe antiinflamatorios. La histerectomía se reserva para pacientes que no responde al tratamiento farmacológico o al tratamiento médico (18).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1.5. Neoplasias

1.5.1. Cáncer de cuello uterino

Se estima que el cáncer cervicouterino causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres (19). La historia natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras (neoplasias intraepiteliales-NIE-I, II y III o carcinoma in situ –CIS–, de acuerdo a la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido (21). Por lo general no se utiliza como primera elección la histerectomía en las neoplasias, se trata primeramente con crioterapia, laser o la conización con asa de diatermia, las pacientes intervenidas quirúrgicamente se debe a recurrencia de lesión de alto grado y de la extensión del cáncer (19).

1.5.2. Cáncer de endometrio

Una de cada 38 mujeres estadounidenses (3%) desarrolla cáncer endometrial durante su vida. Se estima que en 2011, en Estados Unidos se desarrollaron 46 470 casos nuevos, pero sólo se estimaron 8 120 muertes. La mayoría de las pacientes se diagnostica temprano y se cura. Como resultado, el cáncer endometrial es la cuarta causa principal de cáncer, pero el octavo como causa de muerte en mujeres. Si bien la mayor parte de los cánceres endometriales se cura con la histerectomía (1).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1.6 Prolapso Uterino

Esta es una condición benigna en la cual el útero se desplaza de su lugar normal hacia la vagina. El prolapso del útero es causado por el debilitamiento y ensanchamiento de los ligamentos y tejidos pélvicos. También pueden afectarse otros órganos como la vejiga. El alumbramiento, la obesidad y la pérdida de estrógeno después de la menopausia pueden contribuir a la aparición de este problema. El tratamiento puede incluir terapia de estrógeno, ejercicios para fortalecer los músculos del piso de la pelvis o el uso de un pesario, que es un anillo de plástico insertado por la vagina para ayudar a sostener el útero en su lugar. En casos más graves, la cirugía puede restaurar los órganos hundidos a su ubicación normal y reparar los tejidos de apoyo. En ocasiones puede realizarse la histerectomía que representa cerca del 16% de las intervenciones realizadas si el prolapso está causando problemas graves (1).

La clasificación más usada hasta el momento fue ideada por Baden y Cols., Llamado sistema de media distancia pues toma como punto de medición estándar el introito vaginal. Este sistema de clasificación, usado por más de 20 años y hasta la actualidad por muchos clínicos, ha probado no ser del todo eficaz ya que conlleva, sobre todo, diferencias importantes cuando se es usado en la misma paciente por diversos observadores (1).

Grado I: Descenso entre posición normal e introito.

Grado II: Descenso a nivel del introito.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grado III: Descenso por fuera del nivel del introito.

Grado IV: Prolapso total, fuera del plano vulvar.

2. Obstétricas

Se indican en caso de emergencias relacionadas al embarazo, parto o puerperio.

2.1. Enfermedad trofoblástica gestacional

Se refiere a tumores placentarios que se relacionan con el embarazo. La enfermedad trofoblástica gestacional se divide en tumores molares y no molares.

La mola hidatiforme son anomalías de las vellosidades coriónicas en que ocurre una proliferación trofoblástica y edema del estroma veloso. Aunque las molas casi siempre ocupan la cavidad uterina, a veces se desarrollan como embarazos ectópico.

Los tumores no molares se agrupan como neoplasia trofoblástica gestacional, se caracteriza por su invasión agresiva al miometrial ser propenso a la metástasis.

En la mola hidatiforme si no se desean más embarazos, tal vez sea preferible la histerectomía. Es un procedimiento lógico en mujeres de 40 años o más, ya que al menos un tercio de las mujeres que presentan mola, desarrollan neoplasia trofoblástica gestacional persistente. Aunque la histerectomía no elimina esta posibilidad, reduce mucho la probabilidad, se combina con quimioterapia (1).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

2.2. Placenta previa

Se refiere a la placenta que cubre o esta próxima al orificio cervical interno y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22 se gestación (20).

La placenta previa complica aproximadamente el 0,3 al 0,5% de los embarazos, con una tasa de mortalidad materna relacionada de 0,3% de los casos. La tasa de mortalidad perinatal se incrementa 3 a 4 veces frente a embarazos normales (20).

Si la hemorragia no es muy importante y la edad gestacional es inferior a 36 semanas, se deberá diagnosticar la madurez pulmonar del feto. En caso negativo, esta ha de inducirse farmacológicamente. Mientras tanto, reposo absoluto, control de la hemorragia y administración de uteroinhibidores si fuera necesario. Si el cuadro lo permite, se esperará hasta lograr la madurez pulmonar fetal para realizar la operación cesárea, indicación que podrá ser anticipada si la hemorragia es grave. Si el sangrado es persistente se evalúa la necesidad de histerectomía (21).

2.3. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

Se caracteriza por el desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta que, a diferencia de la placenta previa, está insertada en su sitio normal (21).

La hemorragia propia del desprendimiento prematuro de placenta se filtra entre las membranas y el útero, y luego escapa por el cuello uterino y causa



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

hemorragia externa. Con menor frecuencia, la sangre no sale al exterior, sino que queda retenida entre la placenta desprendida y el útero, lo que da pie a hemorragia oculta (11).

La hemorragia no se detiene mientras el útero no se evacue, lo que significa la urgente necesidad de extraer el feto. No obstante, antes de iniciar dicha evacuación es conveniente reponer la sangre perdida y consolidar el estado general alterado por la anemia y el shock. La indicación de histerectomía se cuándo se sospecha de apoplejía uterina (21).

2.4. Alteración de la adherencia de la placenta

- Placenta acreta: Se caracteriza cuando las vellosidades placentarias están fijadas al miometrio. La incidencia se ha incrementado de 0.8 a 3 por cada 1,000 embarazos; los principales factores de riesgo son cirugías uterinas, placenta previa y multiparidad. La placenta acreta es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y ahora es la causa más común de histerectomía posparto emergente, es el tratamiento definitivo pero radical. Suele ser necesaria una histerectomía total ya que es en el segmento donde se inserta la placenta (11)
- Placenta increta: Se define cuando las vellosidades placentarias invaden el miometrio.
- Placenta percreta: Las vellosidades perfora la pared uterina e invaden la capa serosa y las estructuras pélvicas circundantes, por lo general la vejiga.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La placenta acreta se presenta en el 81.6% de los casos, la increta, en el 11.8%, y la percreta, hasta en un 6.6%. Debido a la adherencia anormal esta entidad se asocia con incapacidad para la extracción placentaria y hemorragias severas en el momento del parto, siendo frecuente la necesidad de realizar una histerectomía para controlar la hemorragia, así como la transfusión de hemoderivados en la mayoría de los casos (18).

2.5. Hemorragia post parto

La Hemorragia posparto (HPP) se define como la pérdida de sangre mayor a 500 cc luego de un parto vaginal o mayor a 1000 cc después de una cesárea (20).

La HPP masiva está definida como el sangrado mayor a 1000 cc en las primeras 24 horas del puerperio.¹⁻³ Con el fin de establecer medidas más objetivas se ha propuesto la definición de HPP masiva, ante un descenso mayor o igual al 10% del hematocrito o si el sangrado se asocia a una inestabilidad hemodinámica (20).

La hemorragia posparto se clasifica como temprana o tardía. La hemorragia temprana se presenta durante las primeras 24 horas del periodo posparto generalmente en las 2 primeras horas siendo la más frecuente y grave; las causas son atonía uterina, retención de restos placentarios, anomalías placentarias y laceraciones del tracto genital. La hemorragia tardía es la que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas del posparto, con una frecuencia entre



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

el 5 y 10% de los partos, las causas más comunes son retención de restos placentarios, infecciones, laceraciones y la enfermedad trofoblástica (20).

Si el sangrado no se detiene a pesar del tratamiento con agentes uterotónicos y de otras intervenciones conservadoras disponibles (por ejemplo, masaje uterino, taponamiento con balón), se recomienda el uso de intervenciones quirúrgicas por cómo realizar suturas de compresión y, si estas fallan, entonces se puede intentar la ligadura de los vasos uterinos, útero-ováricos e hipogástricos. Pero si el sangrado potencialmente mortal continúa incluso después de la ligadura, debe realizarse la histerectomía subtotal o total (18).

2.6. Atonía uterina

La incapacidad del útero para contraerse de manera apropiada después del parto (11) Sus factores de riesgo son la sobredistensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal; el agotamiento muscular por parto prolongado, rápido o gran multiparidad y corioamnionitis (22).

Los esfuerzos por acelerar el alumbramiento pueden incitar la atonía, el masaje y la presión constante sobre el útero que ya está contraído podrían obstruir el mecanismo fisiológico de desprendimiento de la placenta, lo que causa separación incompleta de la placenta y aumento de la hemorragia (22).

La histerectomía en la atonía uterina se indica cuando la hemorragia no responda al tratamiento conservador o el cirujano no domine las técnicas quirúrgicas conservadoras. Independientemente de la edad de la paciente, el



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

número de gesta o el deseo de tener más hijos, el criterio quirúrgico debe basarse en salvar la vida de la madre (22).

B. Tipos y de abordajes de la histerectomía

Existen tres tipos de histerectomía:

- Subtotal: También llamada supracervical o parcial. Procedimiento que implica remover el útero dejando el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio (23).
- Total: Extirpación del útero y el cérvix. Éste es el procedimiento más común de la histerectomía (23).
- Radical: Se extrae tanto el útero como el cuello uterino, los ovarios, las trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis (24).

Se puede realizar por 2 vías: La vaginal y la vía abdominal o laparoscópica. La vía por la cual se opte intervenir va a depender del estado de las pacientes, la patología que presente y la técnica del cirujano (3).

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. La histerectomía vaginal continúa siendo el método menos invasivo, con una recuperación más rápida, menos episodios febriles, menores gastos, y está respaldada por el Dictamen de Comité No. 444 del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos como la ruta de preferencia cuando es factible. A pesar de los beneficios de la histerectomía vaginal, de 1990 a 2005 se registró un descenso del 2% en el cantidad de histerectomías vaginales realizadas. La



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

histerectomía laparoscópica, una técnica que se ha popularizado rápidamente, tiene ventajas similares a la histerectomía vaginal, pero tarda más en llevarse a cabo, su costo es mayor, y conlleva los riesgos asociados a las incisiones abdominales (24).

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 en procedimientos vaginales. Recientes reportes demuestran que la histerectomía abdominal se realiza en 66,1% de los casos, seguida por la vía vaginal y por último la laparoscópica con el 11,8% de los casos (9).

C. Complicaciones de la histerectomía

Las complicaciones más comunes de la histerectomía se pueden categorizar como infecciosas, tromboembólicas venosas, lesiones del tracto genitourinario (GU) y gastrointestinal (GI), hemorragia, lesiones neurológicas, y dehiscencia del manguito vaginal (24).

Las complicaciones infecciosas después de la histerectomía son las más comunes, con un rango de 10.5% en la histerectomía abdominal a 13.0% en la histerectomía vaginal, y 9.0% en la laparoscópica. Las tromboembolias venosas son menos comunes y van desde una tasa de diagnóstico clínico de 1% a eventos detectados por métodos de laboratorio más sensibles de hasta 12%. Se estima que las lesiones del tracto GU se producen en 1 a 2% de todas las cirugías ginecológicas mayores y que un 75% de estas lesiones se presentan durante la histerectomía. Las lesiones del tracto GI después de histerectomía son menos comunes, con un rango de 0.1-1%. Las complicaciones hemorrágicas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

después de histerectomía también son poco frecuentes, con un rango promedio estimado de pérdida de sangre de 238-660.5 ml en la histerectomía abdominal, 156-568 ml en la histerectomía por vía laparoscópica, y 215 a 287 ml en la histerectomía vaginal, siendo la transfusión de sangre sólo más probable después de la histerectomía laparoscópica en comparación con la histerectomía vaginal (probabilidad relativa 2.07, intervalo de confianza 1.12-3.81). La neuropatía después de la histerectomía es un evento poco frecuente, pero significativo, con una tasa de 0.2-2% después de una cirugía pélvica mayor. La dehiscencia del manguito vaginal se estima en una tasa de 0.39%, y es más común después de histerectomía laparoscópica total (1.35%) en comparación con histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (0.28%), histerectomía abdominal total (0.15%), e histerectomía vaginal total (0.08%) (24).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7- Marco Metodológico

7.1 Tipo de estudio y Diseño general

Estudio observacional descriptivo de corte transversal con muestreo probabilístico.

7.2 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión.

7.2.1. Universo de Estudio:

El universo de estudio está formado por las pacientes hysterectomizadas.

7.2.2. Población de Estudio:

La población de estudio son las pacientes hysterectomizadas en los servicios de obstetricia y onco-ginecologia.

7.2.3. Selección y tamaño de la muestra:

La muestra estuvo conformada por 39 pacientes hysterectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo.

7.2.4. Unidad de análisis:

Fichas clínicas de pacientes hysterectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.2.5. Criterios de inclusión:

- Pacientes que se les realizó histerectomía, por presentar patología onco-ginecológica.
- Pacientes que se les realizó histerectomía por presentar patologías obstétricas.

7.2.6. Criterios de exclusión:

- Expedientes clínicos incompletos según edad y tipo de abordaje quirúrgico.

7.3. Variables de Estudio o Categorías de análisis:

7 variables fueron ordenadas en 4 secciones que responden a los objetivos de este estudio:

Características sociodemográficas: Edad, Procedencia, Ocupación.

Motivo de consulta

Indicación de histerectomía.

Tipo de abordaje quirúrgico.

7.3.1. Operacionalización de las variables.

Variable	Definición Operativa	Unidad de Medición	Tipo de Variable
Edad	Años de vida de la paciente registrados en el expediente clínico	>18-25 años:0 26-35 años:1 36-45 años:2 46- 55 años:3 56- 65 años:4 66-75 años:5	Cuantitativa Continua



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Procedencia	Dato que se obtuvo del instrumento de recolección de datos	Urbano:0 Rural:1	Cualitativa Nominal
Ocuación	Dato que se obtuvo del instrumento de recolección de datos	Estudiante:1 Ama de casa:2 Profesional:3	Cualitativa Nominal
Motivo de consulta	Motivo por el cual acudió al Hospital regional	Referencia de la paciente en historia clínica	Cualitativa nominal
Indicación de Histerectomía	Indicación médica que llevo a la realización de la cirugía	Miomatosis Uterina:1 Neoplasias: 2 Hiperplasia endometrial: 3 Endometriosis: 4 Enfermedad Trofoblástica gestacional:5 Placenta previa: 6 Atonía Uterina: 7	Cualitativa Nominal
Tipo de abordaje quirúrgico	Tipo de histerectomía realizada	Abdominal: 1 Vaginal: 2	Cualitativa nominal



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.4 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos

- Se solicitó la aprobación del trabajo por las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú.
- Autorización para ingreso al departamento de estadística del Hospital Regional de Coronel Oviedo previa solicitud mediante oficio dirigida al Dr. Catalino Fabio Director del mismo.
- Se acudió al departamento de estadísticas del Hospital Regional de Coronel Oviedo y obtención de datos mediante las historias clínicas de pacientes durante el período de tiempo del estudio.
- Se seleccionó a de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.
- Recolección de los datos en una hoja preparada para el efecto (anexo 1).

7.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

Esta investigación no busco más que recolectar información sobre los diversos casos de histerectomía que se han dado en el Hospital Regional de Coronel Oviedo en el año 2018, respetando siempre a las personas, sus características individuales, privacidad y derechos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

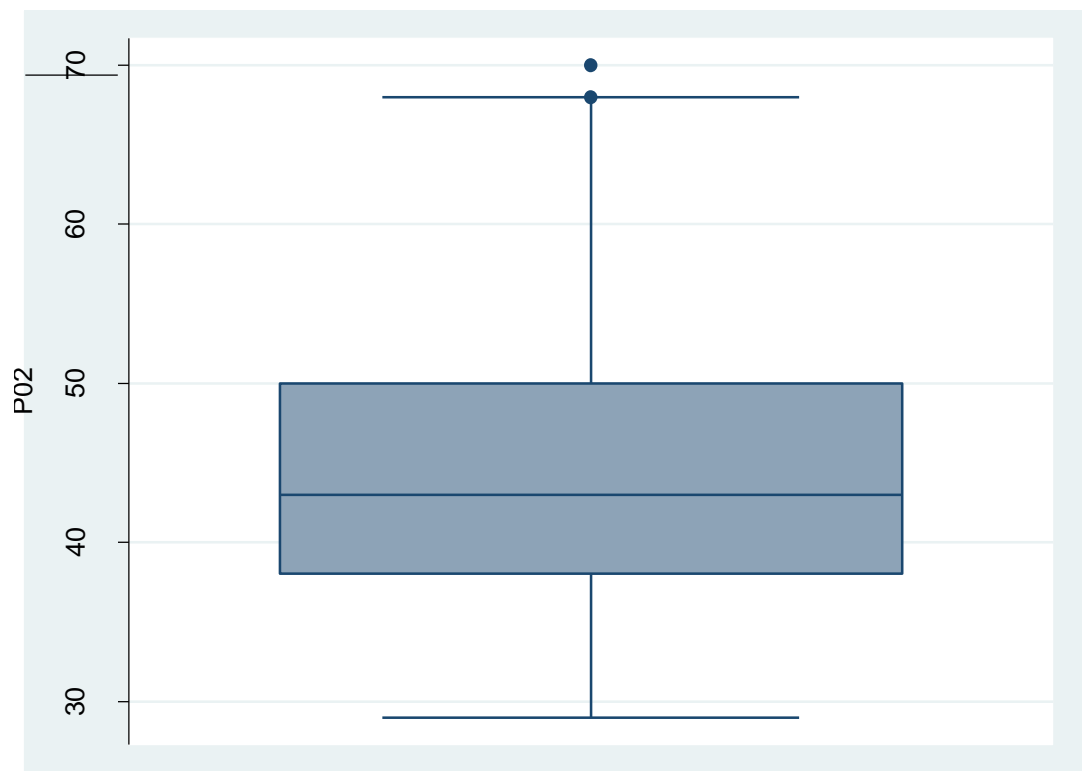
7.6 Plan de análisis

- La recolección de datos, se plasmaron los resultados en cuadros de frecuencia y porcentuales los mismos son representados en gráficos, durante el proceso de tabulación.
- Los datos proporcionados fueron cargados inicialmente en una planilla Excel, luego del control de calidad de los datos y las variables, exportados y analizados con el paquete estadístico Stata 12.0, los resultados se presentan mediante cuadros de frecuencia y porcentaje, gráficas de las variables del estudio.
- Por tratarse de un estudio que no involucra la participación directa de los pacientes, no fue necesario obtener consentimiento informado alguno.



8- Resultados

Grafico 1: Distribución según edad de las pacientes histerectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39)



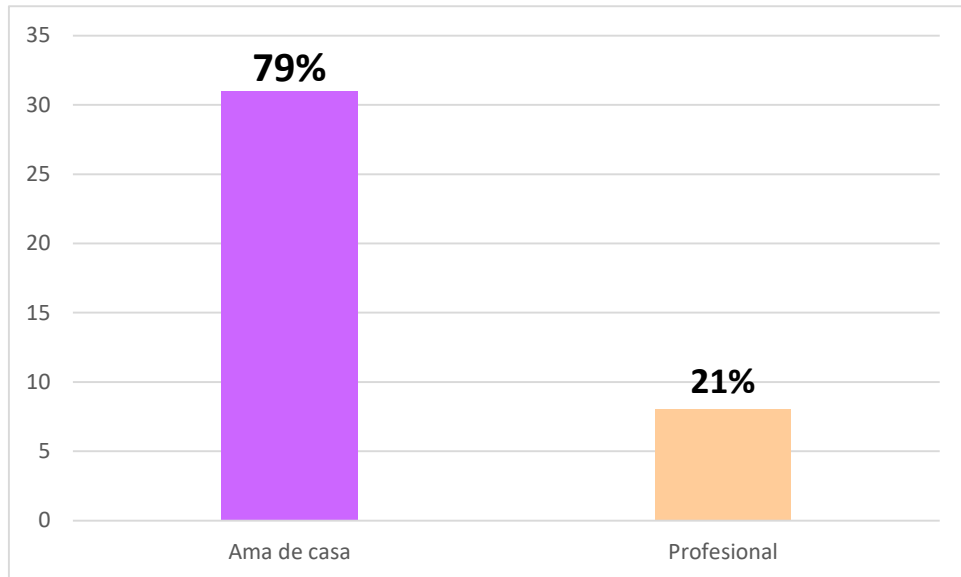
Fuente: Fichas Clínicas de pacientes histerectomizadas en el Hospital Regional de Coronel de Oviedo, 2018.

El promedio de edad fue de $44,3 \pm 9,5$, el 50% de las pacientes estaba comprendido entre 38 y 50 años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 2: Distribución según ocupación de las pacientes histerectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39).



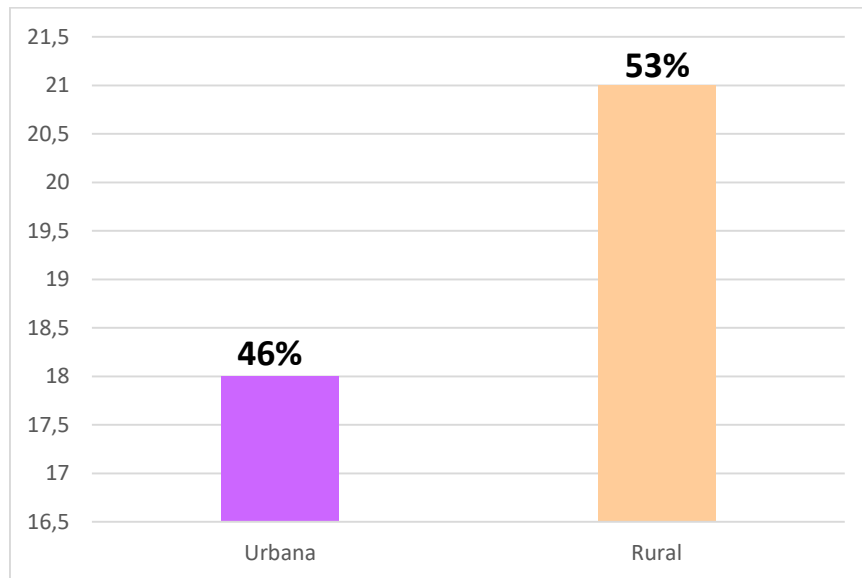
Fuente: Fichas Clínicas de pacientes histerectomizadas en el Hospital Regional de Coronel de Oviedo, 2018.

Se observó que 31 (79%) son pacientes dedicadas a las labores cotidianas del hogar, quedando 21% a mujeres que se dedican a diversas profesiones.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 3: Distribución según procedencia de las pacientes histerectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39).



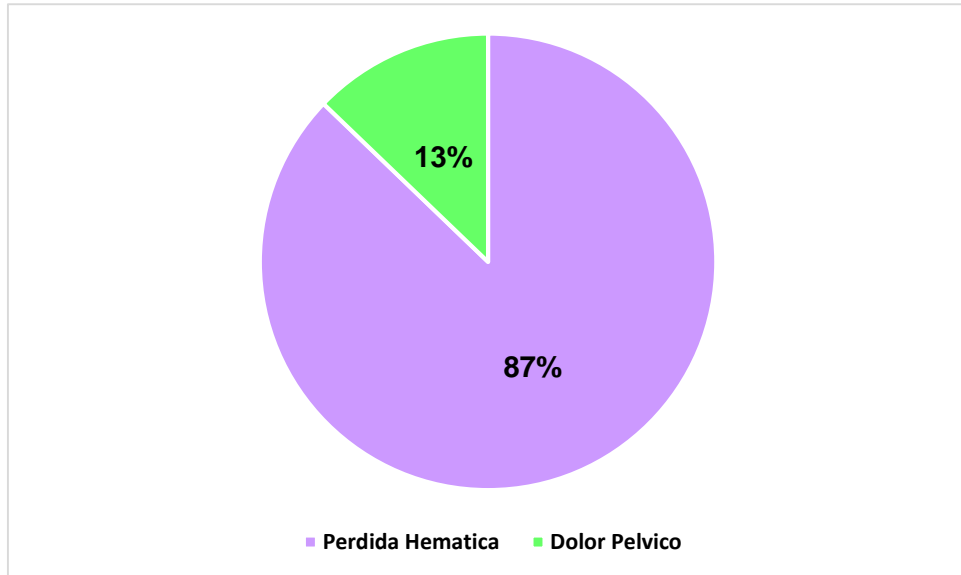
Fuente: Fichas Clínicas de pacientes histerectomizadas en el Hospital Regional de Coronel de Oviedo, 2018.

Se observó que 21 (53%) son procedentes del área rural, no siendo mucha la diferencia con las pacientes del área urbana en un 46%.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 4: Distribución según motivo de consulta de las pacientes histerectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39)



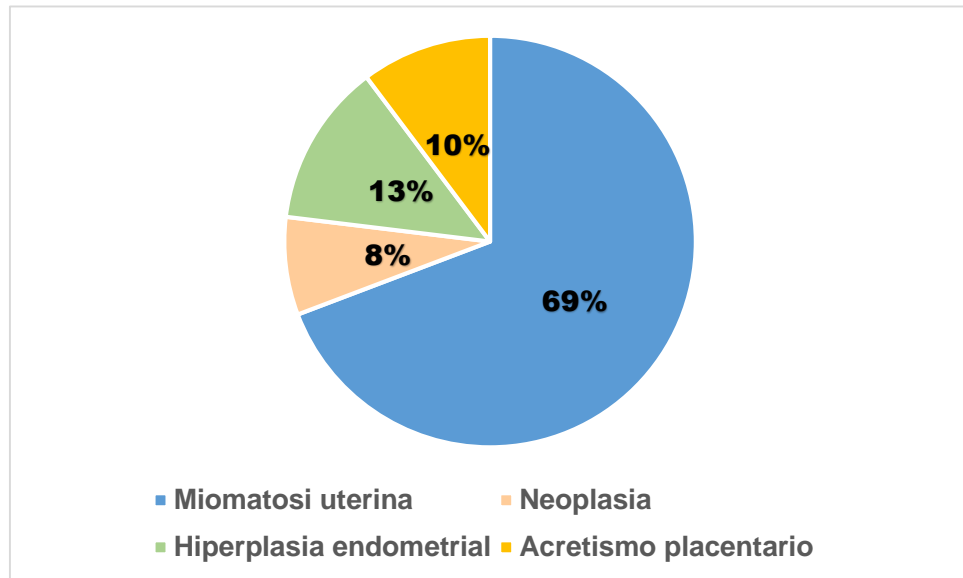
Fuente: Fichas Clínicas de pacientes histerectomizadas en el Hospital Regional de Coronel de Oviedo, 2018.

Se observó que el 87% de las pacientes acudieron a consulta por perdida hemática y solo el 13% presentaron dolor pélvico.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 5: Distribución según diagnóstico de pacientes histerectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39)



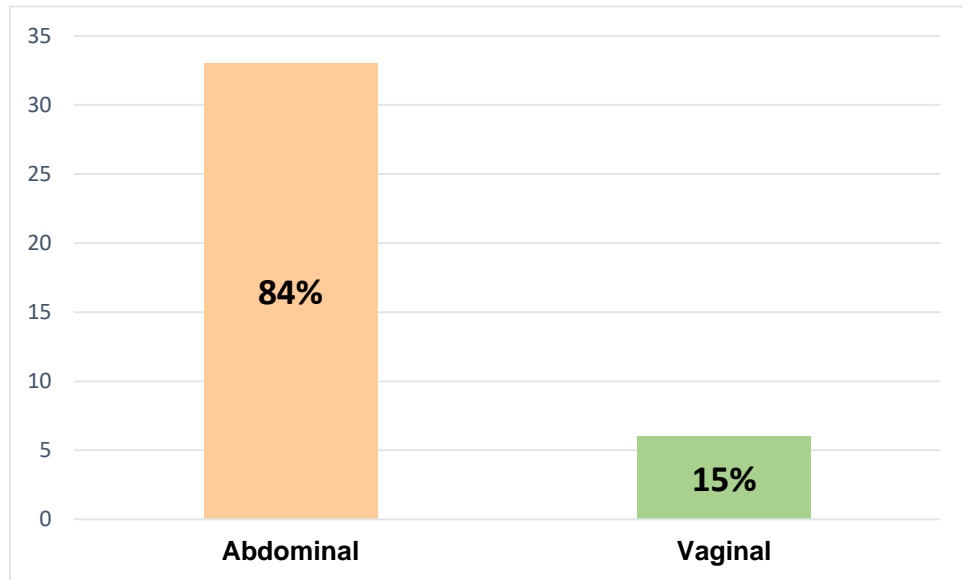
Fuente: Fichas Clínicas de pacientes histerectomizadas en el Hospital Regional de Coronel de Oviedo, 2018.

El diagnóstico más frecuente por el cual fueron sometidas las pacientes fue por miomatosis uterina en 69%, seguido por hiperplasia endometrial en un 13%.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 6: Distribución según abordaje quirúrgico de las pacientes hysterectomizadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39)



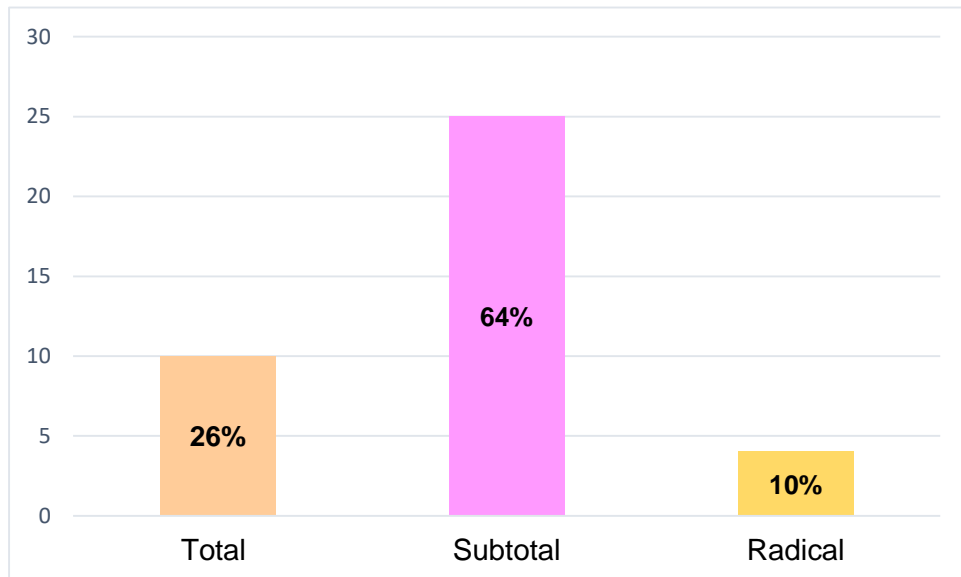
Fuente: Fichas Clínicas de pacientes hysterectomizadas en el Hospital Regional de Coronel de Oviedo, 2018.

El abordaje quirúrgico frecuente de acceso fue la vía abdominal en 33 casos que representa el 84%.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 7: Distribución según tipo de histerectomía realizada en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2018 (n=39)



Fuente: Fichas Clínicas de pacientes histerectomizadas en el Hospital Regional de Coronel de Oviedo, 2018.

El 64% de las pacientes fueron sometidas a histerectomía subtotal que representa 25 casos, seguido en 26% por histerectomía total y por ultimo histerectomía total en el 10% de los casos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

9- Discusión

Se estudió en el presente trabajo un total de 39 casos de histerectomía realizados en el Hospital Regional de Coronel Oviedo por un año de periodo desde enero a diciembre del 2018.

En el presente estudio realizado, la edad promedio del estudio fue de 44,3 con una DS de 9,5 años , el 50% de las pacientes estaba comprendido entre 38 y 50 años, equiparable con la investigación realizada por Carmona-García en el 2016 (5). De misma forma similar al estudio de Mendoza-Romero, et al en el 2011 reporto como edad promedio los 42 años (7). Otros autores concluyeron un promedio de edad de 40 años, datos similares encontrados en este trabajo (6).

En cuanto a la procedencia se observó que 31 (79%) son pacientes dedicadas a las labores cotidianas del hogar, siendo un indicador la falta de tiempo para acudir de forma rutinaria a un especialista ginecológico en la edad adulta, quedando 21% a mujeres que se dedican a diversas profesiones.

El motivo por el cual acudieron al nosocomio fue la perdida hemática vaginal representado en 34 (87%) casos, seguido en menos frecuencia por el dolor pélvico (13%).

De los diagnósticos clínicos que llevaron a la histerectomía el de mayor frecuencia fue miomatosis uterina con una frecuencia de 69%, seguida en un 13% de hiperplasia endometrial, diagnostico que prevalece en otros estudios, las indicaciones más frecuentes presentadas en la Cruz Roja Paraguaya, 72,8% en



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

70 casos (6), similar frecuencia presentado por Mendoza-Romero et al, en 92% para miomatosis uterina, seguido en este caso por prolapso uterino (7). Mientras en otro estudio realizado por Manríquez et al, la frecuencia prevalece para la miomatosis con 29% de 379 casos, seguido por trastornos menstruales en 24% (9).

El tipo de histerectomía realizada corresponde al tipo subtotal con 25 (64%) casos registrados y el abordaje por vía abdominal realizado en 33 (84%) casos. De igual manera en el Hospital Público del estado de Roraima, Brasil, predominó la histerectomía en 103 casos realizado por vía abdominal, estudio realizado por Coelho, et al (2). Comparando con el estudio realizado por Manríquez, et al, difiere ya que el 83% (n=315) se realizó por vía vaginal (9). Las principales limitaciones de este estudio fueron las fichas clínicas incompletas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

10- Conclusión

La histerectomía fue más frecuente en una población mayor a 44 años con un DS de 9,5 años.

La población presento en su mayoría a dedicarse a los labores del hogar y ser procedentes del área rural.

El motivo por el cual acuden las pacientes a consultar es la perdida hemática y la principal indicación para histerectomía fue la miomatosis uterina en el diagnóstico clínico, seguido por hiperplasia endometrial y acretismo placentario.

La histerectomía de tipo subtotal y mediante la incisión abdominal fue la más realizada.

El procedimiento es realizado en mayor frecuencia en edad menopáusica o peri menopáusica, vislumbra la necesidad de controles anuales con el especialista ginecológico.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

11- Recomendaciones

- Incluir programas de desarrollo de la salud integral y prevención, mediante promoción a la salud, que traten las causas de histerectomía, haciendo participe a la población de riesgo.
- Intensificar campañas de concientización por medios de comunicación de los beneficios del control ginecológico
- El personal médico a cargo debe brindar información actualizada y oportuna sobre los cuidados y cambios físicos.
- Incluir en futuras investigaciones el impacto psicológico post quirúrgico, así como la calidad de vida sexual en las pacientes.



12- Referencias Bibliográficas

1. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham G. *Oncología Ginecológica. Williams Gynecology*. 3ra Edición, Dallas-Texas; The McGraw-Hill Companies; 2012.
2. Cohelo S, Castro E, Dantas C, Viera M, Andres M, Podgaec S. Perfil epidemiológico e complicações pós-operatórias das mulheres submetidas à cirurgia ginecológica em centro de referência do extremo setentrional da amazônia legal brasileira. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2015; 42(6): p. 372-376.
3. Aarts J, Nieboer T, Johnson N, Tavander E, Garry R, Mol B. Abordaje quirúrgico de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas. *EE.UU. Cochrane*. [publicado: 12 de agosto de 2015]. disponible en: https://www.cochrane.org/esCD003677/MENSTR_surgical-approach-hysterectomy-benign-gynaecological-diseases
4. Vega G, Bautista LN, Rodríguez LD, Loredó F. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *REV CHIL OBSTET GINECOL.* 2017; 82(5): 526-533.
5. García D. Análisis de 100 casos de histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2016; 76(1): p. 4-10.
6. Salerno C. Hemorragia Uterina anormal en el Hospital Materno Infantil Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya. *Rev G&Obs de la SPOG.* 2010; 60(47): 23-30.
7. Mendoza J, Alonzo J, DiCriscio R, Pérez Canto G, Teppa Garrán A, Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2011;.65(2): 32-58.
8. Patino-Peyrani LM, Jiménez-Baez MV, Sandra Pérez-Silva. Histerectomía obstétrica: caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel. *Rev Sal Quintana Roo.* 2014; 7(28); p. 10-14 .



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

9. Manríquez G., Naser N.,Gómez L..Complicaciones intraoperatorias de la hysterectomía vaginal por causas benignas. Experiencia de seis años, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. REV CHIL OBSTET GINECO. 2013; 78(6).
10. Schlitt J, Gomez R. Vías de abordaje quirúrgico de la hysterectomía en el tratamiento de la enfermedad benigna del útero. Acta Médica Grupo Ángeles. 2019; 17(3): p. 218-224.
11. Cunningham G, Kenneth J. Leveno H, Steven L, Bloom, G, Jodi S. Dashe V, Barbara L. Hoffman G, Brian M, Jeanne S. Sheffield L. Anomalías placentarias. Williams Obstetricia 24ed , Mexico- D.F. editor.: Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A.; 2015. 116-120..
12. Yovarone R, Laborde A, Sotero Salgueiro G, Sosa C, Dominguez A. La hysterectomia vaginal en utero no prolapsado. Salvat. 2011;40(2):p. 34-54.
13. Sanchez RH, Díaz Ramirez JJ. Hysterectomía obstétrica, último recurso en el tratamiento de la hemorragia obstetrica. Rev Sanid Milit Mex 2016;70(2):63-71.
14. Nodarse A. Capote R, Cuevas E, Borrego J, Martinez I, Couret M. Comportamiento Epidemiológico de la Hysterectomía Obstétrica. Rev Cubana de ObsteT Ginecol. 2013; 39(2): 44-7.
15. Cerrella, Gissella. Guía de práctica clínica: Miomas uterinos. OSECAC. 2014 ; 70(15): 13-17.
16. Testa, Dr. Prof. Rodrigo. Edad Fertil. Ginecología. Fundamentos para la practica clinica. 1era Edicion. Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2011.
17. Montes H, Lopez J, Cassab H. Sangrado Uterino Anormal. Rev Paceta Med Fam; 2013 [Consultado 28 mayo 2019]: 4(5); 64–66.
18. Paredes V. “Hysterectomía En Pacientes Atendidas En El Área De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital General Isidro Ayora De Loja”. Ginecol Obstet Mex . 2017; 7(2); 20-33.
19. Serman DF. Cancer Cervicouterino: Epidemiologia, Historia Natural Y Rol Del Virus Papiloma Humano. Perspectivas En Prevencion Y Tratamiento. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2012 [Consultado 28 mayo 2019]; 67(4); 318-323.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

20. Fescina R, De Mucio B, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. CLAP/SMR. 4ta Edición. Montevideo-Uruguay. 2012.
21. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Embarazo Patologico. edición, lugar de publicación ,El ateneo. Obstetricia. 6ta Edicion. Argentina.. 2014.
22. Chocoyo VEE. Indicaciones y complicaciones de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Cobán. (Estudio retrospectivo del 1 de Enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2014). 2016.
23. Pescador M. Extirpación del útero (histerectomía). Mexico. Onmeda. Publicado; 19 de marzo 2012; [consultado 3 marzo 2019]. Disponible en: http://www.onmeda.es/exploracion_tratamiento/histerectomia.html.
24. Clarke-Pearson D, Geller E. Complicaciones de la histerectomía. Obstet Gynecol. 2013; 121(654): p. 73.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13- Anexo

13.1- Instrumento de recolección de datos.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO EN EL AÑO 2018.

1. Nª HC:

2. Edad

3. Ocupacion:

Estudiante ()

Ama de Casa ()

Profesional ()

4. Procedencia: Rural ()

Urbana ()

Datos Obstetrico

5. Gestacion:

6. Paridad:

7. Cesárea previa

8. Antecedente de aborto

INDICACIONES:

Miomas Uterinos Si () NO()

Endometriosis Si () NO()

Adenomiosis Si () NO()

Hiperplasia endometrial Si () NO()

Neoplasias

Cáncer de Cuello Uterino ()

Cáncer de endometrio ()

Otros...

Placenta Previa: Si () NO()

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta: Si () NO()

Alteración de la adherencia placentaria

Placenta acreta ()

Placenta increta ()

Placenta percreta: ()

Hemorragia post parto: Si () NO()

Atonía Uterina: Si () NO()



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13.2- Carta de aprobación del permiso para ejecución del trabajo (Escaneado)



Paraguay
de la gente

HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ A. SAMUDIO

Eugenio A. Garay casi Héctor Roque Duarte – Barrio 12 de Junio

Telefax: 0521-202167

Coronel Oviedo, 01 de Octubre del 2019

Amalia Raquel Roa

Proyectista de la Facultad de Ciencias Médicas – UNC@

Presente

Me dirijo a Uds. y por su intermedio a quien corresponda con el objeto de responder a la nota de fecha 30 de setiembre de 2019, en la que se solicita autorización para realizar un trabajo de investigación con el título “Características clínicas de las pacientes Histerectomizadas en el HRCO/2018”. Al respecto, se autoriza la realización del trabajo, con la solicitud como contrapartida de la presentación del trabajo terminado en formato impreso y digital al Dpto. de Docencia e Investigación de nuestro Hospital para formar parte de la Biblioteca del mismo.

Sin otro particular, le saludo cordialmente.

Dr. Catalino Ángel Fabio C.
Director
Hospital Regional Cué L. Oviedo
Dr. Catalino Fabio Centurión
Director HRCO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13.3- Carta de aprobación del protocolo de investigación por parte del tutor (Escaneado)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
Sede Coronel Oviedo
Creada por Ley N° 3.198 del 04 de mayo de 2007
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA



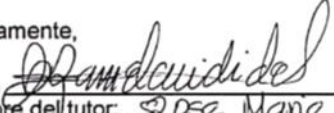
Coronel Oviedo, 10 de octubre de 2019

Señor:
Dr. Carlos Miguel Rios Gonzalez, Director
Direccion de Investigación, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional de Caaguazu.

En mi condición de tutor metodológico de investigación titulado: "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO AÑO 2018.", certifico que el trabajo realizado cumple con las exigencias académicas y metodológicas establecidas; así como con los requisitos de forma del trabajo, de citación y de bibliografía. Por lo anterior, confirmo que el documento ha sido evaluado y aceptado por mi persona..

A continuación, confirmo los datos del autor:
Nombres y apellidos completos: Amalia Raquel Roa.
No. Documento de identidad: 5.796.464.

Atentamente,

Firma 
Nombre del tutor: Rosa María Sachelawidi

No. Documento de identidad 819420



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13.4- Carta de aprobación del borrador final de investigación por parte del tutor temático y/o metodológico (Escaneado).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
Sede Coronel Oviedo
Creada por Ley Nº 3.198 del 04 de mayo de 2007
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA



Coronel Oviedo, 19 de octubre de 2019

Señor:
Dr. Carlos Miguel Rios Gonzalez, Director
Dirección de Investigación, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad
Nacional de Caaguazu.

En mi condición de tutor metodológico del trabajo final de grado titulado:
"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS
EN HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO EN EL AÑO 2018" certifico
que el trabajo realizado cumple con las exigencias académicas y metodológicas
establecidas; así como con los requisitos de forma del trabajo, de citación y de
bibliografía. Por lo anterior, confirmo que el documento ha sido evaluado y
aceptado por mi persona...

A continuación, confirmo los datos del autor:

Nombres y apellidos completos: Amalia Raquel Roa.
No. Documento de identidad: 5.796.464

Atentamente,

Firma

Nombre del tutor: Lic. Rose Marie Sachelaridi de Lopez.

No. Documento de identidad: 819.420



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13.5- Carta de declaración de conflicto de intereses



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
Sede Coronel Oviedo
Creada por Ley N° 3.198 del 04 de mayo de 2007
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA



DOCUMENTO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERES

Conforme a lo establecido en las directrices de la Dirección de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú, es necesario comunicar por escrito la existencia de alguna relación entre el estudiante y cualquier entidad pública o privada de la cual se pudiera derivar algún posible conflicto de interés.

Un potencial conflicto de interés puede surgir de distintos tipos de relaciones, pasadas o presentes, tales como labores de contratación, consultoría, inversión, financiación de la investigación, relación familiar, y otras, que pudieran ocasionar un sesgo no intencionado del trabajo de los firmantes de este manuscrito.

Título del trabajo final de grado:
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO EN EL AÑO 2018.

- El estudiante firmante del trabajo en referencia, declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

Nombre del Autor y Firma: Amalia Jaguel Roa. 



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13.6- Carta de autoría.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
Sede Coronel Oviedo
Creada por Ley Nº 3.198 del 04 de mayo de 2007
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Yo, Amalia Raquel Ros, con documento de identificación numero 5.796.464, y estudiante de medicina la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Nacional de Caaguazú, en relación con el Trabajo Fin de Grado titulado: "CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO EN EL AÑO 2018", presentado para su defensa y evaluación en el curso, declara que asume la originalidad de dicho trabajo, entendida en el sentido de que no ha utilizado fuentes sin citarlas debidamente. Asimismo asume toda la responsabilidad que esta acarree.

Coronel Oviedo, 10 de octubre de 2019

Firma: _____