

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**EFICACIA INTRAOPERATORIA DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL
EN EL HOSPITAL GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN
DURANTE NOVIEMBRE 2014 – NOVIEMBRE 2015**

AUTORES:

**Arroyo Alomoto, Daniela Estefanía
Zambrano Mecías, José Manuel**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Diego Vásquez

Guayaquil, Ecuador

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **DANIELA ESTEFANÍA ARROYO ALOMOTO Y JOSÉ MANUEL ZAMBRANO MECÍAS**, como requerimiento para la obtención del Título de **MÉDICO**.

TUTOR

OPONENTE

Dr. Diego Vásquez

Dr. Xavier Landívar

**DECANO/DIRECTOR DE LA
CARRERA**

**COORDINADOR DEL
ÁREA/DOCENTE DE LA
CARRERA**

Dr. Juan Luis Aguirre

Dr. Diego Vásquez

Guayaquil, a los 19 días del mes de septiembre del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Daniela Estefanía Arroyo Alomoto y José Manuel Zambrano Mecías**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación “**EFICACIA INTRAOPERATORIA DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN EL HOSPITAL GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN DURANTE NOVIEMBRE 2014 – NOVIEMBRE 2015**” previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 19 días del mes de septiembre del año 2016

LOS AUTORES

DANIELA ARROYO ALOMOTO

JOSÉ ZAMBRANO MECÍAS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Daniela Estefanía Arroyo Alomoto y José Manuel Zambrano
Mecías**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“EFICACIA INTRAOPERATORIA DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN EL HOSPITAL GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN DURANTE NOVIEMBRE 2014 – NOVIEMBRE 2015”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 19 días del mes de septiembre del año 2016

LOS AUTORES

DANIELA ARROYO ALOMOTO

JOSÉ ZAMBRANO MECÍAS

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento de este trabajo de investigación está dedicado a Dios por sobre todas las cosas, a mis padres que me han apoyado en el trayecto de toda mi vida y carrera universitaria siendo el pilar fundamental de mi formación, a mi compañera de tesis y a todos quienes colaboraron de alguna u otra forma para que estoy hoy sea una realidad.

José Manuel Zambrano Mecías

Doy gracias en primer lugar a Dios, por permitirme culminar una etapa de este largo camino por recorrer. Agradezco a mis padres, ya que sin su amor y su apoyo incondicional esto no hubiera sido posible. A José, por el esfuerzo y dedicación que le pusimos a este trabajo.

Daniela Estefanía Arroyo Alomoto

DEDICATORIA

Mi trabajo de tesis lo dedico a:
Dios mi creador,
Mis padres mis mejores maestros,
Hermanos mis mejores amigos.

José Manuel Zambrano Mecías

Quiero dedicar este trabajo y mi futuro título a mi familia: mis padres, ya que gracias a ellos soy lo que soy y todo logro que haga es para ellos; a mi abuelita Nancy, por la cual daría cualquier cosa para que este aquí compartiendo estos momentos conmigo, quien me supo formar desde pequeña y contribuyo infinitamente en mi formación académica; a mi abuelito Domingo, que siempre estuvo dándome su cariño y ayudándome en lo que necesité.

Daniela Estefanía Arroyo Alomoto



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dr. Diego Vásquez

TUTOR

Dr. Diego Vásquez

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

Dr. Xavier Landívar

OPONENTE

Dra. Janeth González

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CALIFICACIÓN

Dr. Diego Vásquez
TUTOR

Dr. Diego Vásquez
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

Dr. Xavier Landívar
OPONENTE

Dra. Janeth González
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
HIPÓTESIS	5
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	6
HISTERECTOMÍA VAGINAL	6
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	7
TÉCNICA QUIRÚRGICA	8
COMPLICACIONES	10
CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	12
DISEÑO DEL ESTUDIO	12
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	12
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	12
VARIABLES	12

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	13
CAPÍTULO III: ANÁLISIS ESTADÍSTICO	14
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	15
CONCLUSIONES	17
RECOMENDACIONES	17
BIBLIOGRAFÍA	18
ANEXOS	26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: CAUSAS DE HISTERECTOMÍA VAGINAL	22
GRÁFICO 2: NÚMERO DE GESTAS	23
GRÁFICO 3: PARTOS	23
GRÁFICO 4: CESÁREAS	24
GRÁFICO 5: ABORTOS	24
GRÁFICO 6: COMORBILIDADES	25

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: CAUSAS DE HISTERECTOMÍA VAGINAL	21
TABLA 2: ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS	21
TABLA 3: COMORBILIDADES	22

RESUMEN

Introducción.- La histerectomía, es la segunda cirugía ginecología realizada con mayor frecuencia en los Estados Unidos. Está indicada en pacientes con patología benigna, siendo la causa más frecuente el prolapso genital. Las contraindicaciones relativas de la histerectomía vaginal se refieren al tamaño del útero o falta de descenso. Presenta mayores ventajas frente a la técnica abdominal: menor sangrado, tiempo de recuperación más rápido, menor tiempo quirúrgico empleado.

Objetivo.- Determinar la eficacia intraoperatoria de la histerectomía vaginal en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón durante noviembre 2014 – noviembre 2015.

Métodos.- Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se incluyó la totalidad de las pacientes intervenidas (44 mujeres), en el periodo de tiempo de noviembre de 2014 hasta noviembre de 2015. Se realizó la revisión de las historias clínicas y se recolecto los datos mediante una ficha que contenía las variables del estudio. La información fue tabulada en el programa Microsoft Excel 2010. Se determinó como cirugía sin complicaciones intraoperatorias a la realizada en menos de 120 minutos; pasado este tiempo, se considera la existencia de complicaciones durante la intervención.

Resultados.- Se realizaron un total de 44 histerectomías vaginales en el periodo de tiempo establecido, de las cuales el 68.2% (n=30) se llevaron a cabo en menos de 120 minutos, y el 31,8% (n=14) duró más de los establecido. La edad promedio de las histerectomizadas fue de 72 años. La indicación más frecuente entre la población en estudio fue el prolapso genital total (75%). La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (63.6%).

Conclusiones.- En este estudio se concluyó que a mayor número de gestas, mayor era la eficacia de la histerectomía. La presencia de comorbilidad no tuvo significancia con la eficacia. El tiempo de recuperación hospitalaria post quirúrgica no es predictor de eficacia.

PALABRAS CLAVES: HISTERECTOMÍA VAGINAL, EFICACIA, CAUSAS DE HISTERECTOMÍA VAGINAL, COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS.

ABSTRACT

Introduction.- Hysterectomy is surgery most often performed after cesarean section in the United States. It is indicated in patients with benign disease, the most common cause genital prolapse. The relative contraindications to vaginal hysterectomy refer to the size of the uterus or undescended. It presents major advantages over abdominal technique: less bleeding, faster recovery time, less surgical time.

Objective.- Determine the intraoperative effectiveness of vaginal hysterectomy in the Hospital Dr. Abel Gilbert Ponton during November 2014 - November 2015.

Methods.- Is an observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study. Were included all operated patients (44 women) the period November 2014 to November 2015. The review of the medical records was performed and data was collected by a record containing the study variables. The data were tabulated in Microsoft Excel 2010 program. There was determined as surgery without intraoperative complications to that performed in less than 120 minutes; after this time, existed complications during the surgery.

Results.- A total of 44 vaginal hysterectomies were performed in the period of time, of which 68.2% (n = 30) were carried out in less than 120 minutes, and 31.8% (n = 14) took over the set. The average age of the histectomizadas was 72 years. The most common indication among the study population was the female genital prolapse (75%). The most frequent comorbidity was hypertension (63.6%).

Conclusion.- This study concluded that most number of pregnancy, the greater the effectiveness of hysterectomy. The presence of comorbidity had no significance with efficiency. Hospital time post surgical recovery is not a predictor of efficacy.

KEY WORDS: Vaginal Hysterectomy, effectiveness, CAUSES OF VAGINAL Hysterectomy, surgical complications.

INTRODUCCIÓN

Durante muchos siglos, la histerectomía vaginal se anticipó a la abdominal, siendo la primera realizada por Sorano de Efeso en el año 120 A.C., aunque fue en 1670 que se realizó la primera histerectomía vaginal exitosa. ¹ A mediados del siglo XX, se desestimuló el uso de esta vía en favor de la abdominal pues admitía una inspección ocular directa del campo operatorio y una mejor protección de los uréteres entre otros argumentos. Sin embargo, algunas escuelas de cirujanos de piso pélvico en varias partes del mundo, se dedicaron a rescatar, perfeccionar y divulgar la técnica vaginal con un resurgimiento de esta en las dos últimas décadas con buenos resultados. ⁶

En los Estados Unidos se realizan anualmente 600 000 histerectomías, ubicando a este procedimiento como el segundo más realizado, antecedido por la cesárea. ² Las pacientes que se ven beneficiadas con esta histerectomía son aquellas con patologías benignas, pacientes con cicatrices abdominales previas, obesas y/o patologías cardiopulmonares concomitantes. ² Las contraindicaciones relativas de la histerectomía vaginal se refieren al tamaño del útero o falta de descenso. ³ La vía vaginal tiene las ventajas de utilizar un orificio natural del cuerpo, minimizar la cicatrización y utilizar suturas reabsorbibles que disminuyen los costos, además de implicar menor sangrado, complicaciones y tiempo de recuperación. ³ La histerectomía vaginal se realiza en patologías uterinas que faciliten la extirpación de este órgano por esta vía, ya sea con prolapso propio de los demás órganos pélvicos. ⁴

Las complicaciones de la histerectomía vaginal pueden ser intraoperatorias, como por ejemplo hemorragias y lesiones de órganos subyacentes, o complicaciones posquirúrgicas, pudiendo llevar a una reintervención quirúrgica. ⁷ El objetivo de este estudio es determinar la eficacia intraoperatoria de la histerectomía vaginal en mujeres que fueron intervenidas en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón durante los meses de noviembre del 2014 a noviembre del 2015.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La histerectomía vaginal es la intervención de elección en patologías benignas ginecológicas. Tradicionalmente la resección uterina se ha realizado por abordaje abdominal o vaginal. La tendencia actual en diversos centros hospitalarios del mundo y cuando no existen contraindicaciones es hacerla por vía vaginal, debida a su menor morbilidad, menor período de convalecencia y disminución de la estancia hospitalaria. Son conocidas las ventajas de la intervención vaginal sobre la vía abdominal, sin embargo muchos profesionales prefieren la histerectomía abdominal para solucionar patologías que pueden resolverse por la vía vaginal. Las razones son varias, a veces el desconocimiento de la técnica hace que prevalezca la elección por la vía abdominal. En nuestro medio, es más frecuente el abordaje abdominal a pesar de los beneficios conocidos que brinda la técnica en estudio.

JUSTIFICACIÓN

Existen pocos estudios que analicen la eficacia de la histerectomía vaginal. En nuestro país no existen datos estadísticos que indiquen la frecuencia, causas o efectividad que puede tener esta cirugía. A menudo se piensa que toda patología en la cual haya que extirpar útero debe realizarse por vía abdominal. Las pocas investigaciones realizadas a nivel mundial demuestran la preferencia que suele existir hacia la vía vaginal frente a la abdominal, incluso mejor que ambas, ha resultado ser la intervención mediante laparoscopia, pero aun muestra ciertas desventajas frente a la histerectomía vaginal. Este estudio tiene como fin evaluar la eficacia intraoperatoria de la histerectomía vaginal, sin importar la causa que lo genere. Además de conocer las complicaciones que pueden existir ya sea durante o después de la cirugía.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la eficacia intraoperatoria de la histerectomía vaginal en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón durante noviembre 2014 – noviembre 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el rango de edad más frecuente de realización de histerectomía vaginal.
- Relacionar los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes con las causas de histerectomía vaginal.
- Establecer el tiempo de recuperación después de la práctica de la histerectomía vaginal.
- Describir las comorbilidades que presentaron las pacientes previas a la histerectomía.
- Determinar la presencia de recidivas en las pacientes sometidas a histerectomía vaginal.
- Describir las complicaciones intraoperatorias, postoperatorias inmediatas y postoperatorias a medio/ largo plazo que presentaron las pacientes que se realizaron una histerectomía vaginal.

HIPÓTESIS

La histerectomía vaginal es una intervención que no presenta complicaciones intraoperatorias.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Histerectomía Vaginal

En ginecología, se considera a la histerectomía como la segunda cirugía realizada con más frecuencia a nivel mundial. Este procedimiento consta de tres vías: abdominal, vaginal, laparoscópica o vaginal combinada con la técnica laparoscópica ^{1,4}. Históricamente, se sabe que la primera de estas técnicas en llevarse a cabo fue la vaginal, efectuada por primera vez por Soranus de Éfeso en el siglo II d.C en un útero gangrenoso. De ahí en adelante se realizaron de manera no tan frecuente durante los siglos XVII Y XVIII, presentándose contribuciones escasas sobre el procedimiento como la de Wrisberg, quien presentó un trabajo en la Viena Royal Academy of Medicine donde recomendaba la histerectomía vaginal para el cáncer de útero ^{5-6, 11, 21}.

Fue entonces Frederik Schauta quien frecuentó la práctica de la histerectomía vaginal como parte del tratamiento del cáncer cérvico uterino, haciendo que disminuyan las muertes por causas quirúrgicas que cuando se realizaban las histerectomías abdominales. ¹³

Con el pasar de los años, se ha mejorado la técnica y se amplió el número de indicaciones de la histerectomía, quedando a criterio médico la elección de la vía. Se conoce que la relación entre histerectomía vaginal vs histerectomía abdominal es de 1:3, lo cual puede estar determinado por el país, la experiencia médica y otros factores; no obstante, algunas revisiones y estudios demuestran que la frecuencia de la vía abdominal es mayor que la vaginal ². Una de las razones por la que se atribuía la preferencia en cuanto a realizar una histerectomía abdominal frente a una vaginal, era por la mejor visualización del campo quirúrgico que permitía la vía abdominal. Sin embargo, en los últimos años, se ha visto un resurgimiento de la histerectomía vaginal, esto se debe a la dedicación que se ha tenido por el perfeccionamiento de la técnica y su posterior divulgación ⁶.

La histerectomía vaginal es una técnica mínimamente invasiva, y presenta muchas más ventajas que la abdominal, podemos citar: pronta recuperación postquirúrgica, menor morbilidad, y rápido reintegro de la paciente a las actividades cotidianas ^{3,9}.

El American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) en 2009, propuso a la histerectomía vaginal y laparoscópica como las técnicas de elección frente a patologías benignas ginecológicas, dejando como segunda opción al abordaje abdominal. Incluso la técnica laparoscopia ha ganado lugar en los centros hospitalarios, sin embargo, frente a estas dos opciones, la mayoría de profesionales e instituciones se deciden por la vía vaginal, ya que hay mayor información en cuanto a técnica y experiencia, además de factores como el aumento del costo que esta técnica puede implicar ^{13, 17}.

1.2 Indicaciones y contraindicaciones

Se ha demostrado de manera amplia las ventajas que tiene la histerectomía vaginal frente a la abdominal. Se debe tomar en cuenta que la mayoría de las patologías tratadas mediante esta intervención son benigna, siendo la principal el prolapso uterino. El sangrado uterino anormal, la miomatosis y adenomiosis también son indicaciones para histerectomía vaginal, siendo estas patologías encontradas frecuentemente en pacientes nulíparas que no tengan útero prolapsado. ^{1, 2, 9} Previo la intervención, la paciente debe someterse a una valoración pélvica que también es de ayuda para reconocer si la mujer es apta para este procedimiento. La prueba de la histerectomía vaginal, como se la conoce, consiste en que basándose en antecedentes clínicos y la examinación, se determina si la cistectomía puede proseguir por la vía vaginal o se debe optar por el procedimiento abdominal. Las características a tomar en cuenta son la movilidad uterina, el diámetro vaginal y los fondos de saco planos. Estos se diferencian en dos categorías: dificultad moderada y dificultad severa. Para ser reconocida como dificultad moderada, el útero debe ser móvil, tener un diámetro mayor de 2 dedos y no tener fondos de saco planos. Mientras que para ser considerada de dificultad severa, debe contar con una de las siguientes características: útero fijo, diámetro vaginal menor a 2 dedos y tener fondo de saco planos ^{2,8}.

Otras características que ayudan al cirujano para decidirse por la vía vaginal son: pacientes que presenten obesidad mórbida, cicatrizaciones previas y si la vía abdominal pudiese provocar mayores complicaciones en la paciente ².

No existen contraindicaciones absolutas de la histerectomía vaginal, sin embargo se toman en cuenta ciertos criterios como posibles factores que impidan la realización: úteros con gran volumen, que tengan tamaño mayor a un embarazo de 12 semanas o un volumen mayor de 300 ml., cesáreas previas, vagina estrecha, útero fijo y un ángulo subpúbico menor de 90°. Existen autores que ponen la nuliparidad como contraindicación, pero existen estudios en que se demuestra que pacientes nulíparas se han realizado histerectomías vaginales con éxito. Una posible anexectomía no debe considerarse una contraindicación, ya que la tasa de fracasos durante la cirugía es baja. Entre otras contraindicaciones se citan: miomas cervicales, endometriosis severa, mucosa vaginal que envuelve cérvix, entre otras. ^{2,3}

1.3 Técnica Quirúrgica

Como se mencionó anteriormente, fue Sorano de Efeso el precursor de la histerectomía vaginal, realizándola en úteros prolapsados desde el siglo II después de Cristo, pero ya para 1915, Heaney establece la técnica más usada para esta intervención y que lleva su apellido. ¹⁶ Anatómicamente, el abordaje de la histerectomía vaginal es similar en cuanto a las estructuras encontradas a nivel abdominal, solo que de manera inversa. Uno de los principios más importantes es el cuidado que se debe tener al asegurar los ligamentos suspensores y la realización de la hemostasia correspondiente de manera ascendente. Para esta intervención se contara con el cirujano principal y dos ayudantes para las maniobras en que se deba emplear la valva vaginal. ²¹

La paciente debe estar en posición de litotomía dorsal, con los miembros inferiores elevados con apoyo de piñeras y el plano vulvo perineal encontrarse sobresalido de la mesa quirúrgica. Previo el inicio de la cirugía, se debe realizar un tacto bimanual para evaluar el nivel de fijación del útero de la paciente. Una vez colocadas las valvas laterales y posteriores, y separados los labios uterinos por las pinzas de Pozzi o de Museux, se inicia la histerectomía vaginal con la incisión pericervical anterior, la cual debe ser perpendicular y que incluye la fascia de Halban. Siguiendo se realiza la incisión pericervical posterior, que continua del lado derecho de la incisión anterior hasta juntarse

con el extremo izquierdo. Se realiza una tracción hacia abajo del cérvix y se hace contrapresión hacia arriba al mismo tiempo para poder tensionar las fibras del septo supravaginal y poderlas disecar. A continuación se realiza la disección de la vejiga y el desplazamiento de los uréteres, los cuales entran a la vejiga cerca de los ligamentos vesicouterinos. La técnica para evitar daños en los uréteres consiste en empujar las fibras de los pilares de la vejiga, con el objetivo de quitar los uréteres del campo operatorio. Una vez ligados los pilares, se desplaza la vejiga y se la mantiene alejada del cuello y el cuerpo uterino.²¹

Posteriormente se realiza la apertura del fondo de saco de Douglas, mediante el despegue de la mucosa vaginal cuando se tracciona hacia arriba y afuera el útero, debiendo aparecer por detrás, el pliegue del peritoneo posterior, para luego realizar la apertura del mismo hasta penetrar en la cavidad peritoneal. Luego se realiza la sección del parametrio y la apertura del peritoneo anterior, momento en el cual se realiza una inspección y palpación de los anexos para evaluar el grado de tensión de los pedículos.

21

Lo siguiente es el pinzamiento de los vasos uterinos y el volteo del útero, el cual se lleva a cabo dependiendo de las características uterinas. Previo a esto se recomienda realizar la sección de los vasos uterinos. Una vez terminado esto, se pinza, liga y secciona los ligamentos útero ováricos, la trompa y el ligamento redondo. Se realiza la extracción del útero y se controla la hemostasia. Como manera de prevención de enterocele o de prolapso de cúpula vaginal, esta última debe ser fijada en un punto más elevado de su posición normal. Se debe realizar la sutura de los ligamentos preferiblemente en seguida, siguiendo el cierre del peritoneo posterior y anterior. La vagina se cierra según la técnica del cirujano. La recuperación postoperatoria hospitalaria es de 48 a 72 horas, las primeras 24 horas la paciente debe permanecer con un taponamiento vaginal y con sondaje vesical. La convalecencia puede durar 4 semanas.²¹

Con el propósito de facilitar la realización de la histerectomía vaginal, muchos cirujanos están empleando a la laparoscopia. Se debe distinguir entre una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia de una histerectomía laparoscópica. Mientras en la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, la ligadura de vasos uterinos se realiza

por vía vaginal, en la histerectomía laparoscópica la ligadura se realiza por vía laparoscópica. En ambos casos, a partir de este paso, es indiferente la terminación y posterior extracción del útero. ^{20, 21}

Otra técnica que está siendo popularizada es la histeropexia, es decir la fijación uterina, y usualmente es a los ligamentos sacros y espinosos. Aunque no se trata de un procedimiento en que se extirpa el útero, el principio de esta cirugía es la preservación del mismo, ya que toman en cuenta las complicaciones que puede traer una histerectomía. Recientes estudios muestran que tiene igual de efectividad que una histerectomía vaginal, y que además muestra mayores ventajas como el hecho que es menos invasiva, duración quirúrgica corta y recuperación más rápida. ^{12, 19}

1.4 Complicaciones

Las complicaciones de la histerectomía vaginal dependen de algunos factores: las características de la paciente (edad, comorbilidades), la experticia médica, las medidas profilácticas y los cuidados luego de la intervención que se puedan presentar. Aunque la tasa de mortalidad de esta intervención es baja (<1%), se debe distinguir dos grandes grupos de complicaciones: intraoperatorias y postoperatorias ²¹.

Entre las complicaciones intraoperatorias, las más frecuentes son hemorragias y lesiones viscerales. Se estima que la pérdida sanguínea en la histerectomía vaginal es entre 300 a 500 ml, siendo las mujeres jóvenes quienes sangran más en comparación con las mujeres menopaúsicas ^{2, 21}.

En cuanto al daño visceral, este se puede producir por falla en la técnica quirúrgica y con mayor frecuencia se ocasiona al momento de la plastia anterior y posterior, resultando ser los órganos más lesionados: vejiga (<1%), uréteres e intestino (<0,5%). Usualmente estas lesiones no son reconocidas de manera temprana, por lo que en ciertas veces se requiere una reintervención quirúrgica ^{2, 21}. Un ejemplo de estos es el hematoma retroperitoneal, en el cual hay un sangrado agudo de los vasos espláncnicos,

comprometiendo ramas arteriales de la mesentérica inferior y la arteria hipogástrica. Su diagnóstico es tardío, ya que su inicio de presentación es inespecífico ⁷.

Entre las complicaciones postoperatorias, la más frecuente es la infección, la cual se puede manifestar mediante fiebre postquirúrgica, infección de vías urinarias o de la cicatriz cupular. La aparición de esta alteración puede depender de la profilaxis antibiótica previa la cirugía y del manejo adecuado del sondaje vesical, y siendo más susceptibles las pacientes mayores de 55 años y con una duración de cirugía mayor a 130 minutos ^{2, 14, 21}. Otras raras complicaciones son las neuropatías, dispareunia, prolapso de cúpula vaginal, entre otras ²¹.

CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, sobre la eficacia intraoperatoria de las histerectomías vaginales realizadas durante noviembre del 2014 hasta noviembre del 2015 en el Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. Se tomó como universo la totalidad de las pacientes intervenidas durante dicho periodo de tiempo y que cumplan los criterios de inclusión establecidos, obteniéndose un total de 44 mujeres histerectomizadas en este lapso de tiempo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres intervenidas en el Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.
- Mujeres mayores de 40 años.
- Mujeres menores de 90 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres nulíparas.
- Pacientes en tratamiento oncológico.
- Mujeres en edad fértil.

VARIABLES

Edad.- Cantidad de años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento.

Comorbilidad.- Presencia de uno o más enfermedades, además de la enfermedad o trastorno primario.

Antecedentes Gineco – obstétricos.- Número de embarazos que ha tenido una mujer, que incluye partos, cesáreas y abortos.

Causa de la histerectomía vaginal.- Padecimiento que lleva a la realización de dicha cirugía.

Duración de la cirugía.- Tiempo que comprende desde el inicio hasta el final de la histerectomía.

Tiempo de estancia hospitalaria.- Periodo de permanencia en el hospital luego de la cirugía.

Complicación intraoperatoria o postquirúrgica.- dificultad presentada al momento de la cirugía o después de la misma.

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Previa autorización por parte del departamento de Docencia y Estadística del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, realizamos la revisión de las historias clínicas de las 44 pacientes intervenidas, en el área de estadísticas de dicha institución. Se recogió la información mediante una ficha recolectora de datos que se adjunta en los anexos, y posteriormente se los tabuló en el programa Microsoft Excel 2010 según las variables establecidas. Utilizamos el programa IBM SPSS Statistics para obtener una tabla matriz donde a partir de esta se pudo obtener los cálculos, haciendo uso de frecuencias, porcentajes y con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE DATOS

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 44 mujeres que se realizaron histerectomía vaginal en el periodo de noviembre del 2014 a noviembre del 2015. La edad mínima fue 58 años y la edad máxima fue 90 años, la edad promedio fue 72 años. Se evaluaron como histerectomías vaginales eficaces aquellas que se realizaron en menos de 120 minutos. Del total de las intervenciones quirúrgicas se obtuvieron 30 (68.2%) ejecutadas en menos de 120 minutos y 14 (31.8%) en un tiempo mayor de 120 minutos. De las pacientes analizadas, la histerectomía realizada en menor tiempo fue en 60 minutos, mientras que la más prolongada fue efectuada en 185 minutos. La causa más común fue prolapso genital total tanto en las realizadas en mayor y menor tiempo, presentándose en 33 (75%) pacientes como patología única, mientras que en las otras pacientes se encontró combinaciones de los prolapsos femeninos. De las histerectomías realizadas en menor tiempo se obtuvo una media de 73 años y en las realizadas en mayor tiempo una media de 70 años.

En cuanto al número de gestas se midió en 3 rangos, de 1 a 5 gestas, de 6 a 10 gestas y más de 6 gestas. El máximo de gestas encontrado en una paciente fue de 15. Hubo un total de 19 mujeres (43.2%) con gestas entre 1 a 5, de las cuales en 14 de ellas, la histerectomía vaginal duró menos de 120 minutos y en 5 de ellas duró más del tiempo establecido. 18 mujeres (40.9%) tuvieron entre 6 a 10 gestas, siendo 10 de ellas operadas en menos de 120 minutos y 8 más de 120 minutos. Se encontró que 7 de las pacientes (15.9%) tuvieron más de 10 gestas. Una vez establecidas las gestas, se distribuyó el análisis de partos, cesáreas y abortos de acuerdo a rangos. El máximo de partos encontrados en una paciente fue de 12, de cesáreas fue de 2, y de abortos fue de 3. El número de partos se analizó en 3 rangos: pacientes con 1 a 5 partos, pacientes con 6 a 10 partos y pacientes con más de 10 partos. En total, 20 pacientes (45.5%) tuvieron entre 1 a 5 partos. 14 de ellas con histerectomías que duraron menos de 120 minutos, y 6 de ellas duraron más de dicho tiempo. Hubo 18 (40.9%) pacientes con antecedentes de entre 6 a 10 partos, 11 de ellas estuvieron dentro del tiempo de menor duración y 7 en el de mayor. 6 pacientes (13.6%) presentaron más de 10 partos, 1 de ellas cuya histerectomía

duro más de 2 horas. El número de cesáreas se estipuló en 2 rangos, en pacientes que no presentaron cesáreas y en pacientes que tuvieron de 1 a 2 cesáreas. Un total de 40 pacientes (90.9%) no tuvieron antecedentes de cesáreas mientras que sólo 4 (9.1%) tuvieron entre 1 a 2 cesáreas. De las pacientes no cesareadas, 27 (67.5%) histerectomías duraron menos de 2 horas, mientras que en 13 (32.5%) se superó el tiempo establecido. En las mujeres con antecedentes de 1 a 2 cesáreas, 3 histerectomías duraron menos de 120 minutos, y 1 duró más de este tiempo. Se encontraron 41 mujeres (93.2%) con antecedentes de abortos entre 0 a 2, y solo 3 (6.8%) que tuvieron más de 3 abortos. De las 41 antes mencionadas, 28 histerectomías (68.3%) duraron menos de 120 minutos, mientras que 13 (31.7%) tuvieron una mayor duración. En cuanto al otro grupo, 2 histerectomías duraron menos de 2 horas y la otra duró más del tiempo.

De las 44 pacientes, se determinó que la hipertensión arterial fue la principal comorbilidad, encontrándose en 28 mujeres (66.6%). La diabetes se ubicó en segundo lugar, siendo padecida por 10 mujeres intervenidas (22.72%). 15 histerectomizadas (34.1%) no refirieron antecedentes patológicos.

El tiempo promedio de recuperación hospitalaria de la histerectomía vaginal fue de 3 días, siendo el menor tiempo 2 días (13 pacientes) y el mayor 5 (2 pacientes). Cabe indicar que no se encontró complicaciones postquirúrgicas.

DISCUSIÓN

La causa más común de histerectomía vaginal en el estudio fue el prolapso genital total, tomando en cuenta que el rango de edad de las pacientes incluidas en este estudio está fuera de la edad reproductiva, se puede decir que la histerectomía vaginal tiene una mayor eficacia y un buen pronóstico en mujeres con edades comprendidas en dicho rango. Esto coincide con el estudio realizado por Volpato et al, donde concluye que uno de los factores de riesgo para la realización de la histerectomía, ya sea vaginal o abdominal era la menopausia o edades cercanas a esta. ¹⁸

A diferencia de estudios realizados en mujeres con úteros no prolapsados donde la mayor causa de histerectomía vaginal en pacientes que no presentaban prolapsos uterinos fue

la miomatosis uterina ^{1, 10, 11, 15}, en nuestro trabajo todas las pacientes presentaban prolapso genital en cualquier grado.

Comparando el número de partos como antecedentes gineco-obstétricos en las cirugías realizadas en el tiempo tomado como referencia de 120 minutos y las que duraron más del tiempo establecido se clasificaron en 3 grupos que fueron de 1 a 6, de 6 a 10 y > 10, en los 3 grupos mencionados fueron mayores las histerectomías eficaces. En el grupo de 1 a 5 partos la diferencia fue de 2,3 para las histerectomías eficaces, en el grupo de las gestas de 6 a 10 partos la diferencia fue de 1,5 y en el último grupo de >10 partos donde la diferencia fue de 5. Se obtuvo mayor rango de diferencia en las mujeres que tenían como antecedentes gineco-obstétricos más de 10 partos con lo cual se evidencia que entre más número de partos la eficacia de la histerectomía vaginal es mayor. Analizando los abortos en los antecedentes gineco-obstétricos en ambos grupos tanto las eficaces como no eficaces se dividieron en dos grupos, en mujeres que tuvieron de 0 a 2 y > 2 abortos, se obtuvo una diferencia de 2 a 1, no se obtuvo una diferencia significativa en cuanto a tener menos a más abortos aunque en ambos grupos fueron mayores los procedimientos quirúrgicos realizados en menos de 120 minutos.

Relacionando los datos de las comorbilidades del total de las pacientes incluidas en el estudio se consiguió como más común la hipertensión arterial con un total de 28 pacientes que presentaron la patología y que se sometieron a realizarse la histerectomía vaginal, de estas 28 mujeres, 18 se encuentran dentro del grupo de las histerectomías eficaces y 10 en la agrupación opuesta. Como segunda comorbilidad se presentó la diabetes mellitus con un total de 10 pacientes, distribuidas en 8 para las histerectomías que duraron menos de 120 minutos y 2 para las que duraron más tiempo. Podemos concluir que la comorbilidad no tuvo relación con la duración de la cirugía.

En este estudio se midió la eficacia basándose en el tiempo de duración de la cirugía; pero no podemos conocer a ciencia cierta si existió alguna complicación por más mínima que fuera, ya que tomamos en cuenta la revisión de la historia clínica y del parte operatorio de cada paciente. Ya que el presente estudio tuvo como tiempo a analizar el

de 13 meses, no fue tiempo para que las pacientes presenten complicaciones a largo plazo causadas por la cirugía.

Aunque el tiempo de recuperación postquirúrgica hospitalaria fue de 3 días en la mayoría de las pacientes, no se puede considerar si la duración de su estancia tiene relación con su recuperación y con la ausencia de complicaciones, ya que el hospital donde se llevó a cabo el estudio tiene protocolos en cuanto al máximo de estancia que puede tener un paciente de acuerdo a la intervención sometida. Un reporte realizado en Brasil muestra que la estadía hospitalaria promedio es de 24 horas.¹⁰ Pese a esto, ninguna de las pacientes que fueron dadas de alta, ya sea antes o después de los 3 días presentaron complicaciones postquirúrgicas, salvo el caso de una paciente que fue reubicada en otra sala por una agudización de la EPOC que ella padecía. Un

CONCLUSIONES

La histerectomía vaginal tiene una alta eficacia según el tiempo de duración de la cirugía, aunque esta variable no es predictora de eficacia intraoperatoria.

RECOMENDACIONES

Se debería fomentar la realización de estudios comparativos entre la histerectomía vaginal y la abdominal, para conocer la situación de ambas intervenciones en nuestro medio, y además que sirva como guía para la decisión del abordaje por parte del cirujano. Se podría conocer las complicaciones postquirúrgicas en estudios de mayor duración y que sean prospectivos.

BIBLIOGRAFÍAS

1. GARCÍA, Emilio et al. Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados en mujeres nulíparas. Revista Archivo Médico de Camagüey. Mayo – Junio 2013. Vol. 17. No. 3. pp 278 – 286.
2. MANRIQUE, Valentin et al. Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas. Experiencia de seis años, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2013. Vol. 78. No. 6. pp 432 – 435.
3. SANTOS Abner et al. Histerectomía vaginal para úteros grandes y sin prolapso mediante morcelación y aguja de Deschamps. Ginecología y Obstetricia de México. 2015. Vol. 83. No. 3. pp 148 – 154.
4. TOIRAC, Abelardo et al. Histerectomía vaginal sin prolapso genital. MEDISAN. Abril 2012. Vol. 16. No. 4. pp 504 – 512.
5. PEREZ, Luis et al. Histerectomía vaginal con termofusión, técnica innovadora: experiencia de 1000 casos. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Septiembre-Octubre 2010. Vol. 53, No. 5. pp 3 – 8.
6. CORREA, José et al. Histerectomía vaginal sin prolapso: estudio de cohorte. Medellín (Colombia) 2008-2010. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Enero-Marzo 2011. Vol. 62 No. 1. pp 45 – 50.
7. CASTILLO, Marcos et al. Hematoma retroperitoneal posterior a histerectomía vaginal con colporrafia anterior y posterior en Bogotá (Colombia): reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Abril-Junio 2015. Vol. 66 No. 2. pp 131 – 137.

8. RIQUELME, Juan et al. Validez de la prueba de histerectomía vaginal en pacientes con indicación de vía abdominal mandatoria. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2010. Vol. 75. No. 5. pp 321 – 324.
9. RECALDE, Paola et al. Histerectomía abdominal y vaginal en el Hospital Mario Correa Rengifo, Cali-Valle. Revista Colombiana Salud Libre. Julio - Diciembre 2010. Vol. 5. No. 2. pp 108 – 117.
10. GOLLOP, Thomaz et al. Histerectomia vaginal em útero sem prolapso – experiência de 6 anos. Einstein. Octubre – Diciembre 2012. Vol. 10. No. 4. pp 462 – 465.
11. CAMPOS, Nancy et al. Histerectomía vaginal por termofusión en úteros sin prolapso. Revista de Investigación Médica Sur. Enero-Marzo 2011. Vol. 18. No. 1. pp 6 – 10.
12. DETOLLENAERE, Renée J et al. Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with suspension of the uterosacral ligaments in women with uterine prolapse stage 2 or higher: multicentre randomized non-inferiority trial. BMJ. 2015. Vol. 25. pp 1 – 9.
13. BRAVO, Erasmo et al. Histerectomía radical vaginal en cáncer cérvicouterino de estadio precoz. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2011. Vol.76 No.5. pp 334 – 337.
14. GARCÍA, Freddy et al. Factores de riesgo asociados a hematoma de cúpula infectado post histerectomía vaginal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2011. Vol. 57. No. 2. pp. 107-112.
15. RODRIGUEZ, Olegario et al. Histerectomía vaginal con electrocirugía bipolar en útero sin prolapso. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Enero - Marzo 2008. Vol. 13. No. 1. pp 8 – 11.

16. GARCÍA, Miguel. Histerectomía. Evaluación de dos técnicas quirúrgicas. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Abril - Junio 2009. Vol. 35. No. 2. pp 1 – 8.
17. CASTRO, Javier. Histerectomía laparoscópica ambulatoria en el manejo de patología benigna ginecológica: una revisión. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud DUAZARY. Diciembre 2013. Vol. 10. No. 2. pp 136 – 140.
18. VOLPATO, Débora et al. Prevalência dos fatores de risco para histerectomia em um hospital da Região noroeste do Paraná. Revista Saúde e Pesquisa. Enero – Abril 2013. Vol. 6. No. 1. pp 61 – 68.
19. QATAWNEH, Ayman et al. Vaginal Hysterectomy and Sacrospinous Colpopexy for Uterovaginal Prolapse: Anatomical and Functional Outcomes. Jordan Medical Journal. Diciembre 2013. Vol. 47. No. 4. pp 331 - 339.
20. CHEN, Yi-Jen et al. Single-port compared with conventional laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. Obstetrics & Gynecology. Abril 2011. Vol. 117. No. 4. pp 906 – 912.
21. PÉREZ, Emilia. HISTERECTOMÍA VAGINAL. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. Año 2012. Disponible en http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2012/clase2012_histerecomia_vaginal.pdf

GRÁFICOS Y TABLAS

CAUSA DE HV	FRECUENCIA
CISTOCELE	2
HISTEROCELE	5
HISTEROCELE + CISTOCELE	4
PROLAPSO GENITAL TOTAL	33
TOTAL	44

TABLA 1. CAUSAS DE HISTERECTOMÍA VAGINAL

	PARTOS			CESÁREAS		ABORTOS	
	<u>1 a 5</u>	<u>6 a 10</u>	<u>>10</u>	<u>0</u>	<u>1 a 2</u>	<u>0 a 2</u>	<u>>2</u>
<120 minutos	14	11	5	27	3	28	2
>120 minutos	6	7	1	13	1	13	1

TABLA 2. ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

ANTECEDENTES	FRECUENCIA
HTA	28
DM	10
OTROS	6
NO REFIERE	15

TABLA 3. COMORBILIDADES

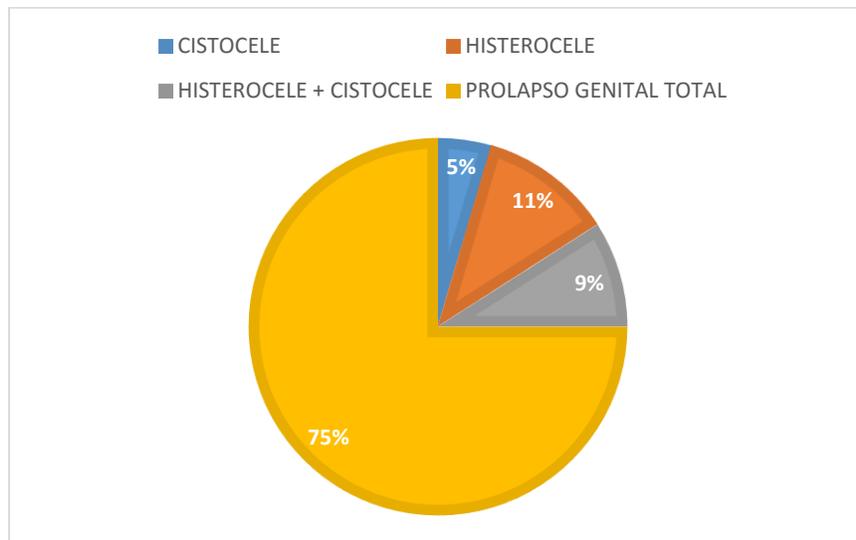


GRÁFICO 1. CAUSAS DE HISTERECTOMÍA VAGINAL

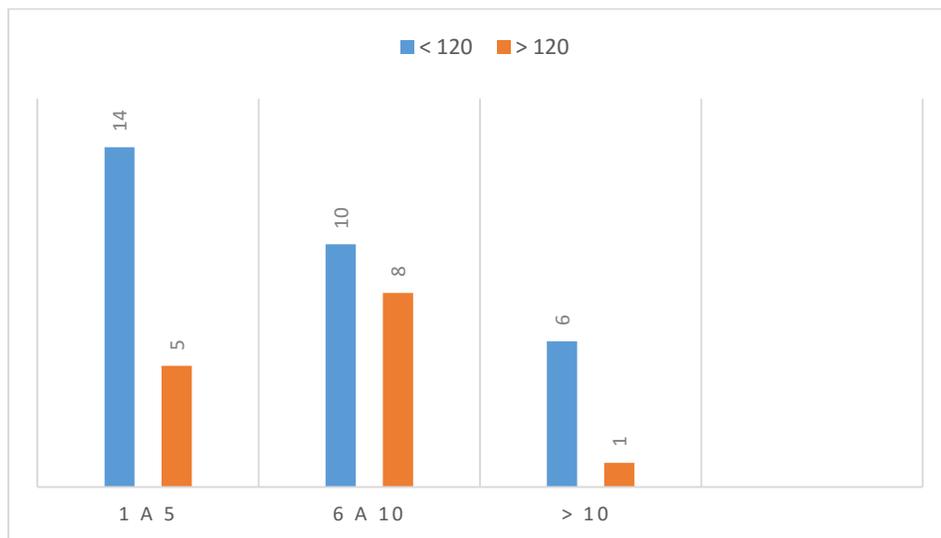


GRÁFICO 2. NÚMERO DE GESTAS

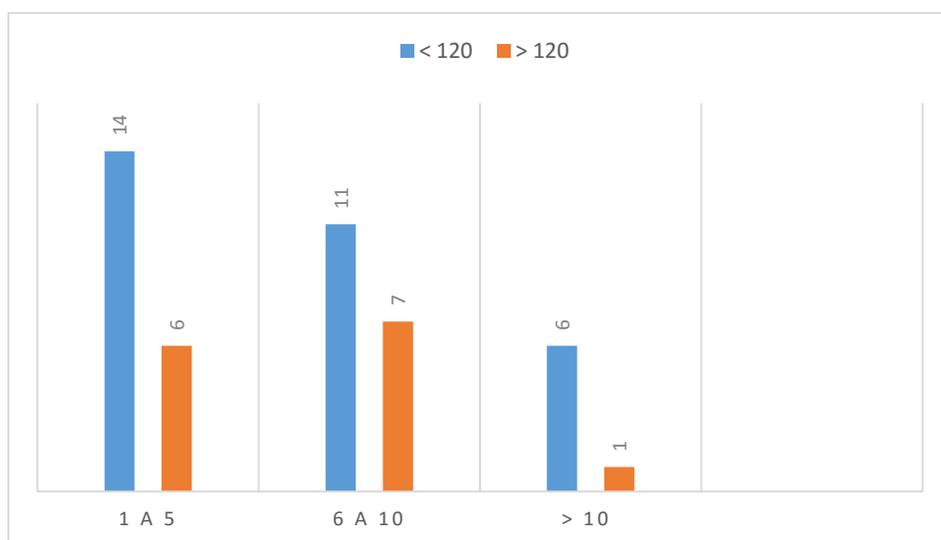


GRÁFICO 3. NÚMERO DE PARTOS

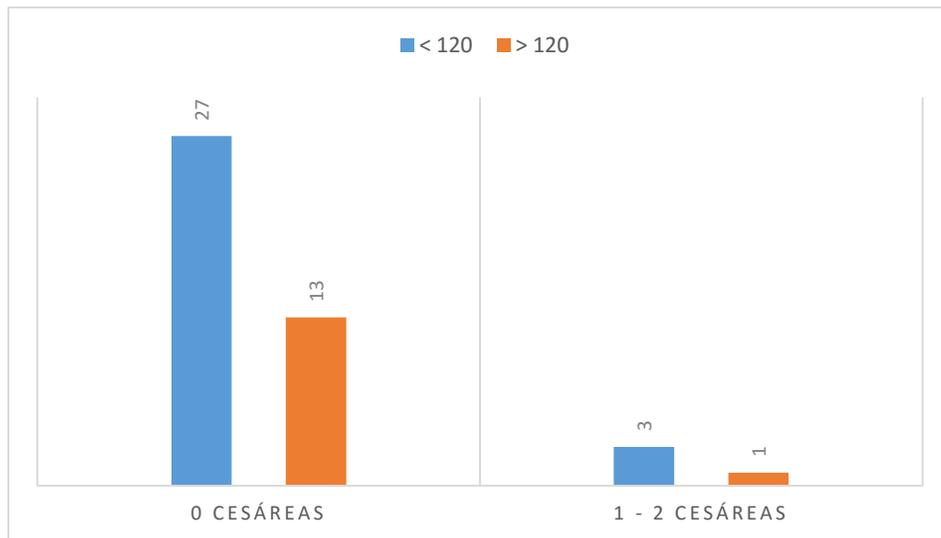


GRÁFICO 4. NÚMERO DE CESÁREAS

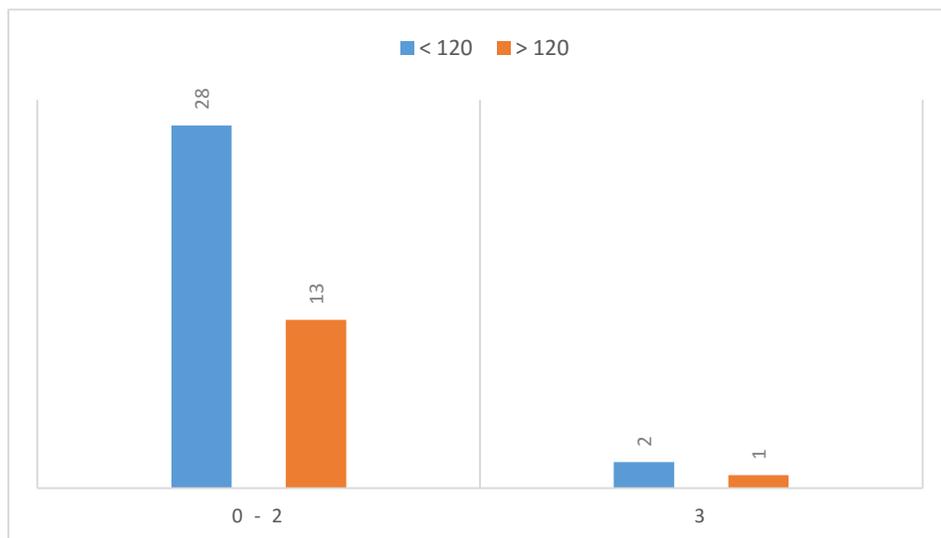


GRÁFICO 5. NÚMERO DE ABORTOS

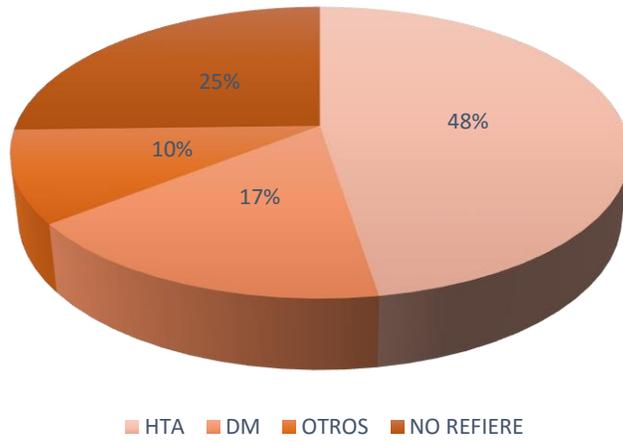


GRÁFICO 6. COMORBILIDADES

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HISTORIA CLÍNICA: _____

EDAD: _____

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

GESTAS: _____ PARTOS: _____ CESÁREAS: _____ ABORTOS: _____

COMORBILIDADES

CAUSA DE LA HISTERECTOMÍA

FECHA DE LA INTERVENCIÓN: _____

DURACION DE LA CIRUGÍA: _____

ESTANCIA HOSPITALARIA: _____

COMPLICACIONES SI ____ NO ____

OBSERVACIONES:

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Daniela Estefanía Arroyo Alomoto**, con **C.C: # 0930291794** autora del trabajo de titulación: **EFICACIA INTRAOPERATORIA DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN EL HOSPITAL GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN DURANTE NOVIEMBRE 2014 – NOVIEMBRE 2015** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 19 de septiembre de 2016

Arroyo Alomoto Daniela Estefanía

C.C: 0930291794

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **José Manuel Zambrano Mecías**, con **C.C: # 1311826430** autor del trabajo de titulación: **EFICACIA INTRAOPERATORIA DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN EL HOSPITAL GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN DURANTE NOVIEMBRE 2014 – NOVIEMBRE 2015** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 19 de septiembre de 2016

Zambrano Mecías José Manuel

C.C: 0930291794

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Eficacia intraoperatoria de la histerectomía vaginal en el Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón durante noviembre 2014 – noviembre 2015		
AUTORES	Arroyo Alomoto Daniela Estefanía Zambrano Mecías José Manuel		
REVISOR/TUTOR	Vásquez Cedeño Diego Antonio		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica De Santiago De Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	19 de septiembre de 2016	No. DE PÁGINAS:	38
ÁREAS TEMÁTICAS:			
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Histerectomía vaginal, eficacia, causas de histerectomía vaginal, complicaciones quirúrgicas.		
RESUMEN/ABSTRACT	<p>La histerectomía, es la segunda cirugía ginecología realizada con mayor frecuencia en los Estados Unidos. Está indicada en pacientes con patología benigna, siendo la causa más frecuente el prolapso genital. Las contraindicaciones relativas de la histerectomía vaginal se refieren al tamaño del útero o falta de descenso. Presenta mayores ventajas frente a la técnica abdominal: menor sangrado, tiempo de recuperación más rápido, menor tiempo quirúrgico empleado. Objetivo.- Determinar la eficacia intraoperatoria de la histerectomía vaginal en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón durante noviembre 2014 – noviembre 2015. Métodos.- Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se incluyó la totalidad de las pacientes intervenidas (44 mujeres), en el periodo de tiempo de noviembre de 2014 hasta noviembre de 2015. Se realizó la revisión de las historias clínicas y se recolecto los datos mediante una ficha que contenía las variables del estudio. La información fue tabulada en el programa Microsoft Excel 2010. Se determinó como cirugía sin complicaciones intraoperatorias a la realizada en menos de 120 minutos; pasado este tiempo, se considera la existencia de complicaciones durante la intervención. Resultados.- Se realizaron un total de 44 histerectomías vaginales en el periodo de tiempo establecido, de las cuales el 68.2% (n=30) se llevaron a cabo en menos de 120 minutos, y el 31,8% (n=14) duró más de los establecido. La edad promedio de las histectomizadas fue de 72 años. La indicación más frecuente entre la población en estudio fue el prolapso genital total (75%). La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (63.6%). Conclusiones.- En este estudio se concluyó que a mayor número de gestas, mayor era la eficacia de la histerectomía. La presencia de comorbilidad no tuvo significancia con la eficacia. El tiempo de recuperación hospitalaria post quirúrgica no es predictor de eficacia.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0996361348 - 0981579631	E-mail: daniela.arroyo50@hotmail.com – jose_zamb-10@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Vásquez Cedeño Diego Antonio Teléfono: 0982742221 E-mail:		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			