



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



Trabajo de Titulación

PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO.

TEMA:

“PRINCIPALES COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA HISTERECTOMIA
ABDOMINAL EN RELACION A LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN LAS
USUARIAS INGRESADAS EN EL SUBPROCESO DE GINECOOBSTETRICIA DEL
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – NOVIEMBRE 2014”

AUTORES:

GOROZABEL ALMÁN MIGUEL ÁNGEL
VERA GANCHOZO BELFORTH IVÁN

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

DRA.CARMEN CAMPUZANO ICAZA

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR.
2015

“PRINCIPALES COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA HISTERECTOMIA
ABDOMINAL EN RELACION A LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN LAS
USUARIAS INGRESADAS EN EL SUBPROCESO DE GINECOOBSTETRICIA DEL
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – NOVIEMBRE 2014”

DEDICATORIA

Dedico el presente Trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida, por ser mi guía, por darme fuerzas necesarias para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaron durante el trayecto de mi carrera y por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional de manera desinteresada, por darme todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos quienes son mi apoyo emocional a diario y que sin duda han sido testigo de mi crecimiento profesional y personal.

A mis amigos de carrera quienes fueron fieles testigos del sacrificio y empeño diario dejado en las aulas de clase, por las risas, lágrimas derramadas, experiencias vividas y compartidas durante estos largos años de estudio.

Miguel Ángel Gorozabel Alman

DEDICATORIA

A mi hija, mi esposa, mis padres, hermanos, demás familiares y amistades en general, quienes cada uno de ellos complementan el verdadero significado de una familia, y que gracias a todos sus aportes emocionales hoy se ha podido concluir este trabajo de titulación.

Así mismo, dedicado a todos mis exdocentes que en algún momento contribuyeron con su experiencia en mi formación profesional, y a los que sin duda alguna espero no defraudarlos en cada acción que realice en mi vida a futuro con todo lo que me pudieron enseñar.

Belforth Iván Vera Ganchozo

AGRADECIMIENTO

Agradecimientos sinceros y profundos, a todos quienes colaboraron de forma directa o indirecta en la elaboración de este proyecto, sabiendo nosotros que las palabras no bastarán jamás para demostrar lo profundamente agradecidos que estamos.

A la Universidad Técnica de Manabí, Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda y Hospital Miguel H. Alcívar, quienes fueron nuestra casa formativa en el ámbito profesional durante todos estos años y de los cuales esperamos representarlos muy en alto en el futuro.

Dra. Carmen Campuzano Icaza, Dr. Hugo Loo Lino, Dra. Karina Encalada Ortega y Dr. Fidel Mendoza Mendoza, miembros del tribunal de este trabajo de titulación, a los cuales les agradecemos por su tiempo, paciencia y perseverancia que mantuvieron con nosotros en todos estos meses para la realización de este proyecto, y que la experiencia de ellos sin duda alguna fue nuestra mejor guía.

Por último, Dr. Jhon Ponce Alencastro, nuestro ex docente de años, y por qué no decir, gran amigo nuestro en la actualidad, del cual hemos aprendido una vez más que la lucha es hasta el final y que la fe, la perseverancia y el orden adecuado, complementan el trío perfecto del éxito del progreso.

Los autores

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACION

Yo el DRA. CARMEN CAMPUZANO ICAZA tengo a bien certificar que el trabajo de titulación titulado “PRINCIPALES COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN RELACION A LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN LAS USUARIAS INGRESADAS EN EL SUBPROCESO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – NOVIEMBRE 2014”.

Ejecutada por: Gorozabel Almán Miguel Ángel y Vera Ganchozo Belforth Iván se encuentra concluida en su totalidad.

El presente trabajo es original de las autoras y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

DRA. CARMEN CAMPUZANO ICAZA, Esp
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACION

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN
DEL TRABAJO DE TITULACION

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

“PRINCIPALES COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN RELACION A LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN LAS USUARIAS INGRESADAS EN EL SUBPROCESO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – NOVIEMBRE 2014”, Trabajo de titulación sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo, requisito previo a la obtención del Título de:

MÉDICO- CIRUJANO

APROBADO

Ing. Karina Rocha Galecio MGs. Sc.
DECANA (E)

Dra Ingerbord Veliz,Zevallos MGs
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN FCS

Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURIDICO

Dra. Carmen Campuzano Icaza, Esp
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACION

Dr. Hugo Loor Lino, Esp
PRESIDENTE DEL TRABAJO DE TITULACION

Dr. Fidel Mendoza Mendoza, Esp
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Karina Encalada Ortega, Esp
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DEL TRABAJO DE TITULACION

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado “PRINCIPALES COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN RELACION A LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN LAS USUARIAS INGRESADAS EN EL SUBPROCESO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – NOVIEMBRE 2014”

Ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de las autores Gorozabel Almán Miguel Ángel y Vera Ganchozo Belforth Iván.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.

.....

DR HUGO LOOR LINO, Esp

PRESIDENTE DEL TRABAJO DE TITULACION

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR
TRABAJO DE TITULACION

TEMA:

“PRINCIPALES COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN RELACION A LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN LAS USUARIAS INGRESADAS EN EL SUBPROCESO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – NOVIEMBRE 2014”, Tesis de Grado sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo, requisito previo a la obtención del Título de:

MÉDICO- CIRUJANO

APROBADO

.....

DR HUGO LOOR LINO, Esp

PRESIDENTE DEL TRABAJO DE TITULACION

.....

.....

DR FIDEL MENDOZA MENDOZA, Esp DRA. KARINA ENCALADA ORTEGA, Esp

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN DE AUTORIA

Nosotros Miguel Ángel Gorozabel Alman y Belforth Iván Vera Ganchozo egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado “PRINCIPALES COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN RELACION A LA HISTERECTOMIA VAGINAL EN LAS USUARIAS DEL SUBPROCESO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – NOVIEMBRE 2014” es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión de la Director de Tesis la Dra. Carmen Campuzano Icaza.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en esta Tesis, pertenecen exclusivamente a los autores.

.....
Miguel Angel Gorozabel Alman

.....
Belforth Iván Vera Ganchozo

INDICE

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACION	V
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACION.....	VI
CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DEL TRABAJO DE TITULACION	VII
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	VIII
DECLARACIÓN DE AUTORIA	IX
RESUMEN.....	XIII
SUMMARY	XIV
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
SUBPROBLEMAS	5
OBJETIVOS	6
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
CAPITULO II	8
MARCO TEORICO	8
VARIABLES	26
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	27
CAPÍTULO III	30
DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
MODALIDAD DE INVESTIGACION	31
CAPITULO IV	34
CAPITULO V	61
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
PRESUPUESTO	63
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	64
CAPITULO VI.....	65
PROPUESTA.....	65
BIBLIOGRAFIA.....	75
ANEXOS	79

ÍNDICE DE GRAFITABLAS

Grafitabla No. 1	Relación de Grupo Etario y Antecedentes Patológicos Personales en pacientes sometidas a Histerectomía Abdominal o Vaginal, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.	34
Grafitabla No. 2	Histerectomía Abdominal y Vaginal en relación con la Procedencia, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.	36
Grafitabla No.3	Relación de la Histerectomía Abdominal y Vaginal de acuerdo a antecedentes de Gestas Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.	38
Grafitabla No. 4	Histerectomía Abdominal y Vaginal en relación a la Paridad, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.	40
Grafitabla No. 5	Patologías Ginecológicas más Frecuentes que conllevan a Histerectomía Abdominal o Vaginal, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.	42
Grafitabla No. 6	Tiempo Quirúrgico empleado en la realización de la Histerectomía Abdominal en relación a la Histerectomía Vaginal Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.	44
Grafitabla No. 7	Incisiones Quirúrgicas más utilizadas en la realización de Histerectomía Abdominal y Vaginal, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.	46
Grafitabla No. 8	Escala Del Dolor e Inicio de la Deambulaci3n en Pacientes sometidas a Histerectomía Abdominal o Vaginal, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.	48
Grafitabla No. 9	Complicaciones Postquirúrgicas de las pacientes sometidas a Histerectomía Abdominal o Vaginal hospitalizadas en el subproceso de Ginecoobstetricia del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.	50

Grafitabla No. 10	Relación de las principales complicaciones de la Histerectomía Abdominal y la Histerectomía Vaginal en relación a la edad de las usuarias hospitalizadas en el subproceso de Ginecoobstetricia del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014	52
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, durante el periodo Mayo – Noviembre de 2014, con una población de 66 usuarias hospitalizadas, siendo el objetivo principal del estudio el determinar las principales complicaciones postquirúrgicas de la Histerectomía Abdominal en relación a la Histerectomía Vaginal en las pacientes hospitalizadas en el subproceso de Ginecoobstetricia.

El estudio realizado fue de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, obteniéndose como resultado que el 65 por ciento de la población en estudio no presentaron complicaciones en la histerectomía abdominal, pero las que principalmente se presentaron fueron la anemia moderada en un 11 por ciento, seguido del sangrado transvaginal en un 8 por ciento; el 9 por ciento de la población en estudio no presentaron complicaciones en la histerectomía vaginal, pero así mismo la principal complicación que se presentó fue la infección de la herida quirúrgica en un 3 por ciento; la patología ginecológica más frecuente que conlleva a una histerectomía abdominal se encuentra la miomatosis uterina en un 55 por ciento, mientras que por vía vaginal la patología causante de la misma fue prolapso vaginal en un 10 por ciento.

En cuanto al tiempo de duración del acto quirúrgico fue de 60 a 90 minutos para ambas técnicas con el 56 por ciento de las usuarias; el inicio de la deambulacion en la histerectomía abdominal fue después de las 24 horas postquirúrgica en un 61 por ciento de las usuarias con un predominio de dolor tolerable en el 20 por ciento de las usuarias, mientras que en la Vaginal el inicio de la deambulacion fue antes de las 24 horas postquirúrgicas en un 9 por ciento de la usuarias con predominio de la ausencia del dolor en un 8 por ciento.

PALABRAS CLAVES: Histerectomía Abdominal, Histerectomía Vaginal, Complicaciones postquirúrgicas, Útero, Usuarias.

SUMMARY

The present study was carried out in “Dr. Verdi Cevallos Balda” District Hospital, during the period of May–November of 2014, with a population of 66 hospitalized users, the main objective of this study is to determine the main postsurgical complications of the Abdominal Hysterectomy in relation to the vaginal hysterectomy on hospitalized patients in the sub process of Gynecology -Obstetrics.

The study was descriptive, transversal and prospective. resulting in that 65 percent of the study population showed no complications in abdominal hysterectomy , but mainly anemia presented were moderated by 11 percent, followed of vaginal bleeding by 8 percent; 9 percent of the study population no complications in vaginal hysterectomy, but likewise the main complication was infection presented surgical wound by 3 percent; the most common gynecological pathology that leads to abdominal hysterectomy is uterine fibroids by 55 percent, whereas vaginally caused the same pathology was vaginal prolapse by 10 percent.

The complications on the whole, are originated subsequently to an Abdominal Hysterectomy, most of the users did not present previous pathological antecedents, total of them, that is to say the 66 users had antecedents of births. Among the more frequent gynecological pathologies that leads to an abdominal hysterectomy the Uterine Myomatosis, whereas by vaginal route Vaginal Prolapse was the pathology of the same one.

Regarding the duration of surgery was 60 to 90 minutes for both techniques with 56 percent of users; the beginning of wandering in the abdominal hysterectomy was after 24 hours post surgery by 61 percent of users with a predominance of tolerable pain in 20 percent of users.

KEY WORDS: Abdominal Hysterectomy, Vaginal Hysterectomy, Postsurgical complications, Uterus, Users.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos más frecuentes que tiene importante implicancia en el ámbito médico, social y económico. La resección uterina se realiza por abordaje abdominal o vaginal. La histerectomía vaginal es la primera opción a realizar cuando no existen contraindicaciones, ya que ofrece menor morbilidad, menor período de convalecencia y disminución de la estadía hospitalaria. Salinas, P; Pasten,M; Naranjo,D; et.al (2010)

En países desarrollados el acceso a la histerectomía por parte de las pacientes es mayor, se estima que antes de los 65 años las mujeres ya han sido histerectomizadas. En Latinoamérica, esta temática aún se maneja como un taboo debido a las aparentes secuelas que deja el procedimiento, por lo que las usuarias no acceden con facilidad, razón por la cual terminan con complicaciones severas que pueden incluso comprometer su vida. LaFontaine, T; Sánchez, E;Lueiro M; et.al (2011)

Las probabilidades de que una mujer sea sometida a este procedimiento dependen de varios factores como la edad, raza, procedencia, promiscuidad entre otros. Se estima que las mujeres con edades comprendidas entre 35 y 50 años son las que habitualmente están sometidas a este tipo de intervención.

Actualmente la aparición de nuevas técnicas, hace necesario medir los efectos de las distintas alternativas para la resección uterina. Datos estadísticos proponen a la histerectomía vaginal sobre la histerectomía abdominal considerando diversos factores como el tamaño uterino, severidad de la patología y preparación y experiencia del especialista.

Aun a pesar de que la vía de abordaje principal es la vaginal, aproximadamente, el 75% de las histerectomías son abdominales. No existen criterios para decidir la vía de abordaje, sin embargo se debe tener en cuenta el estado de cada paciente.

Como en todo procedimiento quirúrgico pueden ocurrir complicaciones. Los factores que pueden aumentar el riesgo de infección postoperatoria incluyen estado inmune comprometido, obesidad, hospitalización, experiencia del cirujano, mayor pérdida de sangre, tiempo operatorio, mala alimentación, comorbilidades como diabetes Mellitus y tabaquismo, falta de antibióticos preoperatorios, y presencia de un sitio operatorio infectado.

JUSTIFICACIÓN

La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas más frecuentes. La histerectomía por vía abdominal es la que frecuentemente se emplea, seguida de la vaginal.

La importancia de esta investigación radica en que se pretende reconocer cuales son las principales complicaciones postquirúrgicas de la Histerectomía Abdominal en relación a la Vaginal en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, con relevancia social, ya que la histerectomía como tal, debe mejorar la calidad de vida de la mujer y no tratarse solamente de una solución terapéutica.

Se considera factible porque se dispone de recursos humanos, materiales, económicos y los permisos necesarios para realizar la revisión, previa solicitud y aceptación del departamento de estadística y el compromiso del apoyo de sus directivos y el equipo de salud institucional.

Se beneficiarán aquellas pacientes sometidas a este procedimiento en el futuro, ya que se estima que para el año 2015 se tomen los correctivos necesarios, con el fin de evitar complicaciones en caso de que se presenten. La investigación tiene valor teórico y estadístico por la casuística importante a ser considerada, debido a la necesidad de obtener datos a largo plazo.

Las histerectomía y sus complicaciones postquirúrgicas tienen un impacto importante en la calidad de vida de la paciente sometiéndola a múltiples trastornos siendo el dolor el más importante, de igual manera sufren alteraciones emocionales como la depresión y una vida sexual disminuida las cuales se ven mejoradas en casi su totalidad después de la intervención quirúrgica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La histerectomía es la intervención quirúrgica ginecológica más común, que no exclusivamente se realiza por enfermedad maligna, sino también para muchas condiciones benignas.

En EEUU se realizan más de 500.000 histerectomías por año y se estima que 1/3 de las mujeres de ese país se les habrá extirpado el útero antes de llegar a los 65 años. Según la organización mundial de la salud (OMS) cada año se producen en el mundo 50.000 muertes maternas, la mayoría de ellas evitables con un tratamiento médico quirúrgico oportuno. LaFontaine,T; et.al (2010)

En Ecuador no existen estudios publicados que describan la influencia de la Histerectomía en la calidad de vida de las mujeres, pero se considera útil y beneficiosa en aquellas que requieran una extirpación de útero. En Manabí, en el Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda se realiza anualmente un aproximado de 200 intervenciones de histerectomía, método que hasta ahora es eficaz ya que no existen datos actuales que evidencien muertes maternas.

Aún a pesar de lo mencionado anteriormente se debe tener claro que pueden existir complicaciones postquirúrgicas, que pueden producirse por condiciones mismas de las usuarias así como también por errores cometidos durante la cirugía, poca experiencia del profesional, entre otros.

Ante esta problemática planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las principales complicaciones postquirúrgicas de la Histerectomía abdominal en relación a la Histerectomía Vaginal en las usuarias ingresadas en el subproceso de Ginecoobstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014?

SUBPROBLEMAS

¿Cuáles son las características generales de la población en relación a la edad, procedencia, gestas, paridad, y antecedentes patológicos personales?

¿Determinar las patologías ginecoobstetricias más frecuentes que conllevan a una histerectomía abdominal o vaginal?

¿Cuál es la relación de las complicaciones entre la histerectomía abdominal y vaginal en función de la edad, antecedentes patológicos personales, tiempo quirúrgico, inicio de la deambulaci3n y estancia hospitalaria?

¿Qué elementos estructurales y funcionales forman parte de una propuesta médica para orientar a las usuarias previo al alta y evitar complicaciones postquirúrgicas sometidas a histerectomía en Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las principales complicaciones postquirúrgicas de la Histerectomía Abdominal en relación a la Histerectomía Vaginal en las usuarias ingresadas en el subproceso de Ginecoobstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Mayo-Noviembre 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las características generales de la población en estudio, en relación a edad, procedencia, gestas, paridad, antecedentes patológicos personales.

Analizar las patologías ginecoobstetricas más frecuentes que conllevan a una Histerectomía abdominal o vaginal.

Determinar el tipo de incisión empleado en la histerectomía abdominal y vaginal.

Relacionar las complicaciones de la Histerectomía Abdominal y la Histerectomía Vaginal en función de la edad, antecedentes patológicos personales, tiempo quirúrgico, inicio de la deambulaci3n y estancia hospitalaria.

Socializar charla informativa en base a la orientaci3n previo al alta para evitar complicaciones postquirúrgicas de las usuarias sometidas a histerectomía en Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

CAMPO: Educativo

AREA: Medicina

ASPECTO: Principales complicaciones postquirúrgicas de la histerectomía abdominal en relación a la histerectomía vaginal

LINEA DE INVESTIGACIÓN: Salud sexual y reproductiva

DELIMITACIÓN ESPACIAL: La presente investigación se realizó en el Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda, ubicado en las calles 12 de Marzo y Rocafuerte del cantón Portoviejo

DELIMITACIÓN TEMPORAL: Esta delimitación tendrá un periodo de estudio que va desde el mes de Mayo a Noviembre del 2014, el cual se realizó en un tiempo de 7 meses.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

La historia de la Histerectomía es amplia y diversa, y aunque no se tienen datos reales de avances significativos sino hasta el siglo XX, se sabe de intentos anteriores realizados en la época de Hipócrates en el siglo V a.c.

Los avances que surgieron desde esta época en adelante permitieron conocer que para el siglo XVI d. C., ya se habían realizado algunos procedimientos de histerectomía en Europa. Se menciona que el primer tipo en realizarse fue la Histerectomía Vaginal en el siglo XVII, y que los primeros intentos de la Histerectomía Abdominal fueron a inicios del siglo XIX.

Al introducir este nuevo tipo se constató que la apertura del abdomen se complicaba con hemorragias postoperatorias, que casi siempre ocasionaban la muerte del paciente. A mediados del mismo siglo surgió la primera ligadura de las arterias uterinas para evitar las hemorragias por el cirujano A.M Heath, y de ahí en adelante fue la técnica que se utilizó para controlar esta complicación.

Durante los años siguientes diversos investigadores aportaron con más descubrimientos para en el control no solo de las hemorragias sino también de infecciones, shock, transfusiones, etc. En 1864 el francés Koeberle introdujo su método la ligar el gran pedículo vascular de la parte inferior del útero con un instrumento inventado por él llamado “serrenoud” (cierranudos). Fue la técnica habitual para controlar el sangrado asociado a la histerectomía durante los primeros años.

En 1878 W.A. Freud, de Alemania refinó la técnica de histerectomía usando anestesia, una técnica antiséptica, la posición de Trendelenburg y una ligadura alrededor de los

ligamentos y los grandes vasos. Este cirujano separaba la vejiga del útero y desinsertaba los ligamentos cardinales y uterosacros para luego cerrar el peritoneo pelviano. Ortega (2011)

Durante las primeras décadas del siglo XX, la Ginecología adquirió nuevas vías de desarrollo, lo que les permitió a los ginecólogos ayudarse además de la Histerectomía con otros descubrimientos científicos para manejar patologías ginecológicas. Uno de los principales descubrimientos entre los años 1920-1930 fue la Progesterona y los Estrógenos.

A partir de todos los descubrimientos mencionados anteriormente como el uso apropiado de las transfusiones de sangre, los antibióticos y los avances en las técnicas de anestesia, en la actualidad un ginecólogo es capaz de realizar una Histerectomía con facilidad y con la seguridad de que la vida del paciente está a salvo.

Para hablar de histerectomía, es necesario hacer un recuento anatómico de las estructuras del aparato reproductor femenino implicadas. Los órganos reproductores femeninos son el útero, la vagina, las trompas de Falopio y los ovarios. En condiciones normales el útero mide 7.5 cm de largo y 5 cm de ancho. Está situado en la cavidad abdominal por arriba de la vejiga en forma horizontal. Udlap (2010)

Ahora bien, el útero se conforma por dos partes: el cuello o cérvix y el cuerpo o fondo. El cérvix es el fragmento inferior del útero que une el cuerpo uterino con la vagina; Por otra parte, la pared del cuerpo uterino se encuentra tapizada por recubrimiento peritoneal externo o serosa, miometrio o pared muscular y endometrio. Udlap (2010)

Principalmente el útero está sostenido por el diafragma pélvico y el diafragma urogenital. Recibe sostén de ligamentos y el peritoneo gracias al ligamento ancho. Los ligamentos más importantes son dos:

Ligamento úterosacro que se inserta desde el cérvix posterior hasta el hueso sacro.

Ligamentos cardinales que se insertan desde el cérvix lateral hasta las espinas isquiáticas.

Existen otros ligamentos cercanos que aunque están presentes tienen poca participación en el soporte del útero, y entre ellos se mencionan: ligamento ancho, ligamento redondo, suspensorio del ovario e infundibulopelvico.

La aparición de patologías ginecológicas, obliga al médico a tomar medidas necesarias y suficientes para preservar el estado de salud de las usuarias. Tales tratamientos varían desde terapias farmacológicas hasta procedimientos quirúrgicos muchos de los cuales implican la extracción del útero, acarreando un sinnúmero de secuelas que se evidencian con el transcurrir del tiempo.

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico que se caracteriza por la extirpación del útero. El médico puede extirpar todo el útero o sólo parte de éste, y de igual manera las trompas de Falopio y los ovarios en caso de ser necesario.

Es un procedimiento mucho más difícil, con mayores complicaciones y con mayor mortalidad que la ligadura de trompas, por lo que implica además de todo, un tiempo de estancia hospitalaria más prolongado.

Por lo general es frecuente en la mayoría de las pacientes en el período premenopáusico, etapa en la que existe un aumento en el pico de producción hormonal, que a su vez interviene en la génesis de enfermedades que provocan la intervención.

Aun a pesar de todos los beneficios que esta proporciona, todavía existen mujeres que tienen miedo de ser sometidas a este procedimiento por supuestas repercusiones como por ej: Obesidad, hirsutismo, disminución de la libido, entre otros. García, M; Romero, R; (2011).

Sin embargo se menciona que si existe una preparación y asesoramiento adecuado por parte del médico hacia la paciente todo se encaminara de la mejor manera, ya que la histerectomía se practica con el fin de mejorar la calidad de vida las mujeres que han atravesado por problemas menstruales o de origen ginecológicos severos durante toda su vida.

Los tipos de histerectomía que se emplean en la actualidad son:

Histerectomía parcial (o supracervical): se extirpa sólo la parte superior del útero. El cuello uterino se deja en su lugar.

Histerectomía total: se extirpa todo el útero y el cuello uterino.

Histerectomía radical: se extirpa el útero, el tejido en ambos lados del cuello uterino y la parte superior de la vagina. Ésta se hace principalmente si usted tiene cáncer.

Existen diversas maneras de llevar a cabo una histerectomía, y de ellas las más utilizadas son el abordaje quirúrgico abdominal, vaginal y laparoscópico. El médico responsable es el encargado de direccionar al paciente acerca de cuál es la vía de abordaje más indicada según sus antecedentes, historia clínica y causas para realización de la cirugía.

La histerectomía abdominal se caracteriza porque se extrae el útero mediante una incisión abdominal. Es el procedimiento que se realiza con mayor frecuencia aunque varios estudios revelan que en comparación con el abordaje vaginal, este implica costos económicos mayores, más complicaciones, mayor estancia hospitalaria y mayor tiempo de recuperación de las pacientes.

Se prefiere la vía abdominal para tumores miomatosos voluminosos, grandes lesiones ováricas y para algunos procesos en los cuales el útero tiene tendencia a quedar fijado, como son la endometriosis, enfermedad inflamatoria, algunos tipos de intervención quirúrgica previa, etc. Novak (2008)

Aunque las mencionadas anteriormente son las principales causas para este tipo de abordaje, existen también causas benignas por las cuales se realiza una Histerectomía Abdominal, y entre ellas podemos mencionar a un útero grande que no permita un abordaje vaginal seguro o también la forma y tamaño del estrecho inferior de la pelvis.

La histerectomía abdominal permite la máxima manipulación de órganos pélvicos por lo que se pueden encontrar con mayor facilidad, en caso de que existieran, órganos pélvicos grandes, adherencias, acceso a ovarios en caso de pretender realizar también una ooforectomía, entre otros.

Es conveniente que antes de realizar el trámite para la intervención quirúrgica, el médico tenga un diálogo completo con el paciente acerca del proceso al que será sometida. Lamentablemente no existe la asesoría necesaria para las mujeres que requieren obligatoriamente una histerectomía, y debido a esto la mayoría de ellas no acceden, ya sea por miedo a posibles secuelas o por simples mitos escuchados.

El estado anímico de las pacientes influye directamente en factores relacionados por ejemplo con la estancia hospitalaria y la pronta evolución, ya que aunque la mayoría de las pacientes sometidas a este procedimiento ya han concebido, existe una minoría que deben afrontar esta situación sin haber procreado, razón por la cual se deprimen con bastante facilidad.

Por esto y más el médico responsable debe estar alerta para reconocer síntomas graves o prolongados indicadores de depresión después de la cirugía y en caso de ser necesario ayudarse de la asesoría de un psiquiatra en caso de que se requiera el uso de antidepresivos.

Es conveniente someter a la paciente a un examen físico completo con el fin de determinar si estará apta para tolerar la anestesia y la cirugía sin mayor complicación. Una valoración cardiológica, exámenes de laboratorio, prueba de embarazo en mujeres en edad fértil y un Pap reciente son de mucho valor para descartar cualquier tipo de alteración que pudiera poner en riesgo la cirugía.

El riesgo de contraer infecciones después de la cirugía puede disminuir si se usan antibióticos profilácticos. Por lo general se manejan cefalosporinas de primera o segunda generación. Entre los principales antibióticos profilácticos que se manejan se mencionan a la Cefazolina 2gr IV, Clindamicina 900mg IV, y Metronidazol + gentamicina o una quinolona 500mg. (Hoffman, B;Schage ,J;Halvorson, Lisa; et. Al. 2012)

Este procedimiento se realiza por lo común bajo anestesia general, pero en nuestra práctica es más frecuente el uso de anestesia raquídea. Se ubica a la paciente en posición dorsal, se coloca sonda de Foley y se prosigue con la preparación quirúrgica del abdomen y la vagina

Las incisiones más usadas son la transversa y vertical, dependiendo para su elección los factores clínicos y la experiencia del cirujano.

Al acceder a la cavidad abdominal se coloca un separador de autorretención como el de O'Connor-O'Sullivan, para así poder explorar con el abdomen, y en forma manual se separa el intestino del campo quirúrgico por medio de compresas de vientre.

Se sostiene el útero y se lo sitúa fuera de la pelvis. En caso de existir adherencias extensas, se procura restablecer las relaciones anatómicas normales para facilitar la intervención quirúrgica.

La histerectomía comienza al seccionar en la parte media uno de los ligamentos redondo, y para esto, previamente se sitúan pinzas de Kelly curvas a ambos lados, a través de las trompas de Falopio y ligamento úteroovarico, justo por fuera del útero.

Es así como se adentra en el retroperitoneo para de esta manera poder identificar al uréter y tener acceso tanto a la arteria uterina y al ligamento cardinal para, seccionarlos más

adelante. Se distribuye un punto de sutura transfixivo con componente de impregnación lenta calibre 0 a casi 1cm próxima, y otro, 1cm separado al sitio de corte planeado.

Se corta el ligamento en sentido caudal en los primeros 1 a 2cm del ligamento ancho. Al separar el ligamento ancho se da origen a las hojas anterior y posterior, de entre las cuales se observa tejido conjuntivo areolar. La hoja anterior presentada se disecciona en una línea curva hacia abajo y hacia la línea media hasta el nivel del pliegue vesicouterino. Este es el momento más oportuno en que se debe reconocer los uréteres del espacio retroperitoneal.

Cuando los uréteres son identificados, se abre la hoja posterior del ligamento ancho de cada lado, y se realiza una incisión a este mismo nivel que se extenderá en dirección inferomedial hacia los ligamentos úterosacros. Para la conservación de los anexos, el cirujano introduce su dedo índice bajo la trompa de Falopio y el ligamento úteroovarico. Se colocan pinzas de Heaney al lado del dedo, con dirección al útero.

Al retirar el dedo se realiza una incisión en el espacio que existe entre la pinza la de Kelly y la de Heaney interpuestas sobre la trompa de Falopio y el ligamento úteroovarico entre. Aquí se coloca hilo de absorción lenta, calibre 0 alrededor de la pinza de Heaney más distal de las dos.

Por último se coloca un punto transfixivo sobre el pedículo que está sosteniendo la otra pinza de Heaney, específicamente por arriba y distal respecto de la primera ligadura. Ya con esto los ovarios están separados del útero.

Hay varias técnicas para mover la vejiga y que la separen del istmo y cuello uterino, pero es la disección cortante el método de elección más frecuente. Para esta técnica se sujeta y se eleva el pliegue vesicouterino para crear presión entre este y el cuello uterino en el fondo. Al mismo tiempo, al jalar las pinzas de Kelly que fueron situadas previamente en el fondo, se crea contracción.

Se disecciona con tijeras Metzembraum el tejido conjuntivo dentro del espacio vesicouterino, manteniendo cerca del cuello uterino la incisión para evitar una cistotomía.

La técnica de la disección cortante es muy eficaz para pacientes sometidas previamente a cesáreas, ya que es casi un hecho que tienen tejido cicatrizal (adherencias) que conecta la superficie posterior de la vejiga con la superficie anterior del útero.

Posterior a la ligadura de las arterias uterinas, si el útero es grande y abultado se separa en forma brusca del istmo y el cuello. Al extraer el cuerpo, se colocan pinzas de Kocher en las paredes anterior y posterior del istmo uterino para así elevar el cuello.

Los ligamentos cardinales se localizan a los lados del útero y son inferiores con relación a los vasos uterinos. Para sujetar el ligamento cardinal se usa pinza de Heaney recta, y, conforme se sujeta el ligamento con la pinza de Heaney, se ubica esta en forma cercana al lado del útero que corresponda.

Con un bisturí se incide sobre el ligamento cardinal sostenido por la pinza, Para luego colocar puntos simples transfictivos debajo de esta. Se realiza el mismo corte en el ligamento lado opuesto.

Al llegar a este punto, las únicas estructuras de soporte aun adheridas al útero son los ligamentos úterosacros. Estos se aprecian mejor con tracción uterina en dirección superior. Para sujetar cada ligamento se utiliza una pinza de Heaney recta, proximal a su inserción uterina. Es de extrema relevancia que las pinzas se coloquen tan proximales al útero como sea posible, debido a la estrecha cercanía del uréter. Luego se secciona el ligamento en la parte medial a la pinza, donde se aplica un punto de sutura transfictivo.

Luego del corte de todos los ligamentos, el cirujano puede hacer palpación a nivel de las paredes vaginales anterior y posterior para reconocer el punto más bajo del cuello uterino. Para sujetar juntas las paredes vaginales se utilizan pinzas de Heaney curvas, en un punto debajo del cuello.

Para la extracción del útero se incide el tejido vaginal por arriba de las pinzas. En este punto se separa al útero de la pelvis. Luego se colocan puntos transfixivos bajo las pinzas de Heaney.

Para sostener la cúpula vaginal al pedículo del ligamento úterosacro, se usa hilo de absorción lenta. Esta sutura adhiere las paredes vaginales anterior y posterior con la porción distal del ligamento úterosacro y tiene como función principal la prevención del prolapso del muñón posterior a la cirugía. Los bordes vaginal anterior y posterior anteriormente seccionados se reaproximan con varios puntos.

Para disminuir el riesgo de sangrado transvaginal posquirúrgico proveniente del muñón vaginal se debe incorporar en esta sutura el peritoneo que tapiza el borde vaginal posterior. Los bordes del pedículo se inspeccionan a ambos lados y comprueba hemostasia. Se concluye con cierre de la herida quirúrgica por planos ascendentes. Hoffman Barbara; et. al (2012).

Luego de la cirugía se requieren cuidados como con cualquier otra cirugía del mismo riesgo. Inicialmente se pedirá a la paciente que se levante y camine tan pronto como pueda ya que esto le ayudara a evitar que se formen coágulos en las piernas.

Se recomienda la administración de analgésicos para mitigar el dolor postquirúrgico y también una antibioticoterapia para prevenir cualquier infección que se pueda sobreagregar. Por lo general los antibióticos recomendados son las cefalosporinas cuyas dosis ya fueron mencionadas.

Dentro de las recomendaciones se establece la colocación de una sonda vesical durante 1 a 2 días para eliminar la orina. Pro de igual manera se informara a la paciente que use el baño tan pronto como sea capaz para acelerar el proceso de recuperación. El periodo de hospitalización por lo general varía entre 2 a 3 días dependiendo de la respuesta de la paciente a la cirugía.

Aun a pesar de que esta es la vía de abordaje más utilizada no se debe olvidar que siempre se debe buscar la manera de realizar la vía principal de elección que es la vaginal, ya que como en cualquier otro procedimiento quirúrgico lo que se busca es el bienestar y confort de la paciente

La histerectomía vaginal se caracteriza porque se extrae el útero a través de la cavidad vaginal, sin necesidad de realizar ninguna incisión en el abdomen.

Esta vía de abordaje es la más recomendada por todos los expertos debido a que implica menos complicaciones postquirúrgicas, menor costo económico, menor estancia hospitalaria y una recuperación mucho más pronta en relación a la histerectomía abdominal.

Por lo general está indicada en aquellos casos en los que las pacientes presenten por ejemplo; prolapso uterino o pelviano, útero con una capacidad de distensión adecuada, entre otros. Sin embargo se plantea que lo ideal es que el medico decida con cual vía de abordaje se siente más cómodo y apto ya que de esto dependerá el bienestar quirúrgico y postquirúrgico de la paciente.

Lo más importante a recalcar de esta técnica es que aunque es la más recomendada se debe tener sumo cuidado al momento de realizarla ya que puede resultar mil veces más traumático para una mujer que el abordaje abdominal.

El asesoramiento preoperatorio es exactamente igual al recomendado en la histerectomía abdominal. Se debe tener la paciencia y capacidad necesaria para capacitar a las pacientes sobre todo lo que significa someterse a este proceso.

Se recomienda de igual forma hacer un seguimiento psiquiátrico en caso de ser necesario o en caso de que sea una situación controlable, estricta vigilancia por parte del médico responsable con la paciente histerectomizada para analizar cualquier cambio en su estado de ánimo que dificulte el proceso de recuperación

Si existe preocupación por una lesión del recto, se recomienda preparar el intestino de la paciente con purgantes electrolíticos preparados la noche anterior a la cirugía.

También se recomienda que antes de la cirugía se administre de manera profiláctica una sola dosis de antibióticos para reducir el riesgo de infecciones postoperatorias. Y en caso de que esta no es suficiente se puede añadir dosis de 500mg de metronidazol oral 2 veces al día por 7 días después de la cirugía para potenciar el efecto.

Ya en el acto operatorio, después de colocar anestesia regional, se ubica a la paciente en posición dorsal alta para evitar lesionar estructuras nerviosas adyacentes. Se prepara quirúrgicamente la vagina y se coloca sonda de Foley. Se coloca de preferencia un retractor de ángulo recto a lo largo de la pared vaginal anterior y en la parte posterior se coloca un espejo vaginal con pesario de Auvard.

Se debe sostener los labios anterior y posterior del cuello uterino y enlazarlos utilizando una pinza de Lahey. Bajo la mucosa se administra en sentido circular entre 10 y 15ml de solución salina con lidocaína por encima de la unión cervico vaginal, respetando el borde inferior de la vejiga, el cual se identifica como un surco que se acentúa por encima del epitelio vaginal y que además puede destacar por desplazamiento hacia adentro y afuera del cuello uterino.

Se recomienda la administración de fármacos vasoconstrictores puesto que ayudarán a disminuir el sangrado durante la disección y permite una mejor apreciación los planos histicos. La incisión se mantiene superficial a la aponeurosis pubocervical para evitar la disección en el interior del cuello.

Se sostiene la pared vaginal anterior y se la presenta con una pinza de Allis. Se realiza presión por tracción hacia afuera sobre la pinza de Lahey, lo que va a denotar bandas fibrosas que unen a la vejiga y el cuello uterino. Luego con el dedo índice el cirujano tracciona hacia abajo y arriba contra el cuello uterino para separar en forma roma las fibras y así desplazar la vejiga en sentido cefálico, hasta que se alcanza el pliegue vesicouterino.

Para exponer el fondo de saco vaginal posterior, el cuello se eleva hacia adelante junto a la pinza de Lahey. Se coloca una pinza de Allis en la pared vaginal posterior y en el borde externo de la incisión circular previamente realizada. Se direcciona hacia abajo la pinza de Allis para crear presión a través del peritoneo posterior expuesto. Se disecciona la pared vaginal posterior con tijeras de Metzemaum y se aprecia el fondo de saco posterior de Douglas.

Con un solo punto de hilo sutura de absorción lenta se fija en el centro del peritoneo posterior a la incisión de la pared vaginal posterior, el cual favorece al cierre del peritoneo al final del procedimiento.

La presión que se ejerce hacia el exterior sobre la pinza de Lahey permite identificar los ligamentos que sostienen al útero. Esta tracción sobre el cuello es de gran beneficio puesto que ayuda a evitar lesiones de órganos adyacentes, sobre todo de los uréteres. Al identificar el ligamento úterosacro, se aplica una pinza de Heaney curva sobre este, y luego se disecciona en forma transversal y posteriormente se liga. De igual manera se realiza con los ligamentos cardinales.

Con pinzas de Heaney se sostiene el ligamento úteroovarico, ligamento redondo y las salpinges, entendiéndose que cada pedículo se liga dos veces, realizando primero sutura simple proximal y a continuación puntos transfixivos distales.

Al extraer el útero se revisan los pedículos intervenidos en busca de algún tipo de sangrado. Normalmente se controla la hemorragia por coagulación o puntos de sutura en ocho. El peritoneo se cierra con una jareta con hilo de absorción lenta. Luego se realiza una sutura de suspensión, que unen los ligamentos cardinales, úterosacro o ambos, a la porción lateral de la cúpula vaginal a cada extremo para mejorar el sostén y la suspensión de esa estructura.

Se concluye al cerrar la incisión de la pared vaginal de izquierda a derecha con puntos separados o continuos. Hoffman,B ; et. al.(2012)

En comparación con la histerectomía abdominal, en el postoperatorio las pacientes tienen una recuperación mucho más rápida, un periodo de estancia hospitalario más corto y pueden iniciar la deambulación más rápido.

Los analgésicos que se usan aquí son en menores dosis y de igual forma el esquema antibiótico. Aunque es importante recalcar que la valoración posterior debe ser igual de minuciosa que la que se realiza en la histerectomía abdominal.

La mayoría de las pacientes sometidas a histerectomía son ambulatorias al día siguiente de la cirugía o en una semana como máximo periodo de tiempo. Sin embargo siempre existirá un pequeño porcentaje que presente algún tipo de complicación que requiera la agilidad del médico para que estas no comprometan la vida de la paciente.

Estudios recientes realizados en el hospital Virgen del Camino en Pamplona revelan que la tasa de mortalidad operatoria en intervenciones ginecológicas es baja, incluso inferior al

1%. Sin embargo, este estudio reveló también que la tasa de complicaciones asociadas a este tipo de cirugías varía entre el 0.2 y 26%. Recardi, E; Oroz; L, Lara , (2009)

Dentro de ellas las más frecuentes están asociadas al daño visceral y de los grandes vasos pélvicos, aunque estas se hacen más evidentes en casos oncológicos en los que la anatomía se encuentra distorsionada. Las complicaciones que se presentan en ambos tipos de abordaje son casi las mismas y entre las principales se mencionan

La hemorragia se presenta por lo general cuando ha habido una hemostasia inadecuada durante la operación. Dependiendo de la magnitud de esta puede ceder espontáneamente o causar un estado de choque a la paciente.

Cuando ocurre una hemorragia por histerectomía vaginal es posible controlarla por simple sutura vaginal, pero cuando la hemorragia se produce por una histerectomía abdominal se produce por lo general sangrado masivo intraperitoneal y de hemiperitoneo.

Existen también las llamadas hemorragias tardías que cuando se presentan lo hacen entre el 7mo y 21vo día; estas son hemorragias del muñón vaginal y entre las causas más frecuentes se mencionan: reabsorción de los hilos de sutura, necrosis de los tejidos locales, tromboflebitis séptica, tratamiento anticoagulante y relaciones sexuales antes de la cicatrización. Es recomendable la exploración bajo anestesia para localizar el punto sangrante, y en casos excepcionales es necesario realizar una laparotomía y ligar la arteria uterina en su origen.

El hematoma es una complicación tardía pero bastante frecuente. Se lo observa con mayor frecuencia en mujeres jóvenes con un riego sanguíneo abundante o en aquellas pacientes que han sido sometidas a una histerectomía radical por antecedentes de cáncer de útero.

Generalmente hay poca sintomatología, aunque en una paciente que presente picos de fiebre más un descenso en el valor de hematocrito y hemoglobina después de más de 7 días posquirúrgicos se puede sospechar de la presencia de un hematoma.

En el caso de la histerectomía abdominal se puede sospechar un hematoma de la pared abdominal si existe un dolor local, intenso, que puede deformar la pared. En caso de que se presenten hematomas grandes, se debe realizar una intervención inmediata con ligadura vascular si es posible, limpieza y drenaje.

Las infecciones son otra posible complicación por lo cual, durante el procedimiento quirúrgico hay que tener en cuenta que cuando se realiza la apertura de la vagina se entra en contacto con las bacterias propias de ahí. La profilaxis antibiótica ha sido ampliamente adoptada en ginecología, sobre todo después de que diferentes estudios prospectivos en la década de los 80 han demostrado su efectividad para reducir la tasa de infecciones postoperatorias.

Una compilación de 16 de estos estudios demostró que la tasa de infecciones tras histerectomía vaginal pasó del 32 al 6% cuando se administraba profilaxis y otro meta-análisis de 25 estudios demostró que dicha tasa pasaba del 21 al 9% en casos de histerectomía abdominal. Recardi, E; Oroz; L, Lara , (2009)

A pesar de que el primer signo indicativo de infección precoz post quirúrgica es la fiebre, antes de las 48 primeras horas no se debe instaurar el tratamiento antibiótico enseguida ya que el origen de la fiebre puede deberse a múltiples causas. Entre estas causas de fiebre se mencionan a la atelectasia, la neumonía por aspiración, la infusión de líquidos contaminados, infecciones preexistentes del útero, pelvis o tracto urinario, etc.

Las infecciones tardías aparecen por lo general después del séptimo día de haber sido sometida al proceso quirúrgico y entre estas se pueden mencionar: infección de la herida

quirúrgica, infecciones pélvicas, abscesos pélvicos, tromboflebitis pélvica séptica, infecciones de los catéteres, infecciones del tracto urinario, entre otras

Las infecciones pélvicas son secundarias a celulitis de la cúpula vaginal .la sintomatología principal incluye a la fiebre y dolor abdominopélvico. Hay presencia de leucocitosis y el tacto vaginal provoca dolor a la paciente; y también puede haber secreción purulenta que supura por los bordes de herida quirúrgica. La antibioticoterapia es el tratamiento de elección y se emplea por lo general: gentamicina, +clíndamicina o metronidazol, y drenaje de la colección purulenta.

La sepsis se produce por una invasión del torrente sanguíneo por parte de las bacterias que producen las infecciones descritas anteriormente. Por lo general esta se presenta cuando infecciones previas no han sido manejadas adecuadamente por el profesional responsable inmunodeprimiendo al paciente volviendo más susceptible. En este tipo de situaciones el tratamiento indica erradicar el foco infeccioso inicial con antibioticoterapia suficientemente agresiva, y en caso de que la paciente no mejore se recomienda el ingreso de esta a una unidad de cuidados intensivos especializada.

La retención urinaria se observa con mucha frecuencia en histerectomía vaginal sobre todo cuando hubo reparación anterior. El tratamiento instaurado es el drenaje con sonda por cinco días aproximadamente. Si al retirar la sonda la paciente aun no puede orinar se puede recurrir a la realización de un cateterismo y nueva introducción de una sonda, aunque la larga es un proceso que terminara acarreado infecciones.

La patología que se produce frecuentemente por la utilización continua de sonda vesical o cateterismo es la Cistitis. Se recomienda que cuando se presente se realice un cultivo para establecer entonces un tratamiento antibiótico. Novak (2008).

El Íleo paralítico se la encuentra por lo general después de una histerectomía abdominal complicada, y se caracteriza por distensión extrema con vómitos, los ruidos hidroaéreos no están presentes y no hay presencia de cólico. El examen que se debe practicar es la Rx en la cual se podrá observar al intestino delgado un poco dilatado y presencia de gas en colon. Se lo trata de forma común con una sonda nasogástrica más laxantes o preferiblemente enemas

La obstrucción mecánica es mucho más frecuente después de una histerectomía abdominal, y se caracteriza por la presencia de náuseas, vómitos distensión abdominal y ruidos hidroaéreos hiperfónicos. Se la trata inicialmente con la colocación de una sonda nasogástrica, aunque se considera que esta no constituye una urgencia por lo que puede ser tratada con aspiración del intestino e inyección de líquidos intravenosos.

El desequilibrio de electrolitos se observa con mayor frecuencia en pacientes postquirúrgicas que han tenido excesivos vómitos, náuseas y que han requerido por lo tanto reposición de líquidos intravenoso. Es muy importante en estos casos valorar la entrada y salida de líquidos necesarios sobre todo en aquellos casos en los que las pacientes tengan antecedentes cardiacos.

De igual forma se recomienda tener un control de bioquímica sanguínea, ionograma, para evitar problemas serios que comprometan la vida del paciente.

La dehiscencia de suturas es la separación de los bordes de las incisiones quirúrgicas. Cuando esta se presenta puede hacerlo con o sin sintomatología de infección, sin embargo puede presentarse como principal signo la fiebre. Esta complicación aparece por lo general en aquellas pacientes en las que las suturas se hicieron con puntos demasiado juntos, o aquellas que han tenido una tensión excesiva ya sea por episodios de tos, estornudos, íleo paralítico, pacientes con obesidad mórbida o delgadez extrema etc.

El tratamiento se basa en el cierre de la incisión tan rápidamente como sea posible. Si protruye el intestino debe ser inmediatamente cubierto con una compresa estéril y húmeda. Una faja evitará que aumente la dehiscencia hasta que la paciente se lleve de nuevo al quirófano.

Lo esperado durante cada procedimiento quirúrgico es que existan cada vez menos complicaciones, esto dependerá directamente del profesionalismo y preparación con la que actúe el tratante responsable, motivo por el cual es necesario cumplir con los protocolos establecidos para este tipo de intervenciones, para de esta manera poder garantizar el bienestar y calidad de vida de la usuaria. Novak (2008).

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Histerectomía Abdominal

VARIABLE DEPENDIENTE

Complicaciones Postquirúrgicas

VARIABLE INTERVINIENTE

Histerectomía Vaginal

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: PRINCIPALES COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Cualquier alteración respecto al curso previsto en la respuesta local y sistémica del paciente quirúrgico.	CARACTERISTICAS CLINICAS	EDAD	25 a 35 años
			36 a 45 años
			46 a 55 años
			56 a 65 años
			> 65
		PROCEDENCIA	Urbana
			Rural
		ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	Diabetes
			Obesidad
			Hipertensión arterial
	GESTAS	Ninguno	
		Si No	
	PARIDAD	Parto	
		Cesárea	
		Parto + Cesárea	
	CARACTERISTICAS POSTQUIRURGICAS	DOLOR	Ausente
			Tolerable
			Moderado
			Intenso
ESTANCIA HOSPITALARIA		<48 hrs	
		>48 hrs	
INCIO DE DEAMBULACION		<24 hrs	
		>24 hrs	
COMPLICACIONES MEDIATAS		Infecciones	
		Sangrado transvaginal > 100 cc	
		Dehiscencia de sutura	
		Anemia moderada	
		Ninguno	

VARIABLE INDEPENDIENTE: HISTERECTOMIA ABDOMINAL

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Procedimiento quirúrgico que se caracteriza por la extracción del útero mediante una incisión abdominal.	PROCEDIMIENTO	PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS FRECUENTES	Acretismo Placentario
			Adenomatosis
			Atonía Uterina
			Cáncer de cuello uterino
			Fibroma
			Miomatosis Uterina
			Prolapso Genital
	TIEMPO QUIRURGICO	60-90 min	
		91-120 min	
		>121 min	
TIPO DE INCISION	Inframedia umbilical		
	Pfannenstiel		

VARIABLE INTERVINIENTE:HISTERECTOMIA VAGINAL

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
La histerectomía vaginal es la cirugía mediante la cual se extrae la matriz a través de la cavidad vaginal, sin necesidad de realizar ninguna herida en el abdomen	PROCEDIMIENTO	PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS FRECUENTES	Acretismo Placentario
			Adenomatosis
			Atonía Uterina
			Cáncer de cuello uterino
			Fibroma
			Miomatosis Uterina
			Prolapso Genital
	TIEMPO QUIRURGICO	60-90 min	
		91-120 min	
		>121 min	
TIPO DE INCISION	HemiCircunsición AP		

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de tipo Descriptivo, prospectivo, transversal y propositivo.

LÍNEA DE LA INVESTIGACIÓN

Salud Sexual y Reproductiva.

UNIVERSO

Está constituido por las usuarias hospitalizadas en el subproceso de Ginecoobstetricia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda

MUESTRA

La conforma 66 usuarias hospitalizadas en el subproceso de Ginecoobstetricia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda

FORMULA DE MUESTREO

N= Población

P= Nivel de ocurrencia o probabilidad a favor

Q= Nivel de no ocurrencia o probabilidad en contra

e = Margen de error

Z = Nivel de confiabilidad o confianza

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{(Z)^2 P \cdot Q + N e^2}$$

MODALIDAD DE INVESTIGACION

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes a las que se realizó histerectomía por presentar patología uterina benigna y/o maligna.

Pacientes a las que se les realizó una Histerectomía por causas obstétricas.

Pacientes mayores de 25 años de edad que fueron sometidas a histerectomía.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes menores a <25 años de edad.

Pacientes ingresados por otras patologías ginecológicas

Pacientes que fallecieron.

METODOS E INSTRUMENTOS Y TECNICAS

Previa autorización de las autoridades del Hospital Provincial Verdi Dr. Cevallos Balda; se usó una ficha de recolección de datos de las usuarias en la cual valoramos las principales complicaciones de la histerectomía abdominal y la histerectomía vaginal con la ayuda de los ginecólogos que trabajan en la en el subproceso de ginecología quienes nos explicaron las características de dicho procedimiento.

Plan de análisis y tabulaciones

La información obtenida fue procesada con ayuda del programa de Excel, la misma que se calificara en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearan grafitablas y cuadros estadísticos para interpretar y analizar los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados. Además se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación

RECURSOS INSTITUCIONALES

Universidad técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud
Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda

TALENTO HUMANO

Investigadores

Tribunal de trabajo de titulación

Usuaris

Personal de Salud que labora en el subproceso de ginecoobstetricia

RECURSOS MATERIALES:

Computadora

Impresora

Materiales de escritorio

Internet

Libros

Papel bond

Bolígrafos

TÉCNICA DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación en el Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo se utilizaron:

Revisión documentada

Ficha de recolección de datos

Historias clínicas

Referencias bibliográficas

Webgrafía

Consentimiento informado

Cámara fotográfica

Programa Excel

Se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la Investigación.

PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

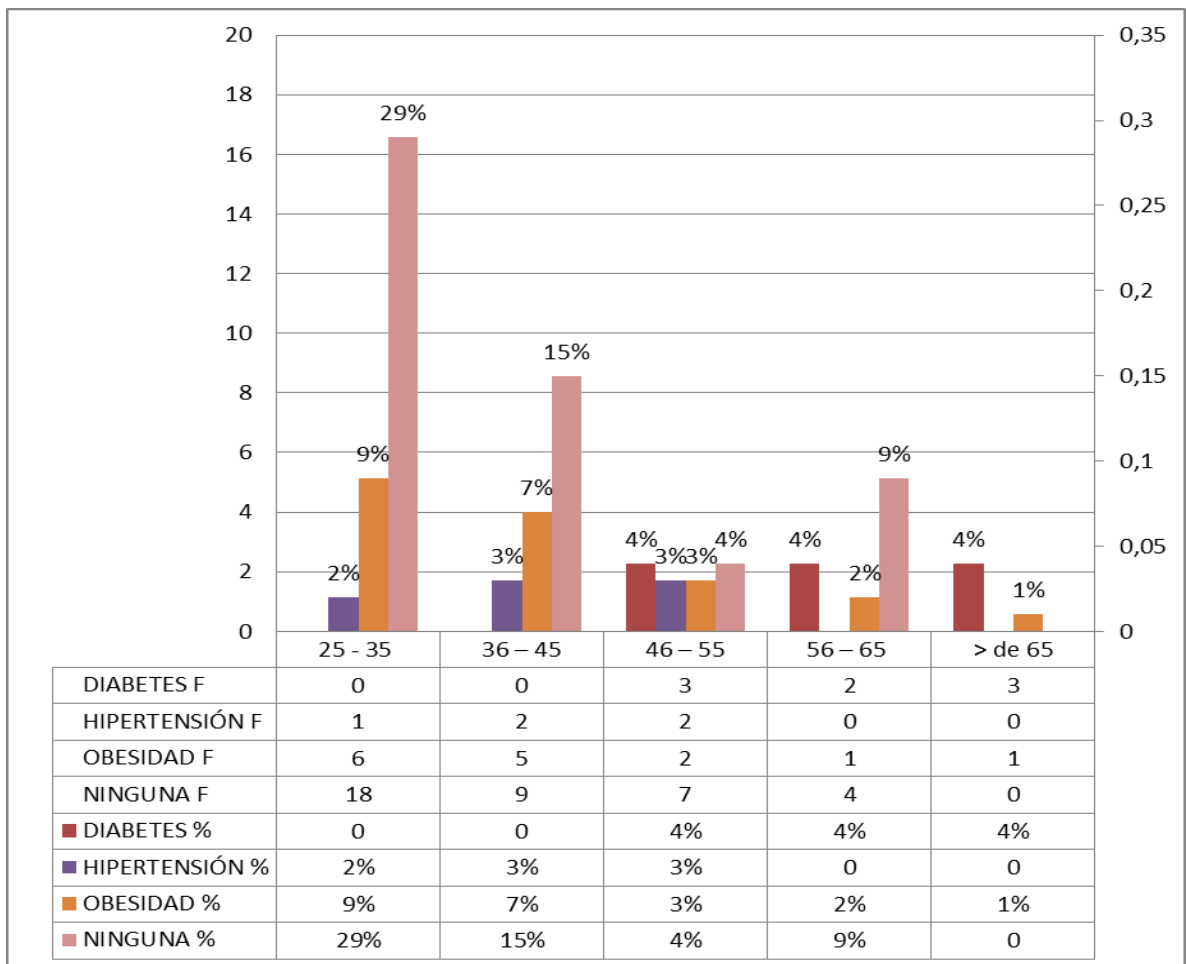
La presente investigación se realizó mediante fichas de recolección de datos más revisión exhaustiva de las historias clínicas de las pacientes con el objetivo de determinar las complicaciones de la Histerectomía Abdominal y Vaginal.

Los resultados fueron tabulados manualmente y acto seguido representados a través de cuadros y gráficos estadísticos, utilizando como medidas de resumen la frecuencia y porcentaje.

CAPITULO IV

GRAFITABLA# 1

Relación de Grupo Etario y Antecedentes Patológicos Personales en pacientes sometidas a Histerectomía Abdominal o Vaginal, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.



FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda

ELABORADO POR: Belforth Vera y Miguel Angel Gorozabel

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

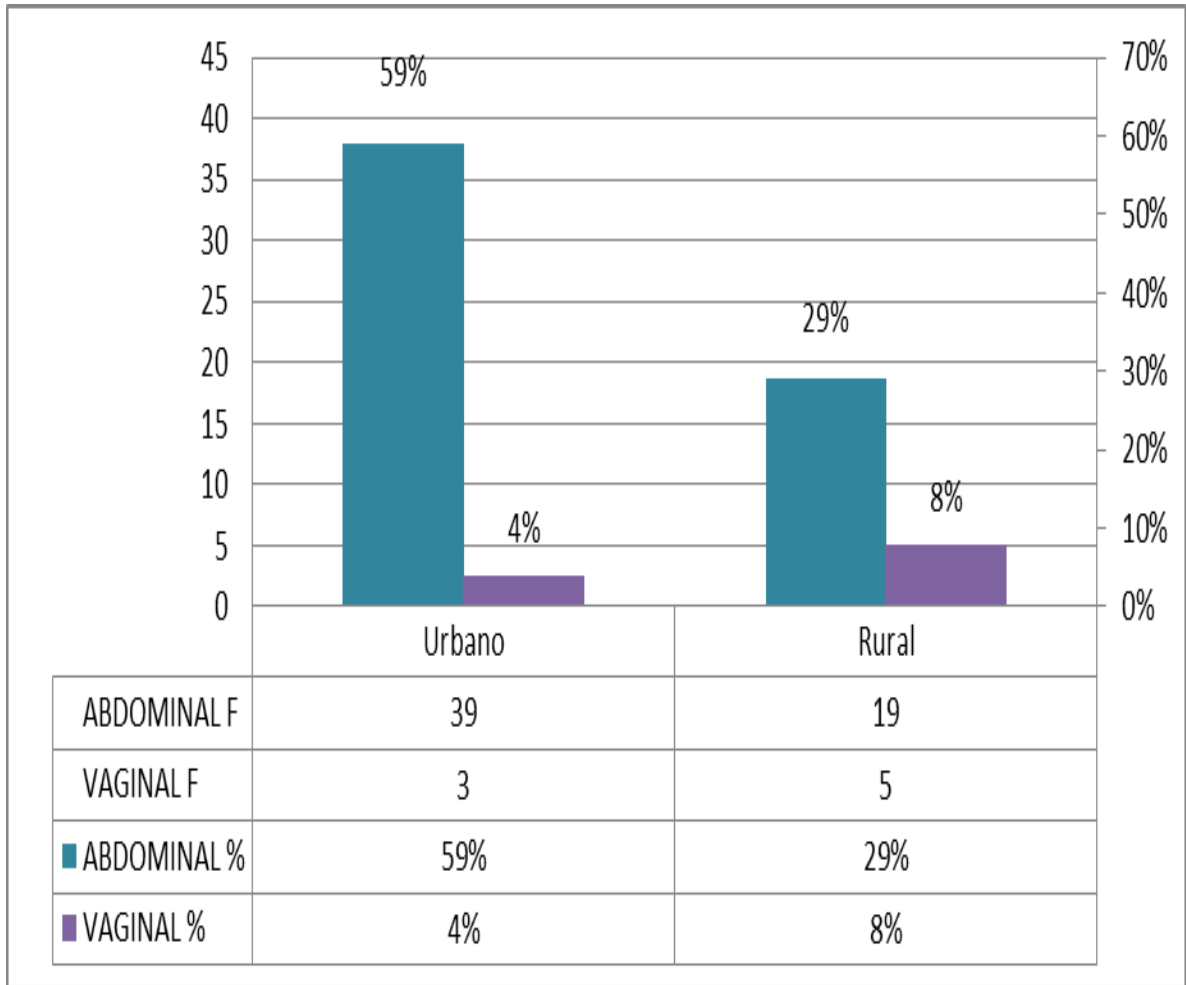
En esta gráfitabla se puede establecer que la mayor parte de las usuarias (35) que representan el 57 % no tenían antecedentes patológicos personales, mientras que la patología más común es la obesidad que se observa con mayor frecuencia en el intervalo comprendido entre 25 a 35 años de edad con aproximadamente 6 pacientes representadas en un 9%, de un total de 12 que padecen esta alteración.

Así mismo, Castellanos Martínez Abad (2011), manifiesta que la obesidad y la Diabetes es un factor que prevalece en mujeres jóvenes menores de 30 años que se han sometido por múltiples causas a histerectomía.

En el artículo realizado por Bourment Joseph, Nephard Louis (2010), hace referencia que de 233 pacientes estudiadas, aproximadamente el 59% mantenía un IMC correspondiente a Sobrepeso y Obesidad grado I, mientras que el 8% manifestaba una Diabetes Mellitus Insulinodependiente.

GRAFITABLA # 2

Histerectomía Abdominal y Vaginal en relación con la Procedencia, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.



FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda.

ELABORADO POR: Belforth Vera y Miguel Angel Gorozabel

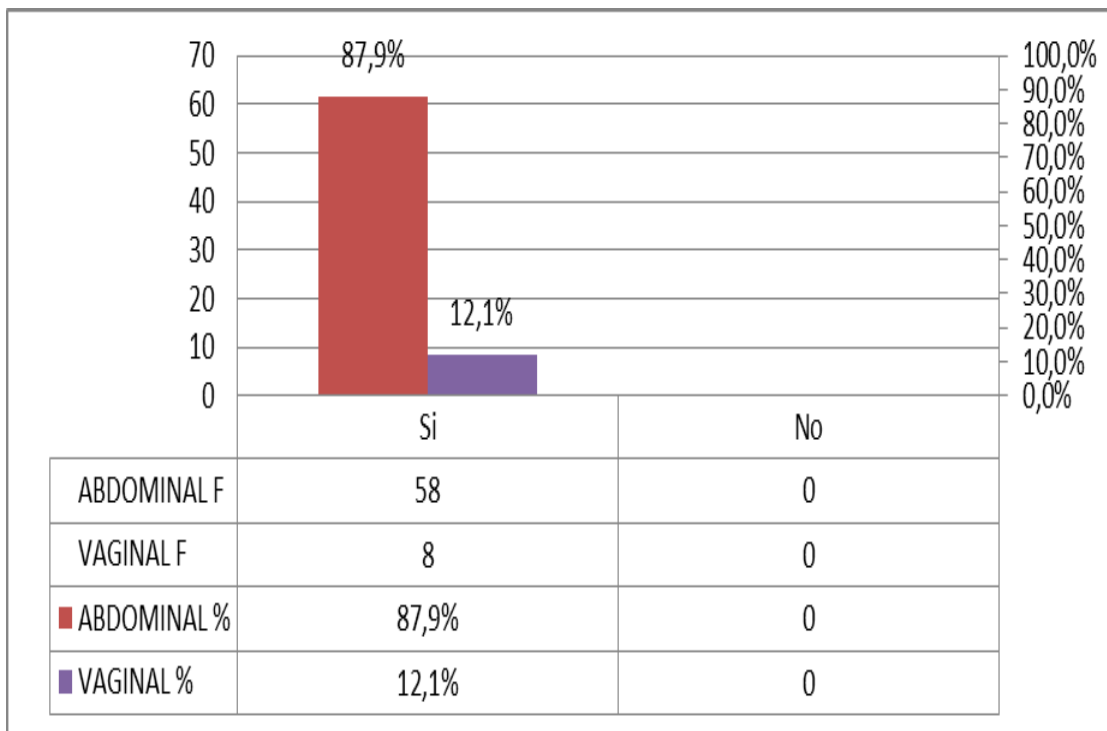
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la grafitabla analizada se observa que los resultados reflejados en este gráfico y tabla indican que la procedencia más frecuente de las pacientes sometidas a histerectomía ya sea por vía vaginal o abdominal es la urbana con 42 usuarias que representan al 63% del total.

No se encontraron evidencias bibliográficas que sustenten científicamente el resultado obtenido.

GRAFITABLA # 3

Relación de la Histerectomía Abdominal y Vaginal de acuerdo a antecedentes de Gestas Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.



FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda

ELABORADO POR: Belforth Vera y Miguel Angel Gorozabel

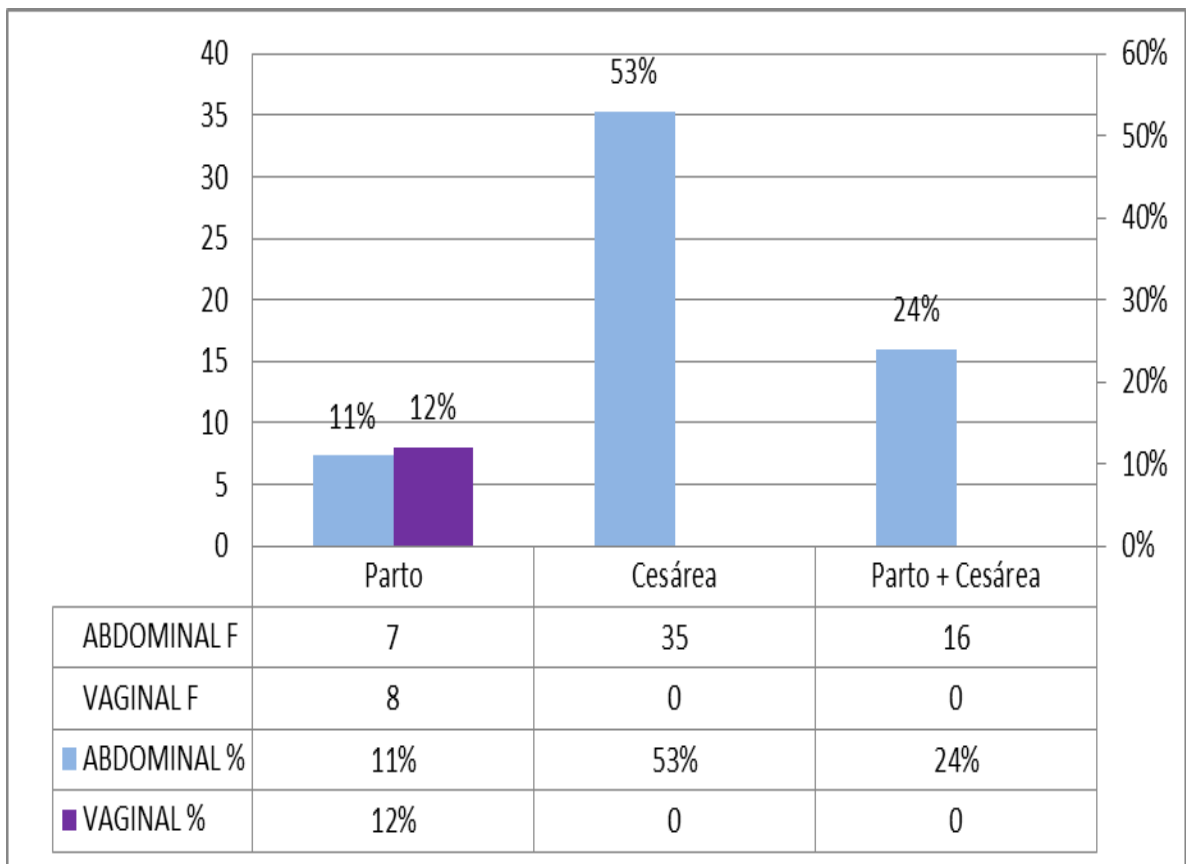
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la grafitable # 3 se logra establecer que las usuarias sometidas a histerectomía vaginal o abdominal tuvieron en su totalidad (100%) antecedentes de gestas.

En el estudio denominado "Prevalencia y causas de histerectomía en mujeres atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca en el año 2012", Quintana Muentes Jose (2012), se comprueba que la mayor tasa de incidencia se encuentra en pacientes que ya han tenido embarazos anteriores y que han sido terminados bajo cesárea, posteriormente histerectomizadas por diagnóstico de miomatosis uterina.

GRAFITABLA # 4

Histerectomía Abdominal y Vaginal en relación a la Paridad, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.



FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda

ELABORADO POR: Belforth Vera y Miguel Angel Gorozabel

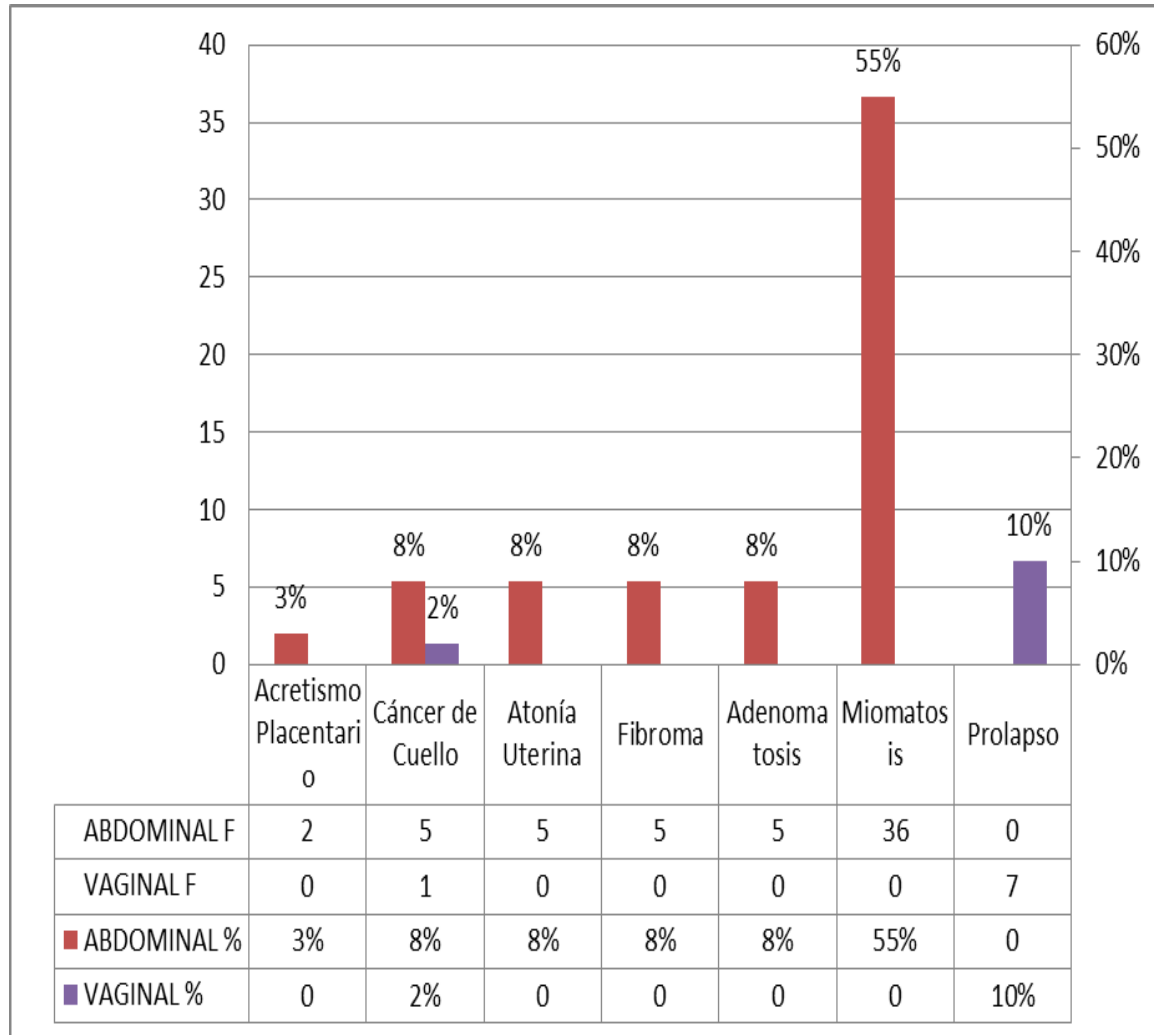
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la grafitabla # 4 se evidencia que los resultados obtenidos reflejan que 35 usuarias hysterectomizadas vía abdominal de un total de 66, que representan el 53% tienen antecedentes de Partos por Cesárea, mientras que las hysterectomizadas vía vaginal en su totalidad (8 pacientes que representan el 12%) se les atendió por Parto Vaginal.

Así mismo, el estudio "Prevalencia y causas de hysterectomía en mujeres atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca en el año 2012", Quintana Muentes Jose (2012), comprueba que la mayor tasa de incidencia se encuentra en pacientes que ya han tenido embarazos anteriores y que han sido terminados bajo cesárea, posteriormente hysterectomizadas por diagnóstico de miomatosis uterina.

GRAFITABLA # 5

Patologías Ginecológicas más Frecuentes que conllevan a Histerectomía Abdominal o Vaginal, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.



FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda

ELABORADO POR: Belforth Vera y Miguel Angel Gorozabel

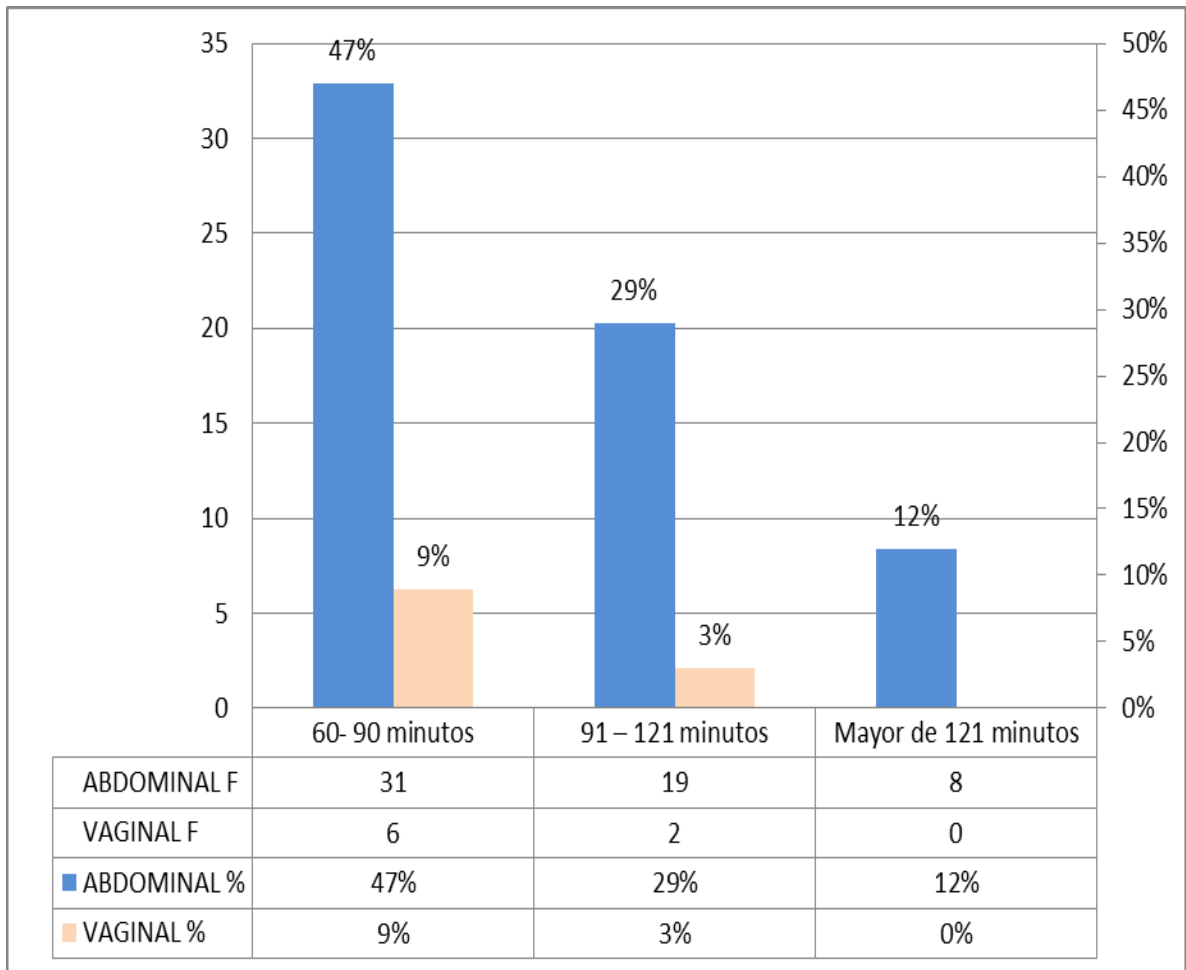
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la grafifbla # 5 indica que en las pacientes histerectomizadas vía abdominal la causa por la realización de la misma fue Miomatosis Uterina en 36 usuarias representadas en un 55%; mientras que en las pacientes histerectomizadas por vía vaginal la patología causante de la misma fue Prolapso Vaginal en 7 usuarias correspondientes al 10%.

Rutter M., Dalhers S., (2011), en el estudio realizado a 763 mujeres, estableció que la causa obstétrica que conlleva a una histerectomía principalmente abdominal es la atonía uterina en un 62% mientras que la causa ginecológica más frecuente es la Miomatosis uterina en un 26%.

GRAFITABLA # 6

Tiempo Quirúrgico empleado en la realización de la Histerectomía Abdominal en relación a la Histerectomía Vaginal Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.



FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda

ELABORADO POR: Belforth Vera y Miguel Angel Gorozabel

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

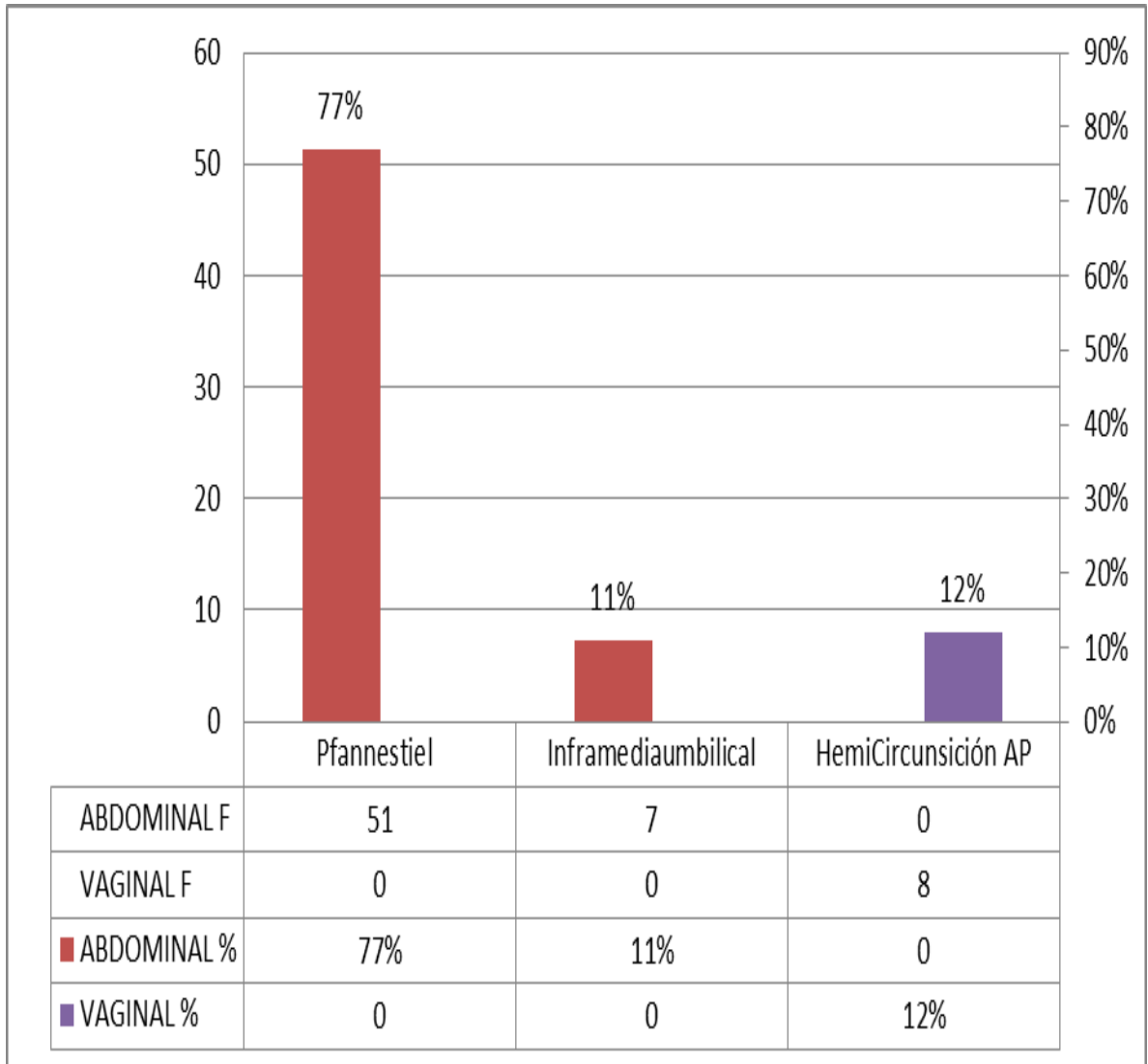
En la grafitabla #6 se observa que de un total de 58 pacientes sometidas a Histerectomía Abdominal, el tiempo con mayor frecuencia de realización de la misma fue de 60 a 90 minutos con 31 pacientes que representan el 47% al igual que la Histerectomía Vaginal con 6 pacientes de un total de 8 que representan el 9%.

Coincidentemente, Bajo Arenas José (2010), describe que “El tiempo operatorio para la realización de una histerectomía total, independiente de su vía de excéresis, no debe superar los 120 minutos, la mayor parte de las mismas, se realiza en un tiempo estimado menor a los 90”.

Igualmente, Gendy R. Walhen (2012) en su estudio denominado “Histerectomía Vaginal vs Histerectomía Abdominal”. Los datos de este artículo confirman que efectuar la Histerectomía Abdominal lleva unos 30 minutos más que la Histerectomía Vaginal.

GRAFITABLA # 7

Incisiones Quirúrgicas más utilizadas en la realización de Histerectomía Abdominal y Vaginal, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.



FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda

ELABORADO POR: Belforth Vera y Miguel Angel Gorozabel

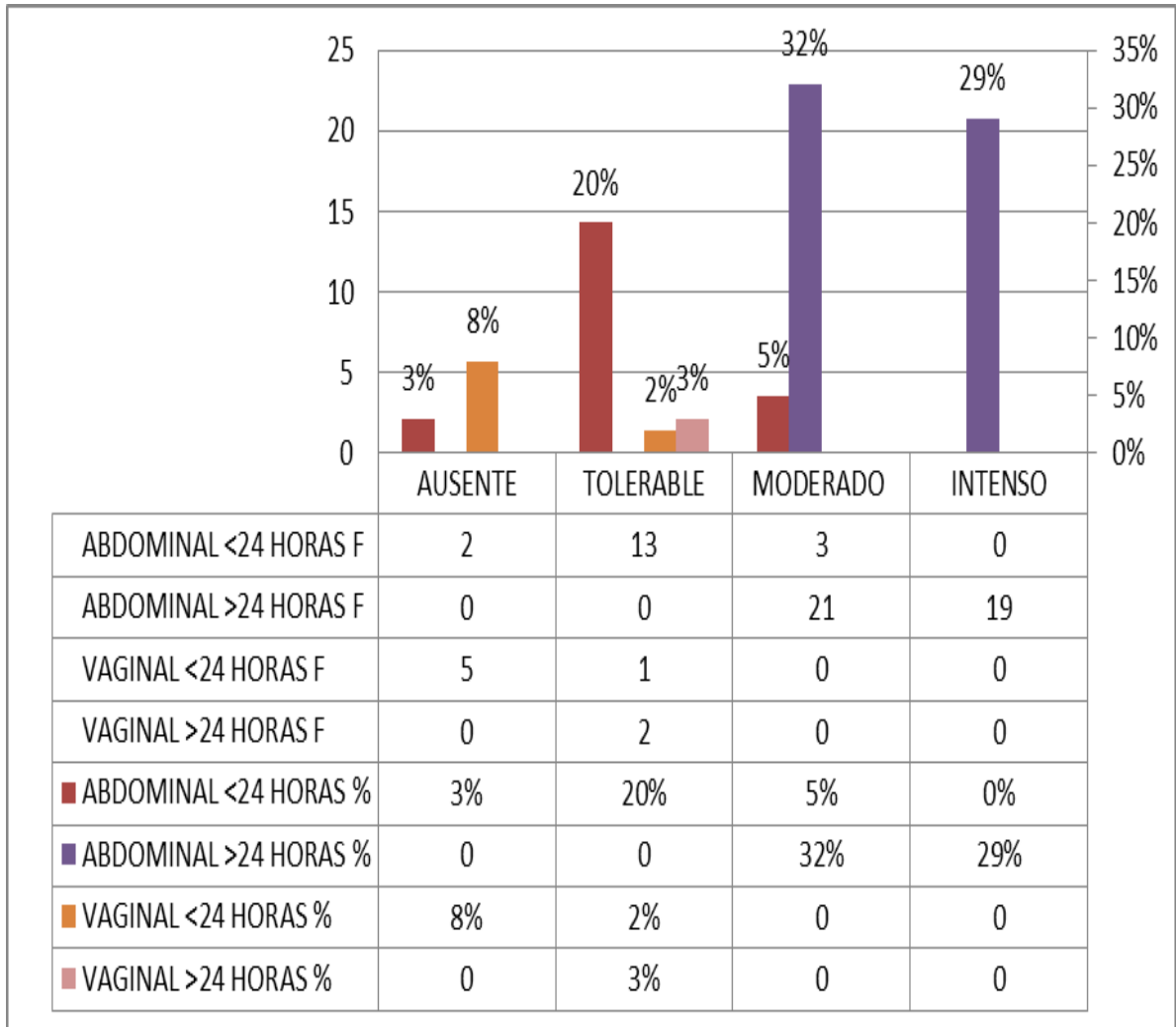
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la grafita # 7 se observa la incisión quirúrgica mayormente realizada para Histerectomía Abdominal es la Pfannestiel con un 66% que representa a 44 usuarias de un total de 58; mientras que en la Histerectomía Vaginal se elige la Hemi-Circuncisión AP en su totalidad para las 8 pacientes que representan el 12% .

Cosson Michel (2011), en su libro “Cirugía Ginecológica” en el cual indica que “para la realización de esta técnica podemos hacer una incisión abdominal tipo Pfannestiel, y en caso no poder realizarse con mayor precisión se llegara a una incisión medial”.

GRAFITABLA # 8

Escala Del Dolor e Inicio de la Deambulaci3n en Pacientes sometidas a Histerectomía Abdominal o Vaginal, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.



FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda

ELABORADO POR: Belforth Vera y Miguel Angel Gorozabel

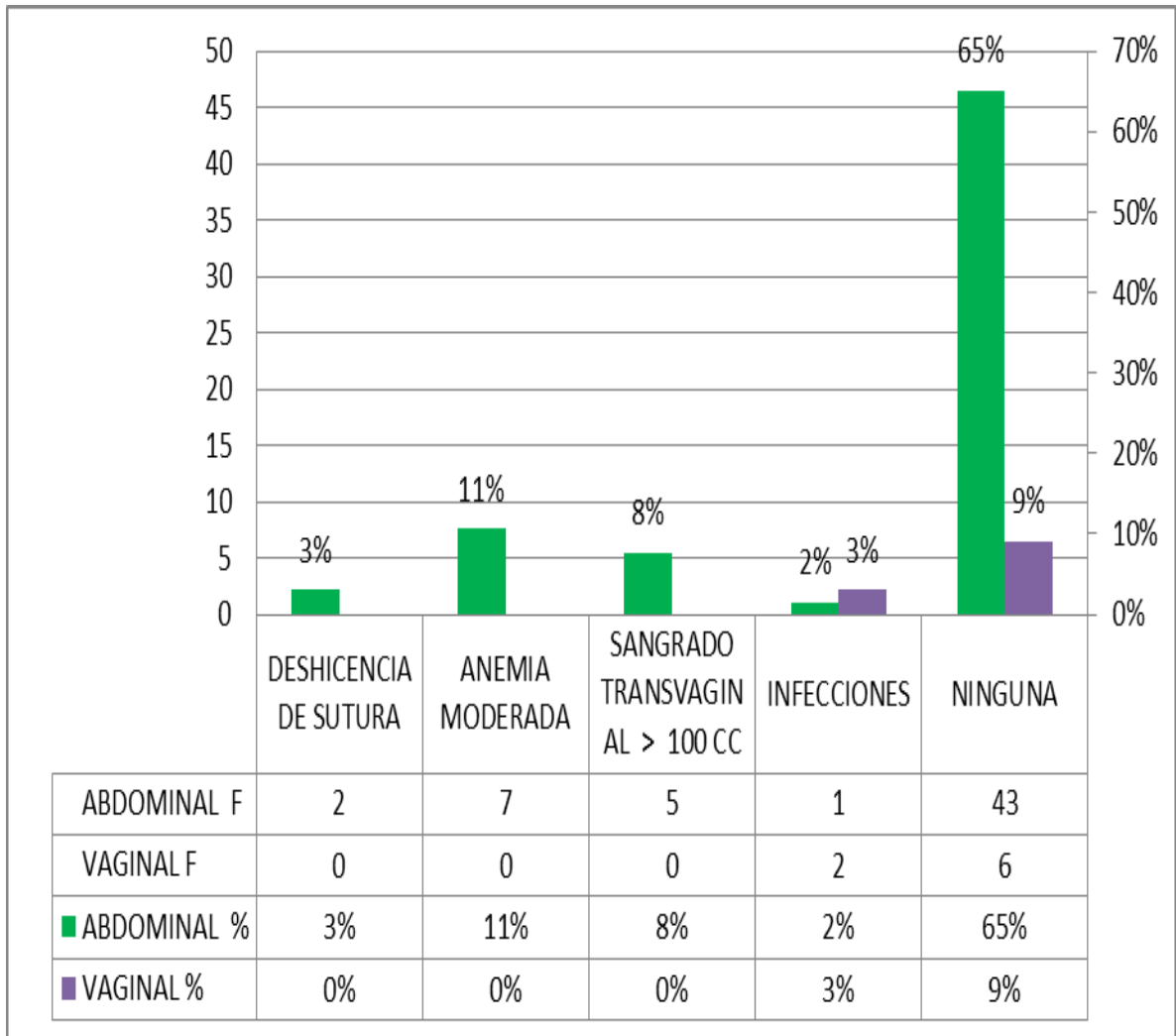
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la grafitabla #8 se logra observar que en la histerectomía abdominal la escala de dolor y el inicio de la deambulaci3n se da con mayor frecuencia despu3s de las 24 horas postquir3rgica con una intensidad moderada del dolor, representando a 21 pacientes del total global de 66 con un porcentaje cercano al 32%; mientras que en la Histerectomía vaginal el inicio de la ambulancia se logra en menos de 24 horas postquir3rgicas con ausencia de dolor, en alrededor de 5 pacientes de 66, representadas en el 7% del global.

R. Silva (2010), en la Revista Chilena de Ginecología, comprueba que las pacientes histerectomizadas vía vaginal empezaron su deambulaci3n en 12 horas menos que las pacientes en las que utilizaron la vía abdominal para el abordaje quir3rgico, así mismo, la permanencia hospitalaria llegó a disminuir a 48 horas postquir3rgicas.

GRAFITABLA # 9

Complicaciones Postquirúrgicas de las pacientes sometidas a Histerectomía Abdominal o Vaginal hospitalizadas en el subproceso de Ginecoobstetricia del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.



FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda

ELABORADO POR: Belforth Vera y Miguel Angel Gorozabel

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados de la grafitabla # 9 nos indica que en la mayoría de Histerectomías Abdominales no existen complicaciones, pues 43 de 58 pacientes, que reflejan el 65% no las manifestaron en ningún periodo menor o mayor de 48 horas, al mismo tiempo que en las Histerectomías realizadas vía Vaginal, la frecuencia de presentación de complicaciones en las usuarias fue de Ninguna en aproximadamente 5 pacientes que representan el 8% del total.

En el 2012, la Revista “Onmeda” publicó: Por regla general, la extirpación del útero (histerectomía) es una intervención que no reviste complicaciones. No obstante, la operación tiene sus riesgos. Tras la extirpación del útero es totalmente normal que se den pequeños sangrados (hemorragia posterior) y dolores. Los dolores pueden aliviarse con analgésicos”.

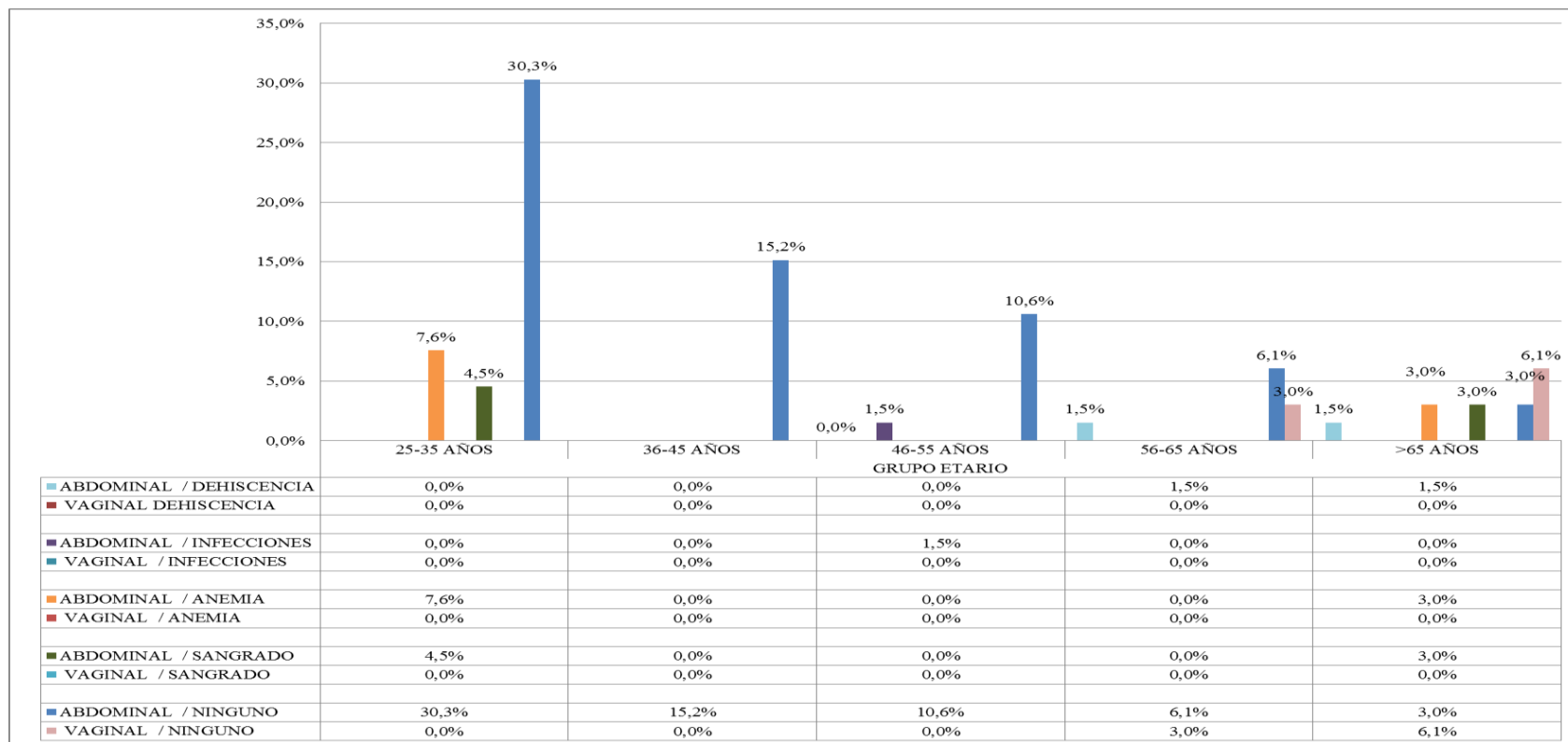
Contrariamente el estudio denominado “Histerectomía: Incidencia, Indicaciones y Complicaciones”, realizado en Guadalajara, México, en el Hospital De Ginecoobstetricia del Occidente, revela que: “La principal complicación inmediata fue el choque hipovolémico, que ocurrió en 56.3% (58) de las mujeres; después, lesión vesical en 5.8% (6), la cual fue identificada y reparada en el momento del acto quirúrgico. Otras causas, como lesión de uréter, vejiga, choque séptico y asistolia transitoria se manifestaron de manera aislada”.

GRAFICO # 10: RELACIÓN DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES EN FUNCIÓN A LA EDAD, APP, TIEMPO QUIRÚRGICO, INICIO DE LA DEAMBULACIÓN, ESTANCIA HOSPITALARIA.

		HISTERECTOMIA ABDOMINAL										HISTERECTOMIA VAGINAL					TOTAL	%					
		D	%	I	%	A	%	S	%	N	%	D	%	I	%	A			%	S	%	N	%
GRUPO ETARIO	25-35 AÑOS	0	0	0	0	5	7,6	3	4,5	20	30,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	42,4
	36-45 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	10	15,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	15,2
	46-55 AÑOS	0	0	1	1,5	0	0	0	0	7	10,6	0	0	1	1,5	0	0	0	0	0	0	9	13,6
	56-65 AÑOS	1	1,5	0	0	0	0	0	0	4	6,1	0	0	0	0,0	0	0	0	0	2	3	7	10,6
	>65 AÑOS	1	1,5	0	0	2	3	2	3	2	3,0	0	0	1	1,5	0	0	0	0	4	6,1	12	18,2
APP	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1	1,5	0	0	0	0	2	3	2	3,0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,5	6	9,1
	DIABETES MELLITUS	1	1,5	0	0	1	1,5	2	3	4	6,1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	10	15,2
	OBESIDAD	2	3	1	1,5	0	0	2	3	6	9,1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	13	19,7
	NINGUNO	0	0	0	0	4	6,1	1	1,5	29	43,9	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4,5	37	56,1
TIEMPO QUIRURGICO	60 -90 MINS	0	0	0	0	2	3	0	0	29	43,9	0	0	0	0	0	0	0	0	6	9,1	37	56,1
	91 - 120 MINS	2	3	0	0	2	3	4	6,1	11	16,7	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	21	31,8
	> 121 MINS	0	0	1	1,5	3	4,5	1	1,5	3	4,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	12,1
INICIO DEAMBULACIÓN	<24 HRS	0	0	0	0	2	3	0	0	16	24,2	0	0	0	0	0	0	0	0	6	9,1	24	36,4
	>24 HRS	2	3	0	0	3	4,5	5	7,6	30	45,5	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	42	63,6
ESTANCIA HOSPITALARIA	<48 HRS	0	0	0	0	2	3	0	0	43	65,2	0	0	1	1,5	0	0	0	0	6	9,1	52	78,8
	>48 HRS	2	3	1	1,5	5	7,6	5	7,6	0	0	0	0	1	1,5	0	0	0	0	0	0	14	21,2

Grafitable # 10.1

Relación de las principales complicaciones de la Histerectomía Abdominal y la Histerectomía Vaginal en relación a la edad de las usuarias hospitalizadas en el subproceso de Ginecoobstetricia del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.

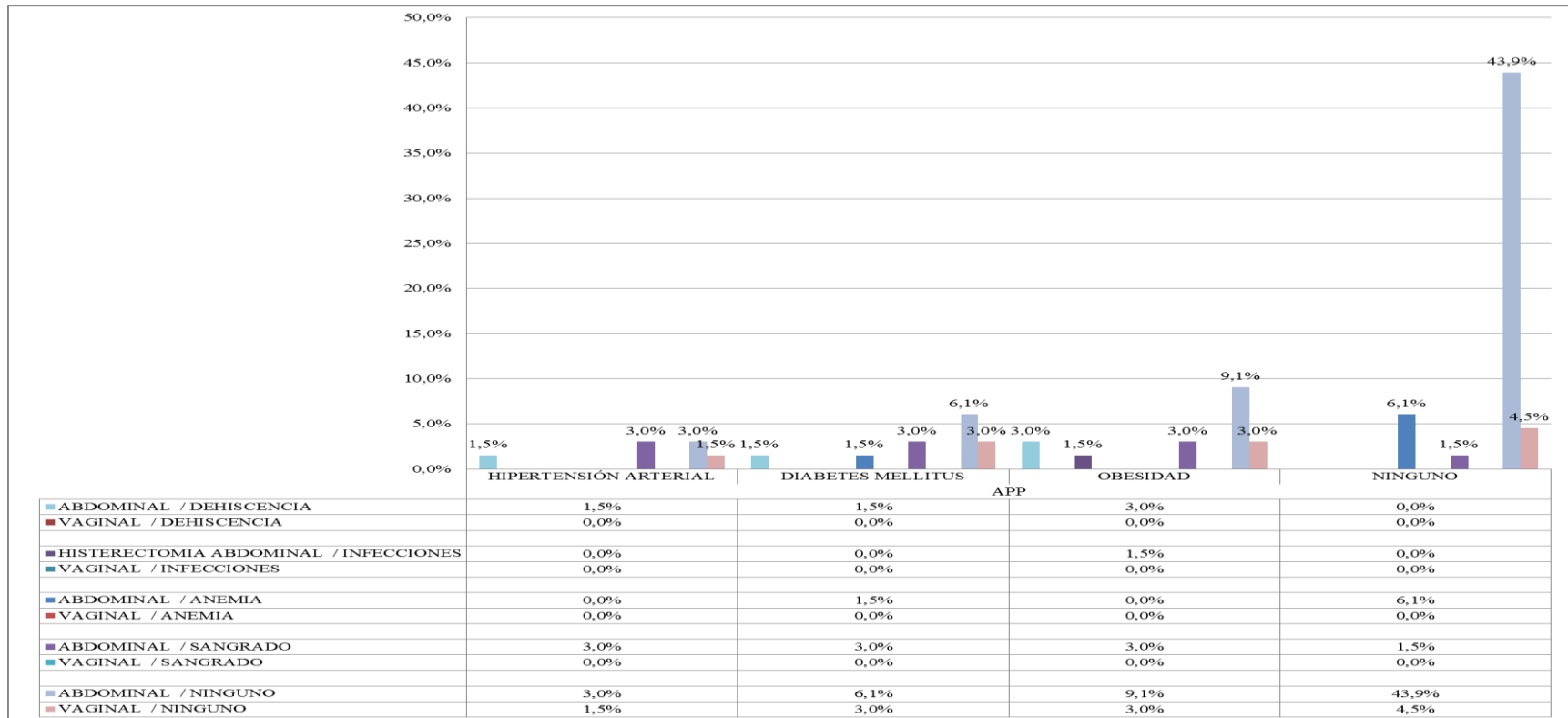


FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda

ELABORADO POR: Egresados Investigadores

Grafitable # 10.2

Relación de las principales complicaciones de la Histerectomía Abdominal y la Histerectomía Vaginal en relación a los antecedentes patológicos personales de las usuarias hospitalizadas en el subproceso de Ginecoobstetricia del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.

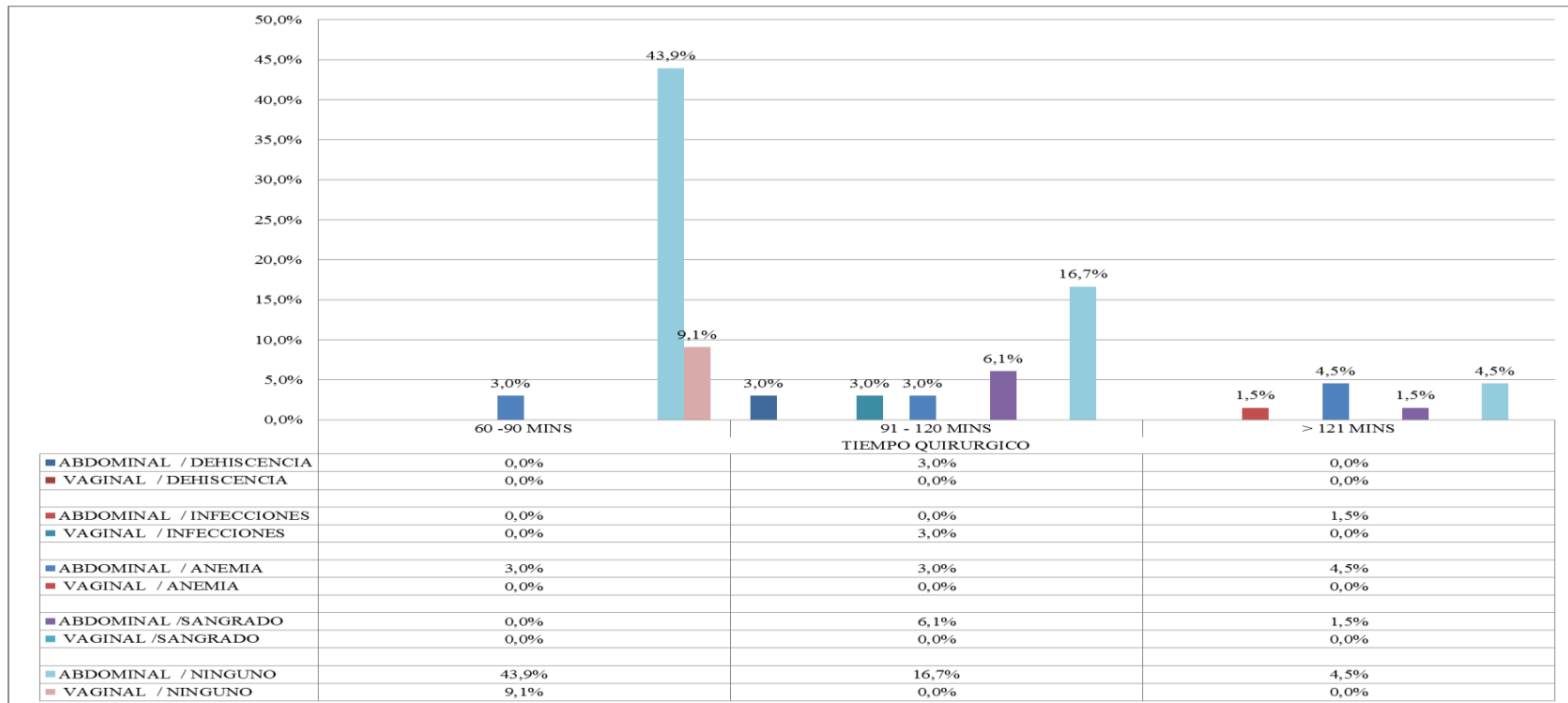


FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda

ELABORADO POR: Egresados Investigadores

Grafitable # 10.3

Relación de las principales complicaciones de la Histerectomía Abdominal y la Histerectomía Vaginal en relación al tiempo quirúrgico de las usuarias hospitalizadas en el subproceso de Ginecoobstetricia del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.

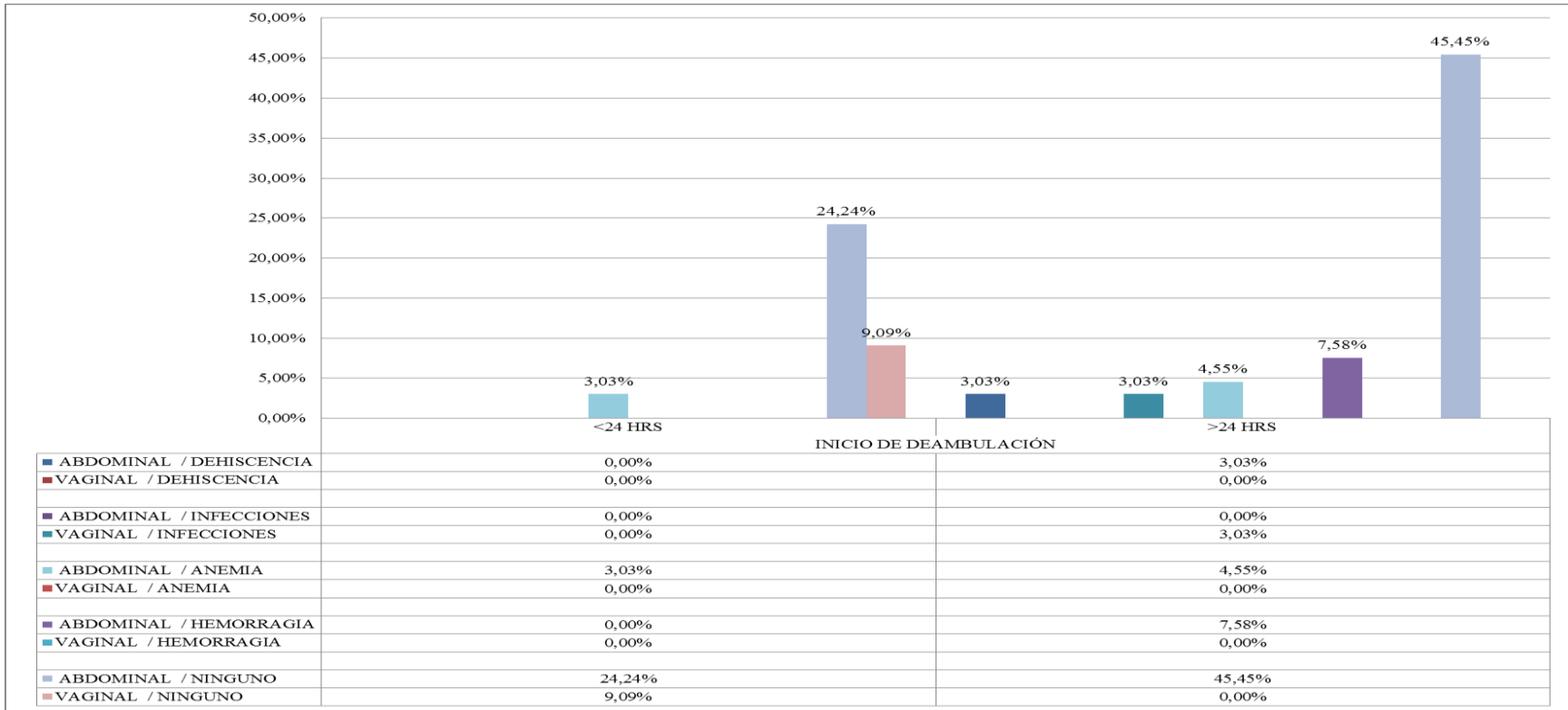


FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda

ELABORADO POR: Egresados Investigadores

Grafitable # 10.4

Relación de las principales complicaciones de la Histerectomía Abdominal y la Histerectomía Vaginal en relación al inicio de deambulación de las usuarias hospitalizadas en el subproceso de Ginecoobstetricia del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.

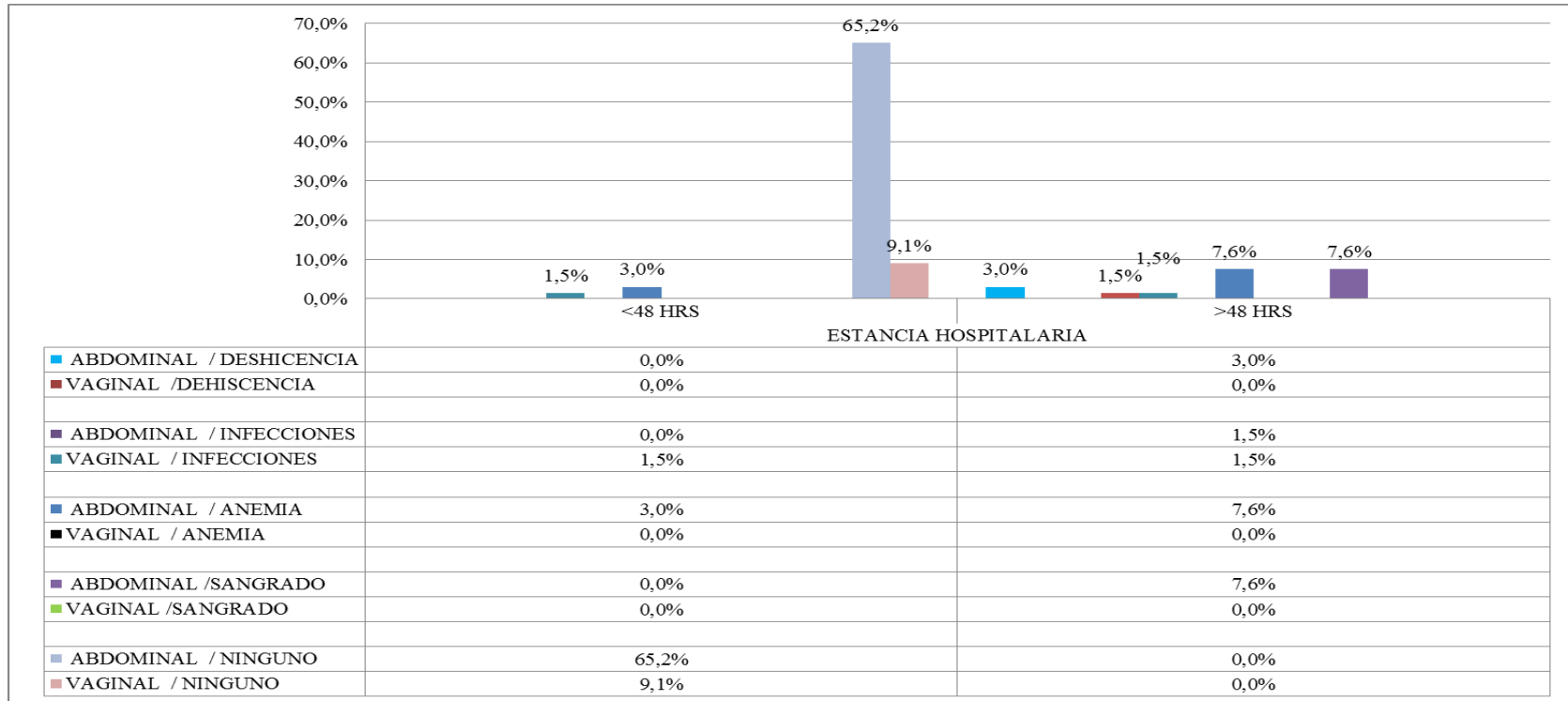


FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda

ELABORADO POR: Egresados Investigadores

Grafitabla # 10.5

Relación de las principales complicaciones de la Histerectomía Abdominal y la Histerectomía Vaginal en función a la estancia hospitalaria de las usuarias hospitalizadas en el subproceso de Ginecoobstetricia del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, Mayo – Noviembre 2014.



FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda

ELABORADO POR: Egresados Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráficos anteriores se expresa detalladamente que en las pacientes sometidas a Histerectomía Abdominal entre los Rangos de Edad de 25 a 35 años se encontró Anemia moderada en 5 usuarias (7,5%), y 3 usuarias con Sangrado transvaginal (4,5%) ambas complicaciones se relacionan con las emergencias obstétricas que se presentaron; en los rangos de 36 a 45 años de las 10 pacientes sometidas no se encontró ninguna complicación; entre los años 46 a 55 hubo una paciente (1,5%) que presentó Infección de herida quirúrgica, probablemente relacionado con su antecedente patológico de Diabetes Mellitus; en el rango de 56 a 65 años se presentó 1 usuaria (1,5%) con Dehiscencia de Sutura, probablemente relacionado con su antecedente patológico de Obesidad; por último, en las usuarias mayores de 65 años hubo 2 usuarias con Anemia moderada (3%), 2 con Sangrados transvaginal (3%) y 1 paciente con Dehiscencia de Sutura (1,5%).

Las pacientes Sometidas a Histerectomía Vaginal, en el rango de 46 a 55 años solo 1 paciente (1,5%) manifestó Infección y en el rango de edad mayor a 66 años 1 usuaria (1,5%) presentó Infecciones mientras que los rangos de edad entre 25 a 45 y 56 a 65 años, las pacientes no reportaron Complicaciones.

Así mismo lo manifiesta E. Recari (2009), quien indica que se ha identificado cuatro factores asociados con una mayor tasa de complicaciones: edad, enfermedad médica preexistente, obesidad y cáncer.

En las pacientes con Antecedentes Patológicos de Hipertensión Arterial, 2 usuarias (3%) presentaron sangrado y 1 usuaria (1,5%) presentó Dehiscencia de Sutura; en las pacientes con Diabetes Mellitus, las complicaciones se presentaron 2 con Sangrado transvaginal (3%), 1 con Anemia moderada (1,5%) y 1 con Dehiscencia de Sutura (1,5%); en el caso de pacientes con Obesidad la estadísticas fueron de 2 con Dehiscencia de Sutura

(3%), 1 con Infección (1,5%), 2 con sangrados (3%); por último, en las pacientes que no tenían antecedentes de relevancia y 4 usuarias presentaron anemia moderada.

En las usuarias a las que se les realiza Histerectomía vaginal, 1 paciente (1,5%) con Hipertensión Arterial, 2 sometidas a cirugía con Diabetes Mellitus (3%), 2 con antecedentes de Obesidad, no tuvieron Complicaciones, al igual que 3 pacientes (4,5%) que no tenían antecedentes de relevancia.

Hollman Juan Pablo (2014), en su publicación establece que de entre las pacientes que presentaron complicaciones, los factores de riesgo encontrados fueron sobrepeso y obesidad, cirugías previas, anemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia venosa y cardiopatías, lo cual coincide con los factores de riesgo que se mencionan en la literatura para presentar una diversa gama de complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas.

En lo que respecta al Tiempo Quirúrgico en la histerectomía abdominal, las pacientes en las cuales la intervención duró de 60 a 90 minutos, 2 de ellas presentaron Anemia (3%); las usuarias sometidas a cirugías que duraron de 91 a 120 minutos, 2 presentaron Dehiscencia de Sutura (3%), 2 con Anemia moderada (3%), 4 presentaron sangrados (6%), las pacientes intervenidas en un Tiempo Quirúrgico mayor a 121 minutos 3 presentaron anemia (4,5%), 1 con Infección.

Las pacientes sometida a histerectomía vaginal, a las 6 pacientes (9%) en las cuales su intervención duró entre 60 a 90 minutos no se encontró Ninguna Complicación, las 2 pacientes (3%) que fueron sometidas a cirugías con duración entre 91 a 120 minutos reportaron Infecciones. No se encontraron evidencia documentadas que indiquen complicaciones postquirúrgicas dependientes del tiempo de duración de la intervención.

En lo que se refiere al Tiempo de Inicio de la Deambulaci3n se observ3 que de las pacientes sometidas a Histerectomía Abdominal y que iniciaron la Deambulaci3n en menos de 24 horas, 2 pacientes (3%) presentaron Anemia, mientras que de las pacientes

que iniciaban la deambulaci3n posterior a las 24 horas, 2 pacientes (3%) presentaron Dehiscencia, 3 presentaron Anemia (4,5%), 5 manifestaron Sangrado transvaginal (7,5%).

Las usuarias sometidas a Histerectomía Vaginal, 6 de las 8 pacientes (9%) iniciaron su deambulaci3n en menos de 24 horas, mientras que 2 usuarias (3%) comenzaron la deambulaci3n posterior de 24 horas

Margot Rocío (2011), indica que: “En cuanto a la actividad se recomienda la deambulaci3n temprana ya que disminuye la incidencia de tromboflebitis y neumonías, siempre y cuando no presente complicaciones postquirúrgicas que se lo impidan ”

Finalmente las Pacientes Sometidas a Histerectomía Abdominal en las cuales su Estadía Hospitalaria fue menor a 48 horas, 2 de ellas (3%) presentaron Anemia mientras que en las usuarias cuya estadía fue superior a las 48 horas 2 presentaron (3%) Dehiscencia de Sutura, 1 presentó Infecci3n (1,5%), 5 reportaron Anemia (7,5%) al igual que 5 manifestaron sangrados (7,5%), por lo que se asume que el tiempo de estadía hospitalaria es mayor debido a la presentaci3n más frecuente de Complicaciones.

Las pacientes a las que se les realizó Histerectomía vaginal, de acuerdo a la estancia Hospitalaria menor a 48 horas solo 1 usuaria (1,5%) presentó Infecci3n, mientras que la estadía mayor a 48 horas, 1 paciente (1,5%) presentó infecci3n.

Pazmiño Armijos Richar (2013), en el Hospital Mariana de Jesús, llegó a la conclusi3n que de las 89 histerectomías realizadas, el 82% correspondió a la vía abdominal y 18% a la vaginal, la edad promedio de las pacientes fue de 46.6 años, la patología más frecuente para la vía abdominal fueron los miomas con 93% y el prolapso genital con 94% para la vía vaginal, no se registraron complicaciones o decesos y el tiempo de estada fue de 3.10 días para la vía abdominal y de 2.21 para la vía vaginal.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación realizada nos indican que en la mayoría de Histerectomías Abdominales no existen complicaciones, siendo su principal complicación postquirúrgica la anemia moderada en 11% de las pacientes, al mismo tiempo que en las Histerectomías realizadas por vía Vaginal, siendo la infección de la herida quirúrgica su principal complicación postquirúrgica en un 3%. Esto demuestra que es un procedimiento que no tiene una alta tasa de mortalidad mientras que las técnicas y vías de abordaje empleadas sean las correctas.

Entre las patologías ginecológicas más frecuentes que conllevan a una histerectomía abdominal la Miomatosis Uterina en 36 usuarias representadas en un 59% fue la de mayor incidencia; mientras que en las pacientes histerectomizadas por vía vaginal la patología causante de la misma fue Prolapso Vaginal en 7 usuarias correspondientes al 11%, coincidiendo de esta manera con los datos estadísticos establecidos.

En cuanto al tiempo quirúrgico, se observa que de un total de 58 pacientes sometidas a Histerectomía Abdominal, el tiempo con mayor frecuencia fue de 60 a 90 minutos con 31 pacientes que representan el 47% al igual que la Histerectomía Vaginal con 6 pacientes de un total de 8 que representan el 9%, evidenciándose que el tiempo empleado para ambos procedimientos están dentro de los límites establecidos.

Referente a la relación entre el dolor y el inicio de la deambulaci3n se logr3 observar que la histerectomía abdominal la escala de dolor y el inicio de la deambulaci3n se da con mayor frecuencia despu3s de las 24 horas postquirúrgica con una intensidad moderada del dolor, representando a 21 pacientes de 66 con un porcentaje de 32%; mientras que en la histerectomía vaginal el inicio de la ambulancia se logra en menos de 24 horas postquirúrgicas con ausencia de dolor, en alrededor de 5 pacientes de 66, representadas en el 7% del global. De esta manera se comprueba que la vía de abordaje vaginal debería ser la más utilizada por los diversos beneficios que ofrece.

RECOMENDACIONES

A la Universidad Técnica de Manabí, reforzar durante la formación académica del personal del área de la salud la idea del trabajo interdisciplinario apoyado en criterios de empatía, consenso y autogestión, que ayuden a las mujeres a aceptar la pérdida de una parte de su cuerpo.

Al Hospital Verdi Cevallos, en especial a sus médicos tratantes del subproceso de ginecobstetricia, crear un programa de acompañamiento durante la preparación hacia la pérdida de esa parte de su cuerpo, para generar un proceso de autoayuda al grupo de pacientes con el fin de socializar sus temores, sus dudas y reforzar sus respuestas positivas a partir de las vivencias personales.

Al personal de salud, Informar y educar a las pacientes que van a ser sometidas a las intervenciones de histerectomía, de manera que ellas puedan mejorar su estado anímico, evitando la ansiedad, disminuyendo los efectos secundarios, evitando creer en mitos, para una exitosa intervención quirúrgica y el mantenimiento de una buena calidad de vida, después de la misma.

Al personal del departamento de trabajo social, realizar una investigación en la que se indague la vivencia del hombre cuya pareja ha sido sometida a mastectomía o histerectomía por cáncer de mama o de útero, para determinar el impacto psicosocial en ambas partes de la familia.

A las usuarias, acudir a controles médicos periódicos con el fin de que el medico tenga información actual de las usuarias y decida en que momento sea conveniente instaurar un tratamiento farmacológico en caso de ser necesario, sobretodo en pacientes jóvenes sometidas a Histerectomía que corren riesgo de presentar menopausia temprana.

PRESUPUESTO

CANT.	DESCRIPCIÓN	V. UNITARIO	V. TOTAL
6	Internet (meses)	\$ 25.00	\$ 145.00
400	Impresiones	0.50	200.00
Global	Materiales de Oficina	180.00	180.00
800	Copias	0.03	240.00
Global	Transporte	150.00	150.00
5	Empastados	15.00	95.00
Global	Imprevistos	190	190.00
	TOTAL		\$ 1,200.00

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



CAPITULO VI

PROPUESTA

ORIENTACION PREVIO AL ALTA PARA EVITAR COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LAS USUARIAS SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA EN HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos más frecuentes que tiene importante implicancia en el ámbito médico, social y económico. La resección uterina se realiza por abordaje abdominal o vaginal. La histerectomía vaginal es la primera opción a realizar cuando no existen contraindicaciones, ya que ofrece menor morbilidad, menor período de convalecencia y disminución de la estadía hospitalaria.

Las probabilidades de que una mujer sea sometida a este procedimiento dependen de varios factores como la edad, raza, procedencia, promiscuidad etc. Se estima que las mujeres con edades comprendidas entre 35 y 50 años son las que habitualmente están sometidas a este tipo de intervención.

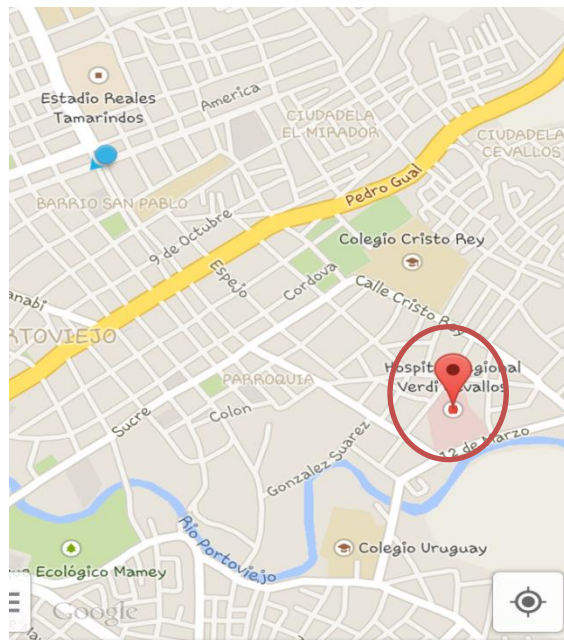
Aun a pesar de que la vía de abordaje principal es la vaginal, aproximadamente, el 75% de las histerectomías son abdominales. Existen criterios para decidir la vía de abordaje, sin embargo se debe tener en cuenta el estado de cada paciente.

Como en todo procedimiento quirúrgico pueden ocurrir complicaciones. Los factores que pueden aumentar el riesgo de infección postoperatoria incluyen estado inmune

comprometido, obesidad, hospitalización, experiencia del cirujano, mayor pérdida de sangre, tiempo operatorio, mala alimentación, comorbilidades como diabetes Mellitus y tabaquismo, falta de antibióticos preoperatorios, y presencia de un sitio operatorio infectado e incluso el déficit del cuidado del paciente.

UBICACIÓN SECTORIAL O FÍSICA

La propuesta se ejecutó en el subproceso de ginecoobstetricia del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, ubicada en la calle 12 de Marzo y Rocafuerte.



FUENTE: maps.google.com

JUSTIFICACIÓN

Es conveniente realizar esta investigación porque con su ejecución se podrá reconocer cuales son las principales complicaciones que se presentan en las usuarias sometidas a histerectomía, las mismas que pueden provocar una evolución desfavorable o ser fatales sino son identificados a tiempo.

Con el desarrollo de esta propuesta se pretende favorecer a aquellas usuarias histerectomizadas cuyos antecedentes las obligan a un cuidado temporal o permanente postcirugía. Para esto es necesario considerar cuales de sus manifestaciones clínicas son propias de los efectos adversos de la cirugía, por lo que se considera importante darles a conocer los manejos extrahospitalarios necesarios para evitar la aparición de complicaciones y que se cree un nexo entre ellas y el profesional de la salud encargado para que reconozca si los beneficios del procedimiento superan a los riesgos del paciente y si se lo utiliza en las enfermedades adecuadas.

Las conclusiones que se obtengan de la propuesta servirán para apoyar muchas teorías que aseveran la presencia de posibles complicaciones en aquellas pacientes histerectomizadas.

Un requisito fundamental para la sustentación del trabajo de titulación, es cumplir con la realización de esta propuesta, por eso se tomará la iniciativa de aplicar todos los conocimientos investigativos adquiridos de una manera evidente en la elaboración de esta.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Socializar charla informativa basada en la orientación previo al alta para evitar complicaciones postquirúrgicas de las usuarias sometidas a histerectomía en Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

Entregar trípticos con información detallada acerca de los Cuidados Posteriores a la cirugía a las involucradas en el tema.

Concientizar a las usuarias de los cuidados adecuados para evitar complicaciones futuras.

Promover la realización de este tipo de capacitaciones con más frecuencia a las usuarias que se realizan la histerectomía.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la charla informativa fueron las usuarias del subproceso de ginecoobstetricia que se realizaron Histerectomía tanto Abdominal o Vaginal, en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

RESPONSABLES

Miguel Ángel Gorozabel Alman
Belforth Iván Vera Ganchozo

FACTIBILIDAD

Esta propuesta es factible debido a que se cuenta con el espacio físico, recursos económicos, humanos, didácticos y documentados para la ejecución de esta.

CONTENIDO TEMÁTICO.

Definición de Histerectomía

Tipos de histerectomía

Complicaciones postquirúrgicas más frecuentes

Cuidados extra hospitalarios

Dieta

Cuando re acudir al médico

DESCRIPCION DE LA PROPUESTA

ACTIVIDADES

Charla de la temática.

Entrega de trípticos a los usuarios.

RECURSOS

Talento humano:

Responsables de la investigación, usuarias ingresadas a las que se les realizo Histerectomía del área de Ginecología del Hospital Verdi Cevallos.

Recursos materiales:

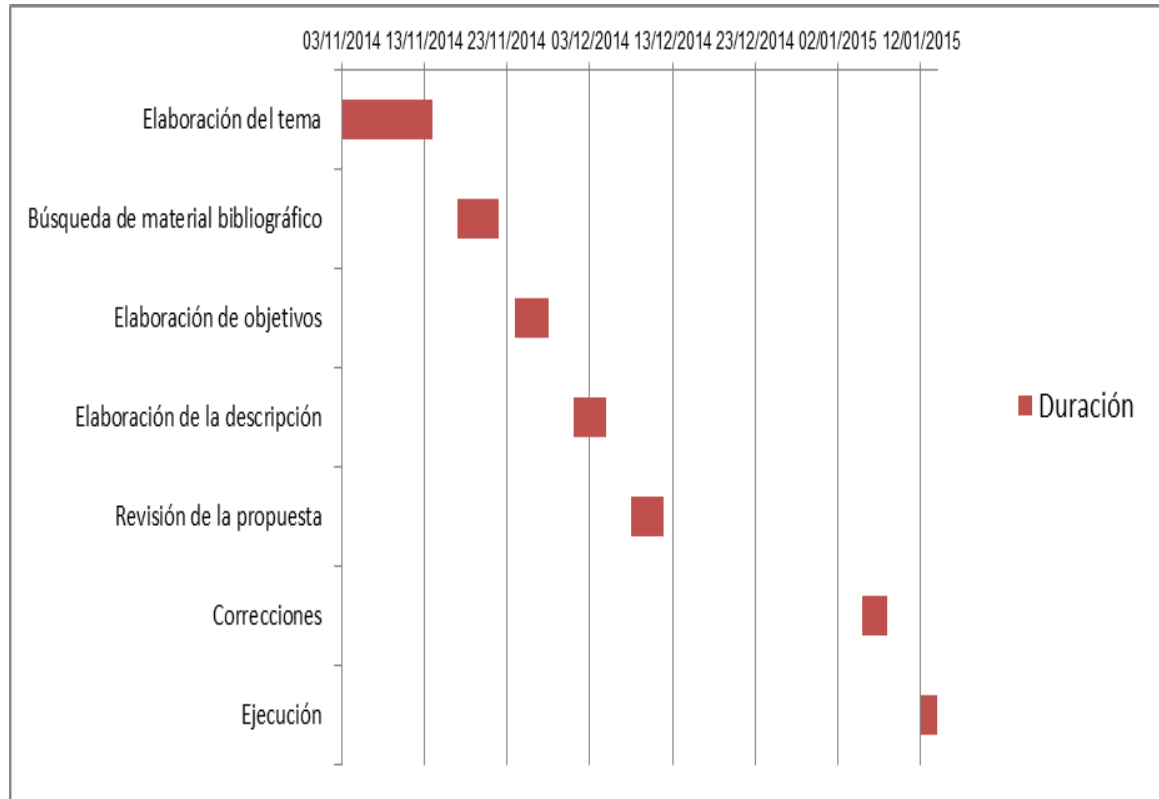
Cámara fotográfica

Trípticos.

INFRAESTRUCTURA

Instalaciones del Subproceso de Ginecoobstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS



F.O.D.A.

MANEJO EXTRA HOSPITALARIO PARA DE EVITAR COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL, DE LAS USUARIAS INGRESADAS EN EL SUBPROCESO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO.

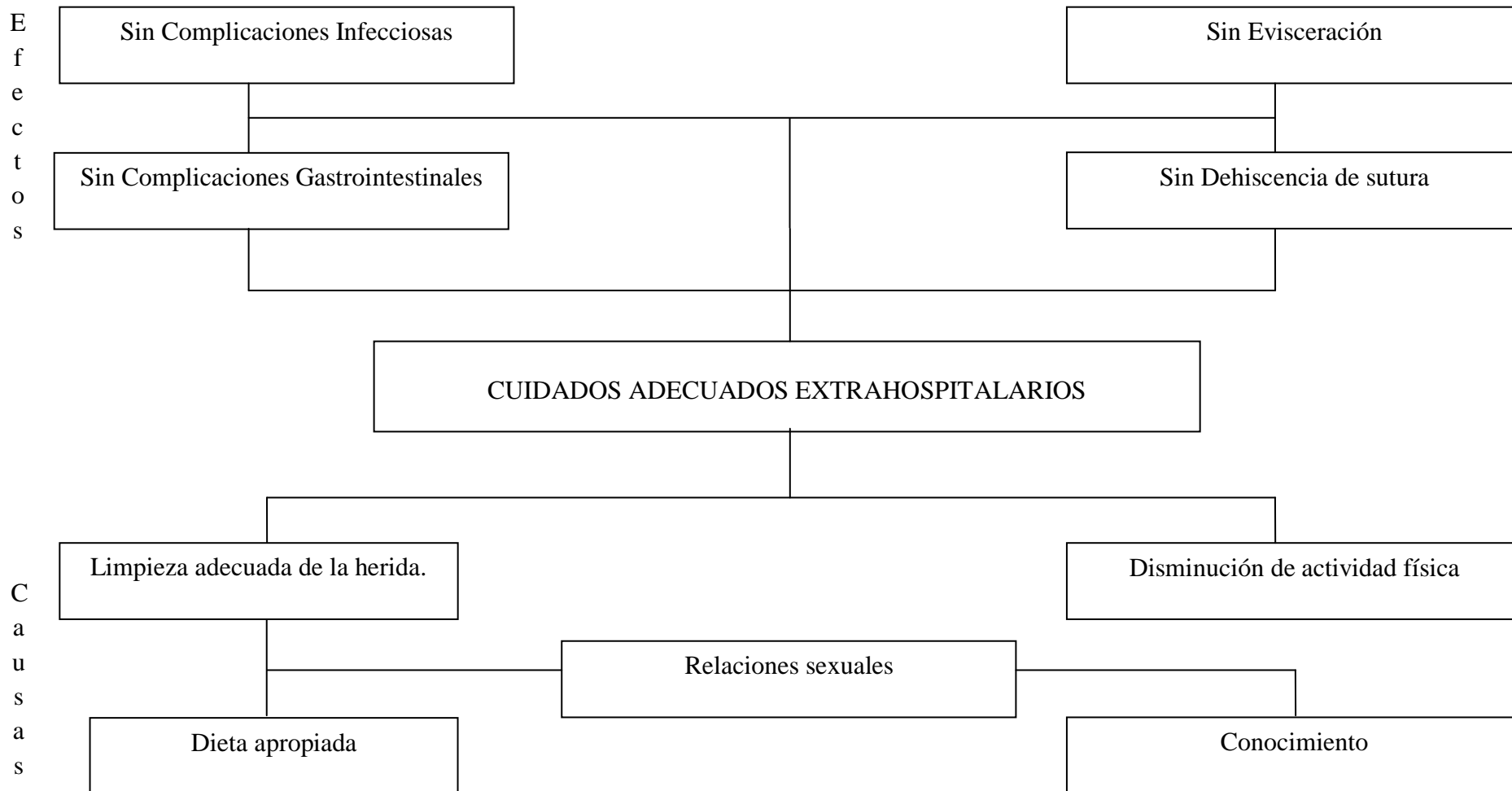
MATRIZ FODA:

<p>FORTALEZAS</p> <p>El riesgo de contraer infecciones posterior a una histerectomía puede disminuir si se usan antibióticos antes de la cirugía, posteriormente debe existir un correcto manejo de los cuidados extra-hospitalarios para evitar complicaciones.</p>	<p>OPORTUNIDADES</p> <p>El asesoramiento post operatorio tiene una gran importancia y se debe tener la paciencia y capacidad necesaria para educar a las usuarias, sobre todo el manejo que deben seguir al momento del alta.</p>
<p>DEBILIDADES</p> <p>Pueden existir complicaciones postquirúrgicas, que pueden producirse por condiciones mismas de las usuarias así como también por errores cometidos durante la cirugía.</p>	<p>AMENAZAS</p> <p>La falta de conocimiento de las usuarias acerca del manejo extra hospitalario es una causa importante de complicaciones post quirúrgica las cuales incluso podrían conllevar a la muerte.</p>

ÁRBOL DEL PROBLEMA



ÁRBOL DE OBJETIVOS



PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

ITEMS	VALOR
Transporte	10,00
Impresión	5,00
Trípticos	12,00
Internet	9,00
Total	36,00

IMPACTO

El propósito de la ejecución de dicha propuesta se remite a brindar información concreta y adecuada a las usuarias que se les realizo histerectomía sobre el manejo extra hospitalarios con el fin de disminuir la aparición de complicaciones postquirúrgicas.

EVALUACIÓN

La charla educativa se llevó a cabo el día y de 19 Enero del 2015, en área de Ginecoobstetricia a las 10H30, contando con la participación de las usuarias a las que se les realizo Histerectomía además de la entrega de trípticos. Por lo tanto, consideramos haber ayudado a mejorar el conocimiento el sobre el manejos extra hospitalarios con el fin evitar complicaciones postquirúrgicas.

BIBLIOGRAFIA

- American Cancer Society (2014). Histerectomía radical. Recuperado de:
<http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/fragmentado/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer-sex-and-pelvic-surgery-rad-hysterectomy>
- Carpio Guzmán Luis, Garnique Marco Antonio (2009). Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson. *Instituto Nacional Materno Perinatal*. 55:266-272. Recuperado de:
http://sibib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A09V55N4.pdf
- Castellanos Martinez Abad (2011). Riesgos Ginecoobstétricos. *Revista Española de Ginecoobstetricia*. Recuperado de:
http://publicacionesmedicina.uc.cl/AltoRiesgo/control_prenatal.html
- Cosson Michel (2011). Cirugía Ginecológica. *Edición Médica Panamericana. Segunda Edición*. Recuperado de:
http://books.google.com.ec/books/about/Cirug%C3%ADa_ginecol%C3%B3gica_por_v%C3%ADa_vaginal.html?id=Kl8u4X8JDJQC
- García Rodríguez Miguel Emilio, Romero Sánchez Ramón Ezequiel (2011). Histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. *Revista Cubana de Cirugía*. v.50 n.2, 1561-2945. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003474932011000200002&script=sci_arttext
- Gendy R. Walhen (2012). “Histerectomía Vaginal vs Histerectomía Abdominal”. *Revista Chilena de Ginecoobstetricia*. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262013000600005&script=sci_arttext

Giudice LC. Clinical practice (2010). Histerectomía. *New England Journal Medic.* Jun 24;362(25):2389-98. Recuperado de: <http://www.clinicadam.com/salud/5/002915.html>

Hernández Durán Daisy; Ferreiro Ricardo Manuel; Rodríguez Hidalgo Nelson (2010). Algunos resultados de la histerectomía total abdominal & histerectomía subtotal abdominal en pacientes con diagnóstico de mioma uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* v.36 n.4, 1561-3062. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2010000400009&script=sci_arttext&tlng=en

Hoffman Bárbara, Schage John, Schaffer Joseph, Halvorson Lisa, et. Al. (2012). Atlas de Cirugía Ginecológica. *Segunda Edición, Sección 6, Capítulo 41, páginas 1046-1050*

La Fontaine Ernesto Terry, Sánchez Lueiro Mayra, Pugh Provost Samuel, Estrada Canosa Humberto (2011). Morbimortalidad Materna En Histerectomía Obstétrica De Urgencia. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.* vol. 9, núm. 1. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117623009.pdf>

Márquez Hernández Joaquín, Barrabí Díaz Alejandro, Armas Pérez Bárbaro Agustín y Rubinos de la Rosa Jorge (2014). Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. *Medisan* vol.18 no.2 . Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200005

Novak Edmund (2008). Tratado de Ginecología. México *Novena Edición, Capítulo 5, pags. 111- 116*

Ortega Torres Rocío Margot (2011). Histerectomía Abdominal. *Clases de Residentes 2011*. Recuperado de: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_histerectomia_abdominal.pdf

Quintana Muentes Jose (2012). "Prevalencia y causas de histerectomía en mujeres atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca en el año 2012". *Universidad Católica de Cuenca*. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21031?mode=full>

Ramos García Raziél, Ramírez López Gilberto, Hurtado Estrada Gabino (2010). Indicaciones de histerectomía obstétrica Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. *Archivos de Investigación Materno Infantil*. Vol. II, No. 1, pp 11-14. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi101c.pdf>

Rodríguez Hidalgo Nelson Jesús, Vera Fernández Venancio (2009). Comentarios y reflexiones sobre la Histerectomía abdominal simple (total vs subtotal). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. v.35 n.3, 1561-3062. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013800X2009000300014&script=sci_arttext&tlng=pt

Salinas P. Hugo, Pastén M. Jorge, Naranjo D. Benjamín, Carmona G. Sergio (2010). Análisis Clínico Y Económico De La Histerectomía Abdominal Versus La Histerectomía Vaginal En El Hospital Clínico De La Universidad De Chile. Revisión De 2.338 Casos. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*; 71(4): 227-

233. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262006000400002

Sordia Hernandez Luis (2011). Cirugias Ginecológicas Frecuentes. Complicaciones y Riesgos. *Facultad de Medicina Universidad Autónoma de México*. Recuperado de:
http://www.medicina.uanl.mx/congreso/wp-content/uploads/2014/10/SUPLE_1_MED_UNI_2013.pdf

Yovarone Rafael, Laborde Alejandro, Sotero Salgueiro Gonzalo A., Sosa Fuertes Claudio G. (2012). La Histerectomia Vaginal En Utero No Prolapsado: Una Vieja "Nueva" Opcion. *Revista Cubana de Ginecología*. Vol. 3, p: 1234-1346. Recuperado de:
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ago/v40n1/art05.pdf>

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO



De la manera más respetuosa, nosotros los investigadores le informamos que estamos realizando una encuesta sobre las principales complicaciones postquirúrgicas de la histerectomía abdominal en relación a las histerectomía vaginal en las usuarias ingresadas en el subproceso de ginecoobstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Mayo-Noviembre 2014, la cual nos permitirá recolectar datos de usted, que aportara de manera integral información fiable y confiable.

Este tipo de estudio se realizar para poder la información necesaria para la realización de nuestro trabajo de titulación

Su participación es completamente voluntaria, si su respuesta es negativa no le causara ningún inconveniente con el servicio que actualmente está solicitando.

Se le está pidiendo que conteste una serie preguntas, que nos permitan recolectar datos de d su hija para valorar la presencia de sobrepeso y sus efectos en la autoestima como factor predisponente de trastornos conductuales.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y conteste todas las preguntas, si necesita ayuda alguna en las preguntas, solicítela al investigador que se la explique, antes de tomar una decisión que necesite el investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión.

A continuación, firme o coloque su huella del dedo pulgar de la mano izquierda y su número de cédula de identidad, para autorizar la realización de la presente encuesta

Gracias por su colaboración

N. De cédula de identidad:

FIRMA:



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA

Ficha de recolección de datos del departamento de estadística de las historias clínicas pertenecientes a las usuarias que fueron sometidas a histerectomía por patologías ginecológicas en el periodo Mayo Noviembre 2014.

1. GRUPO ETARIO

35-45	<input type="checkbox"/>
46-55	<input type="checkbox"/>
56-65	<input type="checkbox"/>
>65	<input type="checkbox"/>

2. PROCEDENCIA

Urbano	<input type="checkbox"/>
Rural	<input type="checkbox"/>

3. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Diabetes	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>
Anemia Moderada	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>
Ninguna	<input type="checkbox"/>

4. GESTAS

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

5. PARIDAD

Parto

Cesárea

Parto + Cesárea

6. CAUSAS PATOLOGICAS

Acretismo Placentario

Adenomatosis

Atonía Uterina

Cáncer de cuello uterino

Fibroma

Miomatosis Uterina

Prolapso genital

7. TIEMPO QUIRURGICO

60 – 90min

61 – 120 min

> 120 min

8. TIPO DE INCISION

Inframediaumbilical

Pfannenstiel

Hemicircuncin AP

9. DOLOR

Ausente

Tolerable

Moderado

Intenso

10. ESTANCIA HOSPITALARIA

<48hrs

>48hrs

11. INICIO DE DEAMBULACION

<24hrs

>24hrs

ANEXO 1



Fig.1 Belforth Vera en la búsqueda y análisis de las Historias Clínicas

ANEXO 2



Fig.2 Llenado de fichas de recolección de Datos

ANEXO 3



Fig. 3 Análisis de las historias clínicas

ANEXO 4

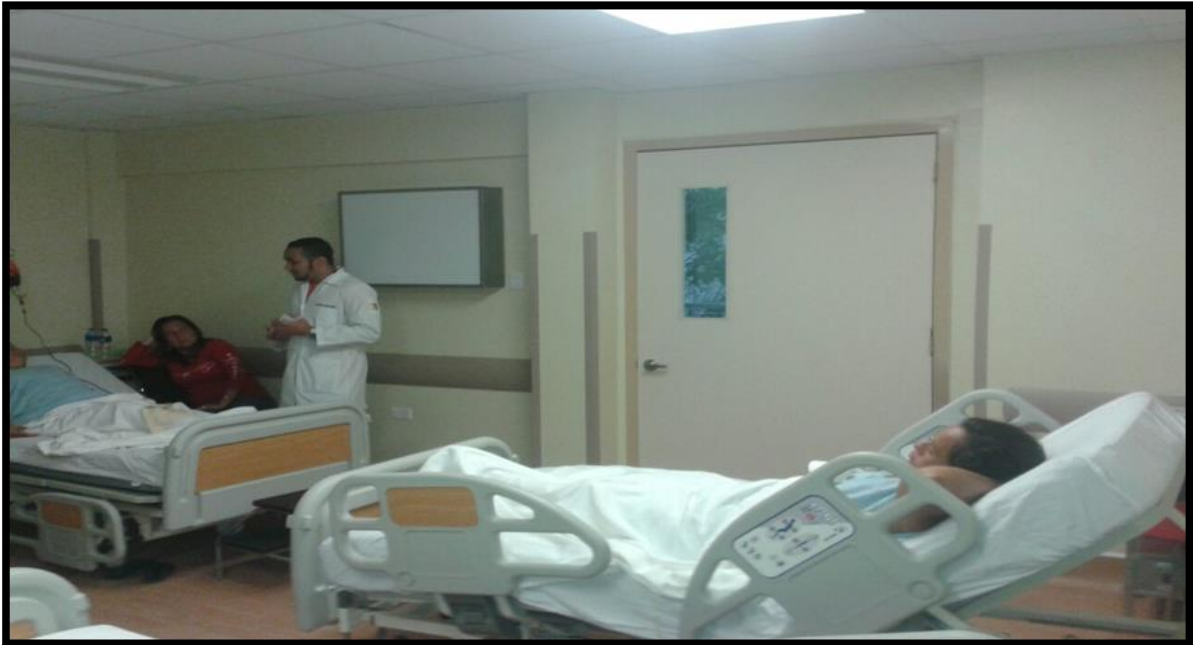


Fig. 4 Socialización de la propuesta en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

ANEXO 5



Fig.5 Despejando dudas a las usuarias acerca de la propuesta

ANEXO 6



Fig.6 Entrega de trípticos a las usuarias

ANEXO 7



Fig.7 Usuaría leyendo la información compartida en el tríptico.

ANEXO 9

<p style="text-align: center;">Signos de Alarma</p> <p>Sangrado vaginal de color rojo vivo (más de 1 toalla por hora).</p> <p>Fiebre mayor de 38 C.</p> <p>Flujo vaginal con mal olor.</p> <p>Signos de infección en la línea de sutura (calor, enrojecimiento, inflamación, pus, dolor)</p> <p>El dolor no se controla bien con las pastillas para el dolor, o el dolor está aumentando.</p> <p>Náusea y vómito.</p> <p>Problemas para orinar.</p> <p>No defeca/hace del baño en 2 a 3 días después de irse a casa.</p> <p>Problemas con depresión.</p> 	<p style="text-align: center;">DIETA</p> <p>Es buena idea que incluya alimentos con alto contenido en fibra, como el salvado y la avena. Consuma de 6 a 8 vasos de líquido al día para prevenir el estreñimiento.</p>  	 <p style="text-align: center;">FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE MEDICINA</p> <p style="text-align: center;">MANEJO EXTRA HOSPITALARIO PARA DE EVITAR COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS DE LA HISTERECTOMÍA</p> <p style="text-align: center;">Egresados de Medicina</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Belforth Iván Vera Ganchozo ⇒ Miguel Ángel Gorozabel Alman <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Antes</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>Después</p>  </div> </div>
<p style="text-align: center;">HISTERECTOMÍA</p> <p>La extirpación del útero es una intervención que no reviste complicaciones. No obstante, la operación tiene sus riesgos. Tras la extirpación del útero es totalmente normal que se den pequeño sangrados y dolores.</p> <p>Los dolores pueden aliviarse con analgésicos. Por el contrario, los sangrados abundantes y persistentes así como la fiebre acompañada de dolores pueden estar indicando una complicación, por lo que deberán examinarse con detenimiento y tratarse.</p> 	<p style="text-align: center;">CUIDADOS EN CASA</p> <p>Revis e la incisión diariamente para comprobar si hay signos de infección. Observe si hay:</p> <p>Enrojecimiento, Fiebre, Inflamación, Calor, Dolor en el área supuración similar a la pus.</p> <p>Limpieza diaria de la herida.</p> <p>Limite el subir escaleras durante los primeros 2-3 días.</p> <p>Descans e con frecuencia.</p> <p>No levante más de 15 libras hasta después de su primera visita a la clínica.</p> <p>No maneje hasta que lo apruebe su doctor .</p> <p>No tenga relaciones sexuales, no use duchas vaginales, tampones, ni coloque nada dentro de la vagina hasta que su doctor le indique que puede hacerlo.</p> <p>Evite realizar actividad vigorosa durante 6 a 8 semanas.</p>	<p style="text-align: center;">POSIBLES COMPLICACIONES</p> <p>Hemorragias Tardías .-Ocurren habitualmente entre el 7º y 21º días.</p> <p>Dehiscencias de Sutura .-Es preciso que exista una infección, junto con factores asociados a complicaciones abdominales y pulmonares. Los factores son: tipo de incisión y técnica de sutura utilizada; demasiadas suturas excesivamente juntas o con tensión excesiva; aumento de presión intraabdominal (tos, vómito).</p> <p>Fístulas .- Ocurren en menos del 1% de las cirugías radicales. En las fistulas grandes la paciente habitualmente refiere pérdida espontánea de orina.</p> <p>Infecciones Urinarias .-Su frecuencia puede alcanzar el 40% sin tratamiento antibiótico por lo general la mayoría son leves.</p> 

Fig.8 Tríptico que se entregó a las usuarias