



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**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**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MÉDICA Y  
MÉDICO.**

**AUTORES: PATRICIA CAROLINA ARIAS ARIAS  
DIEGO ANTONIO TENEZACA ALAO**

**DIRECTOR: DR. MANUEL JAIME ÑAUTA BACULIMA**

**ASESOR: DR. MANUEL JAIME ÑAUTA BACULIMA**

**CUENCA – ECUADOR**

**2014**

## RESUMEN

La Histerectomía se encuentra dentro de los procedimientos quirúrgicos que se realizan con más frecuencia. La histerectomía constituye un recurso importante para el tratamiento de la patología femenina; sea en el área de ginecológica u obstétrica constituyendo un recurso importante que puede salvar la vida de la paciente.

**Objetivo:** Determinar la 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.

**Materiales y métodos:** Se trató de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, que se realizó mediante la obtención de información en el departamento de estadística del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca durante el año 2012, con una muestra de 218 pacientes. Se revisaron las historias clínicas, servicios de archivos de estadísticas y de anatomía patológica; se recogieron los datos en un formulario previamente diseñado. Los datos fueron ingresados y analizados en el programa SPSS 21.0.

**Resultados:** La media de edad se ubicó en 47.53 años con un DS de 8.3 años. La prevalencia de histerectomías fue del 15,36% del total de las pacientes con intervención quirúrgica. La patología ginecológica más común encontrada corresponde a Miomatosis con el 55,96%. La patología obstétrica corresponde a placenta acreta con un solo caso equivalente al 0,45%. El tipo de abordaje más frecuente con 88,5% fue la histerectomía total tipo abdominal.

**Conclusiones:** La histerectomía es la segunda cirugía más frecuente realizada luego de la cesárea y su causa más frecuente es por miomatosis uterina.

**PALABRAS CLAVE:** PREVALENCIA, HISTERECTOMIA, LEIOMIOMA, ABDOMINAL TOTAL, HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

## ABSTRACT

Hysterectomy is the surgical procedure through which the removal of the uterus is achieved. It is located within the surgical procedures performed more frequently after caesarean section. Often, hysterectomy is important for treatment of female pathology resource; whether in the field of gynecology or obstetrics constitute an important resource that can save the life of the patient.

**Objective:** To determine the prevalence and causes of hysterectomy in women attending the Department of Gynaecology and Obstetrics at Hospital José Carrasco Arteaga in the city of Cuenca.

**Materials and Methods:** This was a descriptive study of cross section, which was performed by obtaining information on the statistics department of the Hospital José Carrasco Arteaga city of Cuenca in 2012, with a sample of 218 patients. Medical records, file services statistics and pathology were reviewed; Data were collected on a previously designed form. Data were entered and analyzed using SPSS 21.0 program.

**Results:** The mean age was at 47.53 years with a SD of 8.3 years. The prevalence of hysterectomies was 15.36% of all patients with surgery. The most common gynecologic pathology found in women a hysterectomy is performed fibroids corresponds to 55.96% of the total. Obstetric pathology showed placenta accreta corresponds to a single case equivalent to 0.45%. The most frequent approach was 88.5% with total abdominal hysterectomy type.

**Conclusion:** Hysterectomy is the second most common surgery performed after cesarean section and its most common cause is uterine fibroids.

**Keywords:** HYSTERECTOMY LEIOMYOMA, TOTAL ABDOMINAL, JOSE CARRASCO ARTEAGA HOSPITAL OF SOCIAL SECURITY INSTITUTE OF ECUADOR

## INDICE DE CONTENIDO

<b>RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>3</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>10</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>12</b>
1.1    INTRODUCCIÓN.....	12
1.2    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
1.3    JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS .....	16
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>18</b>
<b>FUNDAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
2.1    Antecedentes.....	18
2.2    Histerectomía. ....	18
2.3    Abordaje de la Histerectomía .....	19
2.4    Tipos de Histerectomía.....	20
2.5    Causas de la histerectomía .....	21
2.5.1    Causas Obstétricas .....	21
2.5.1.1 Hemorragia postparto .....	22
2.5.1.2 Alteraciones de la placenta .....	22
2.5.2    Causas Ginecológicas.....	23
2.5.2.1 Sangrado uterino disfuncional.....	23
2.5.2.2 Dismenorrea refractaria .....	23
2.5.2.3 Dolor pélvico crónico.....	24
2.5.2.4 Neoplasia cervical intra-epitelial.....	24
2.5.2.5 Prolapso genital .....	25
2.5.2.6 Enfermedad inflamatoria pélvica.....	25
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>26</b>
<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>26</b>
3.1    OBJETIVO GENERAL.....	26
3.2    OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>27</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>27</b>

4.1	TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL .....	27
4.2	UNIVERSO Y MUESTRA .....	27
4.2.1	UNIVERSO .....	27
4.2.2	MUESTRA.....	27
4.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	27
4.3.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	27
4.3.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	27
4.4	PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS .....	28
4.5	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS.....	28
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
<b>CAPÍTULO V .....</b>		<b>29</b>
<b>PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>		<b>29</b>
<b>ANÁLISIS DE CUADROS ESTADÍSTICOS.....</b>		<b>29</b>
<b>CAPÍTULO VI .....</b>		<b>40</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>		<b>40</b>
<b>CAPITULO VII .....</b>		<b>43</b>
7.1	CONCLUSIONES.....	43
7.2	RECOMENDACIONES .....	44
7.3	BIBLIOGRAFÍA.....	45
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>		<b>45</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>52</b>
ANEXO 1 .....		52
ANEXO 2.....		53
ANEXO 3.....		55
ANEXO 4 .....		63



Universidad de Cuenca  
Clausula de derechos de autor

Patricia Carolina Arias Arias, autora de la tesis "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", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 28 de Octubre del 2014

Patricia Carolina Arias Arias

C.I: 0105284673



Universidad de Cuenca  
Clausula de derechos de autor

---

Diego Antonio Tenezaca Alao, autor de la tesis "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", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 28 de Octubre del 2014



Diego Antonio Tenezaca Alao  
C.I: 0302079934



Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

Patricia Carolina Arias Arias, autora de la tesis "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", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de Octubre del 2014

Patricia Carolina Arias Arias

C.I: 0105284673





Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

Diego Antonio Tenezaca Alao, autor de la tesis “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”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 28 de Octubre del 2014



Diego Antonio Tenezaca Alao

C.I: 0302079934



## **DEDICATORIA**

A nuestras respectivas familias con  
todo el amor.

**LOS AUTORES**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por habernos dado la oportunidad de escoger esta carrera. A la Universidad de Cuenca por habernos brindado nuestra formación como médicos, a nuestra familia, amigos, quienes han sido motivación e inspiración para cumplir nuestra meta para una futura vida profesional.

## **LOS AUTORES**

## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La Histerectomía es la intervención quirúrgica por medio de la cual se extrae el útero. Se encuentra dentro de los procedimientos quirúrgicos que se realizan con más frecuencia después de la cesárea. A lo largo de la historia es la histerectomía el procedimiento que puede afectar el estado de la salud física y psicológica de la paciente, dentro de los efectos de mayor impacto en la mujer son: psicológicos, como la “sensación de vacío”, “pérdida de la feminidad”, frente a la sensación de tranquilidad del control de la enfermedad, causante de la histerectomía.

A menudo, la histerectomía constituye un recurso importante para el tratamiento de la patología femenina; sea en el área de ginecología u obstetricia constituyendo un recurso importante que puede salvar la vida de la paciente. Diversas injurias pueden ser solucionadas de forma definitiva con la realización de una histerectomía, la que se debe realizar buscando la menor comorbilidad de la paciente, y cuando sus beneficios sean mayores que sus restricciones en la vida reproductiva, psicológica y social de la paciente.

Al ser la histerectomía una de las cirugías ginecológicas más frecuente en el mundo y su amplia variedad de causas no se conoce con exactitud su frecuencia, tipo de histerectomía realizada y sus causas, datos que nos permiten conocer la realidad de nuestro medio.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Histerectomía ha sido considerada como la solución definitiva a problemas ginecológicos y complicaciones obstétricas, es una intervención quirúrgica muy frecuente dentro de esta especialidad médica, sea programada o de urgencia; aunque es una intervención muy común, hay pocos estudios en la actualidad que analicen sus causas, frecuencia y características del procedimiento. (1)

Se estima que en Estados Unidos de Norte América se realizan alrededor de 600.000 histerectomías anualmente, con una tasa de mortalidad de 0.4%(2), y el 60% se realiza por vía abdominal (3). En el anuario estadístico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, en 2006, se reporta la histerectomía como la cirugía ginecológica de mayor prevalencia con un 17,6% equivalente a 293 pacientes de un total de 1.659 (4). La mayor cantidad de histerectomías se encuentra en el grupo etario de 40 a 44 años y aumenta su frecuencia 8.9 por cada 1000 en el grupo etario entre los 45 y 54 años (3). En el período de estudio realizado en el Hospital Carlos Lanfranco en Lima, se identificaron 275 casos con histerectomía abdominal total con edad entre 41 a 45 años (85 casos), predominando con un 31%, seguido de las pacientes con 46 a 50 años (29%), siendo en mayores de 76 años, la menor frecuencia (5)

Así, también: en un estudio realizado en el Hospital "Dr. Eusebio Hernández" en la Habana, en el período comprendido desde 1977 a 1983 se reportan un total de 1428 histerectomías, y de ellas, 1060 por fibroma. En el propio hospital, esta vez en un período de 2 años (2004-2006) se reportaron: 639 histerectomías abdominales, de los cuales 325 fueron fibromas uterinos (6). En estudio realizado en el Hospital Universitario "Amalia Simoni", Camagüey, Cuba, predominaron las pacientes de 31-50 años con 86 casos (94,5 %), mayoritariamente las de la quinta década de la vida (7).

La histerectomía obstétrica puede ser la resección parcial o total del útero usado en caso de emergencia y bajo criterio del obstetra para salvar la vida de la paciente. En Europa la incidencia reportada en la actualidad por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0,1 y 0,9 %. En un estudio realizado en Japón se reportó una incidencia de 1 %. Este mismo trabajo informa que el 23,5 % fue después de un parto vaginal y el 76,5 % después de una cesárea. (8) En Cuba, se reportó el riesgo materno de morir en 30 por cada 100 000 nacidos vivos entre el 2000 y 2004, la pérdida masiva de sangre posparto fue la causa más frecuente de mortalidad materna. En el año 2005 en el hospital "Julio Trigo" en La Habana, se encontró una incidencia de histerectomías obstétricas 21,8 % y entre el año 2004 al año 2009 ocurrieron 19 388 nacimientos y se realizaron 96 histerectomías obstétricas, con una tasa de 4,9 por 1 000 nacidos vivos y como promedio se realizaron 16 histerectomías por año con un predominio en los años 2006 y 2007, de cada 201 pacientes atendidas por partos o cesáreas en este hospital a una se le practicó histerectomía obstétrica (20).

Cada año un gran número de mujeres en el mundo se ve enfrentada a la extracción del útero, siendo la histerectomía una de las cirugías más frecuentes después de la cesárea. La patología benigna del útero es la principal causa de la histerectomía, y en la mayoría de los caso es programada (8). Mientras que la histerectomía obstétrica según estudio realizado en el Hospital "Nuestra Señora de Chiquinquirá" Venezuela, se determinó una incidencia de 0.07%, 1 caso por 1285 histerectomías (9). Dentro de las principales causas de histerectomía obstétrica están la hemorragia y la sepsis (10).

En relación a las causas de la histerectomía puede deberse varios factores o razones médicas entre las que se encuentran, los tumores benignos y malignos del útero, las hemorragias disfuncionales refractarias y recidivantes a tratamiento, las endometriosis, las infecciones pélvicas, los prolapsos genitales, etc. Y de histerectomía obstétrica: Placenta accreta, hemorragia posparto incoercible, sepsis con foco uterino posparto (6). En

prácticamente todos los estudios los miomas uterinos son habitualmente la primera indicación de histerectomía (11).

En relación al tipo de intervención en el Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Santiago Oriente de Chille durante un estudio de 3 años, (2001-2004) durante el período estudiado se realizaron 1.590 histerectomías, de las cuales: 844 fueron histerectomía total abdominal (HTA) (53%), 608 vaginales (38%) y histerectomía total por vía laparoscópica (HTLP) 144 (9%), dejando constancia que en la última década la frecuencia de histerectomía vaginal ha aumentado.

### 1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico más realizado en el área de Ginecología y Obstetricia luego de la cesárea en mujeres en edad fértil. Se estima que cada año a 25% de las mujeres estadounidenses se les realiza histerectomía (>600.000). Algunos reportes señalan un incremento significativo de las tasas de histerectomía, pero otros no encuentran cambio en las estadísticas (12). En Estados Unidos se realizaron cerca de 3,100 000 histerectomías, entre 2000 y 2004 y el grupo de edad más operado fue entre los 40 y 44 años, con un promedio de aproximado de 600,000 histerectomías al año y una mortalidad del 0,38 por cada 1,000 procedimientos (13).

No existen datos concluyentes en la ciudad de México; sin embargo se sabe que a una de cada tres mujeres se realiza una histerectomía al cumplir los 60 años y dos tercios de las histerectomías son por vía abdominal.(13)

Al ser la histerectomía una intervención quirúrgica frecuente y de múltiples causas a nivel mundial, lo que demuestra que la histerectomía se mantiene como un recurso del gineco-obstetra, para dar un tratamiento definitivo a la patología de la paciente o salvar su vida. Sin embargo no existen datos fiables en nuestro país y en nuestro medio, que nos indique su frecuencia, diagnóstico operatorio y factores que influyen en la toma de esta decisión que afecta la salud reproductiva a expensas de la solución del problema o enfermedad de la paciente. La finalidad de este trabajo es obtener datos que nos permitan conocer la realidad del problema en nuestro medio.

Los datos necesarios para la presente investigación fueron tomados de los registros del departamento de estadística del Hospital José Carrasco Arteaga, correspondientes al año 2012, mediante una selección cuidadosa y según criterios de inclusión.



Los datos obtenidos permitieron determinar la frecuencia, las principales causas de histerectomías, así como observar los rangos de edad en los que con más frecuencia se presenta este procedimiento.

Los resultados serán publicados como referentes para conocer las principales características de esta intervención quirúrgica ginecológica; que se presentan en nuestra población; así también para futuras investigaciones.

## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes

La primera histerectomía electiva informada fue realizada mediante abordaje vaginal por Conrad Langebeck en 1813. La primera histerectomía abdominal electiva, una operación subtotal, fue realizada en 1863 por Charles Clay en Manchester. La histerectomía abdominal subtotal (HST) fue la operación de elección hasta 1929 cuando Richardson realizó la primera histerectomía abdominal total (HT). Las inquietudes posteriores con respecto a la posibilidad de desarrollar cáncer en el cuello uterino conservado, además de las mejoras en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, determinaron el reemplazo casi absoluto de la HST por la HT (14).

#### 2.2 Histerectomía.

Durante la vida femenina diversas enfermedades pueden acontecer que conllevan como parte de su tratamiento y resolución, diversas intervenciones quirúrgicas como son las histerectomías. El término se refiere solamente a aquellas extirpaciones uterinas debido a la complicación del embarazo, el parto o puerperio o por agravamiento de una enfermedad preexistente, que deben ser solucionadas en este periodo y que se realizan de urgencia y por indicación médica (1). En los últimos años, ha disminuido su incidencia por el empleo de otros tratamientos menos invasivos: miomectomía histeroscópica o laparoscópica, empleo de mallas para el tratamiento de los prolapsos uterinos, uso del DIU con levonorgestrel y la ablación endometrial, entre otros. (5)

Según estudio realizado en Colombia: Las mujeres sin planificación familiar fueron las que con mayor frecuencia presentaron lesiones (de bajo grado 3,9%, alto grado 0,4%, cáncer invasor 0,1%, ASC-US 1,3%, ASC-H 0,1% y

ASGUS 0,1%), seguido por aquellas que tenían ligadura de trompas (de bajo grado 2,7%, alto grado 0,1%, cáncer invasor 0,1%, ASC-US 0,7%, ASC-H 0,1% y ASGUS 0,1%), mientras que aquellas que planificaban con método hormonal ocuparon el tercer lugar (de bajo grado 0,6%, alto grado 0,1%, cáncer invasor 0,1%, ASC-US 0,3%, ASC-H 0,1% y AS-GUS 0,1%) (15).

En estudio realizado en el Hospital Carlos Lanfranco de Lima se estudiaron 275 casos de histerectomía de los cuales 265 casos fueron multíparas (96%), 5 primíparas y 5 nulíparas (2%) (5). Caso similar se evidencio en el Hospital Universitario Ginecobstetrico Mariana Grajales de Cuba donde la multiparidad se presenta en el 79.5% de las pacientes que se han realizado histerectomía (16). Asimismo; el antecedente de cesárea es el factor de riesgo más importante para realizar una histerectomía obstétrica, sobre todo cuando ha ocurrido por más de 2 ocasiones (16).

### **2.3 Abordaje de la Histerectomía**

Esta intervención quirúrgica debido al impacto que genera en la salud física y emocional de una mujer, debe realizarse teniendo en consideración varios factores para disminuir sus efectos irreversibles en la vida de la paciente; de allí que en emergencia se la realiza cuando amenaza la vida o es una enfermedad maligna, caso contrario se debe dar un tratamiento optativo para evitar tal procedimiento y sólo cuando el problema no se soluciona se decidirá por la histerectomía.

En general, los siguientes criterios deben cumplirse antes de considerar una histerectomía por enfermedad benigna:

La paciente debe estar segura de no desear más hijos.

Ha sido intentado un proceso adecuado de tratamiento médico o quirúrgico, en caso de existir una terapia.

Se ha realizado un estudio diagnóstico para descartar causas no uterinas de los síntomas de la paciente o causas por las que una histerectomía no sería apropiada.

Se ha realizado, si está indicado, una serie de análisis para descartar neoplasia ginecológica.

Se ha realizado un proceso adecuado de consentimiento informado, el cual incluye un análisis detallado de los riesgos y beneficios de la histerectomía y una discusión equilibrada de las alternativas a una histerectomía (17).

## **2.4 Tipos de Histerectomía**

Es importante mencionar los procedimientos mediante los cuales son intervenidas las pacientes en una histerectomía. Existen tres tipos de histerectomía; la Histerectomía subtotal, total y radical.

En la histerectomía subtotal se remueve el útero dejando el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio, mientras que en una histerectomía total, se extrae el útero y el cuello uterino, pero no los ovarios ni las trompas de Falopio. Sin embargo, en la histerectomía radical se quita tanto el útero como el cuello uterino, los ovarios, las trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis (18).

Cabe mencionar que la histerectomía puede realizarse por dos vías: la vía vaginal y la vía abdominal, la vía por la cual se opte intervenir va a depender del estado de la paciente, de la patología que presente, y la técnica del cirujano. En un estudio realizado en el hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada Servicio de Obstetricia y Ginecología en el año 2009, se realizaron 279 histerectomías, 68% abdominales, 25% vaginales, 9% asistidas por vía laparoscópica (19)

La histerectomía abdominal se caracteriza por extraer el útero de una mujer a través de un corte abdominal. El especialista hace una incisión en la pared abdominal que exhibe los ligamentos y vasos sanguíneos que rodean al útero, estos últimos deben ser ligados para que cicatricen y no sangren. Posteriormente extrae el útero efectuando un corte en la parte que se conecta con la vagina y repara la parte superior de ésta para evitar orificios.

## **2.5 Causas de la histerectomía**

La extirpación del útero puede deberse a varios factores, que dependen del estado de la paciente, su edad y estado gravídico como complicación de la misma, por ello dividimos las causas de la Histerectomía independientemente de su tipo en Ginecológicas y Obstétricas: a su vez las causas Obstétricas se subdividen en causas durante el: parto, parto y postparto.

Las causas de histerectomía varían dependiendo de la edad de la paciente, de allí que en las mujeres jóvenes la causa de histerectomía es debido a complicaciones obstétricas, mientras que las alteraciones del suelo pélvico son las responsables del 16% de todas las histerectomías, este diagnóstico es el responsable de más del 33% de las histerectomías en mujeres mayores de 55 años (10).

### **2.5.1 Causas Obstétricas**

Se denomina histerectomía obstétrica (HO) a la resección parcial o total del útero, realizada generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por complicación de una enfermedad preexistente (20).

La mayoría de las histerectomías de urgencia se realizan por hemorragia posparto provocadas por atonía uterina. Otras indicaciones son la ruptura uterina que no puede repararse o los abscesos pélvicos que no responden al

tratamiento médico o por alteraciones de la placenta como: placenta acreta, increta y percreta, donde puede ser necesaria la histerectomía.

Los factores de riesgo más identificados son: antecedentes de cesárea previa, ser mayor de 35 años de edad, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y embarazos múltiples, por mencionar algunos (10).

#### **2.5.1.1 Hemorragia postparto**

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía (21).

#### **2.5.1.2 Alteraciones de la placenta**

**Placenta accreta:** Placenta acreta (PA) abarca diversos tipos de placentación anormal en la que las vellosidades coriónicas se conectan directamente a, o invaden el miometrio. PA es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y ahora es la causa más común de histerectomía posparto emergente (22). Adherencia anormal de la placenta a la pared uterina sobrepasando la capa fibrinoide de Nitabuch sin que el trofoblasto penetre el miometrio (23).

**Placenta increta:** La placenta penetrante (placenta increta) invade el miometrio. El trofoblasto penetra el miometrio. (23)

**Placenta percreta:** Placenta perforante (placenta percreta) perfora la pared uterina hasta invadir la capa serosa y las estructuras pélvicas circundantes,

por lo general la vejiga. El trofoblasto penetra el miometrio y sobrepasa la serosa (22- 23).

La incidencia de la placenta adherida es cada vez mayor debido a la realización más frecuente de cesáreas. La combinación de una placenta previa y la presencia de una cicatriz uterina previa incrementan el riesgo de manera significativa (24).

### **2.5.2 Causas Ginecológicas**

Los leiomiomas uterinos siguen siendo la indicación más común de la histerectomía. En un estudio de más de 2.000.000 de histerectomías realizadas en Estados Unidos en la década de los años 1990, Farquhar y Steiner informaron por leiomiomas (40%), cáncer (12.6%), sangrado anormal (9.5%), enfermedad pelviana inflamatoria (3.7%), prolapso uterino (3%). (19) Con respecto a las indicaciones de la HV, la principal indicación fue el fibroma uterino (FU) (72 %), seguido del sangramiento uterino anormal (SUA) (12 %), y el 8 % restante lo ocuparon la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y la hiperplasia quística endometrial (25).

#### **2.5.2.1 Sangrado uterino disfuncional**

El sangrado uterino disfuncional supone el 20% del todas las indicaciones de histerectomía (11). Puesto que esta patología generalmente puede ser tratada con prostágenos, estrógenos o la combinación de ambos, además de antiinflamatorios. En algunos pacientes el sangrado no requiere tratamiento a menos que el sangrado sea abundante e interfiera con la vida de la paciente. Por lo tanto la histerectomía debe ser reservada para pacientes que no responden o que no toleran el tratamiento médico.

#### **2.5.2.2 Dismenorrea refractaria**

Cerca del 10% de mujeres adultas están discapacitadas por 3 días al mes. La dismenorrea puede tratarse con AINES o anticonceptivos orales, con el fin de disminuir la sintomatología y la cantidad de sangrado. La dismenorrea

primaria rara vez requiere de histerectomía, en la dismenorrea secundaria se debe tratar la patología de base y se debe considerar solo si fracasa el tratamiento.

### **2.5.2.3 Dolor pélvico crónico**

El dolor pélvico crónico (DPC) es un problema complejo e importante tanto por su frecuencia como por su morbilidad (26). En una revisión de 418 mujeres a las que se realizó una histerectomía por diversas patologías no malignas, el 18% tenía dolor pélvico crónico. Después de la histerectomía hubo una significativa disminución de los síntomas, asociado con la mejoría en la calidad de vida de la paciente. La histerectomía solo debe realizarse en aquellas pacientes en que el dolor es de origen uterino y no responda al tratamiento no quirúrgico (11).

### **2.5.2.4 Neoplasia cervical intra-epitelial**

El cáncer de cérvix uterino es el tercero más común entre las mujeres en todo el mundo, precedido sólo por el cáncer de mama y el colorrectal. El pico de incidencia ocurre entre la cuarta y quinta década de la vida y se calcula que la mortalidad es seis veces mayor en mujeres de más de 50 años para una tasa de incidencia de 7,6 por 100 000 con respecto a las mujeres jóvenes que es de 1,2 por 100 000.(27) Por lo general no se requiere la histerectomía para el tratamiento de esta patología por lo que se ayuda de tratamientos tales como la crioterapia, el láser o la conización con asa de diatermia ante la histerectomía. La histerectomía se realiza en pacientes con recurrencia de alto grado que no deseen preservar la fertilidad. (11)

Hay evidencia de que los anticonceptivos hormonales juegan un papel en la patogénesis del cáncer cervical, en aquellas mujeres que presenten una infección por el virus del papiloma humano. Varias publicaciones demuestran su relación epidemiológica aun habiendo corregido factores de confusión. La variable más consistente en los estudios mejor diseñados es la duración del tratamiento anticonceptivo, de manera que el riesgo relativo aumenta con cada año de uso. Así las mujeres que toman anticonceptivos hormonales



durante menos de 5 años no tienen un aumento de cáncer cervical, independientemente del tiempo que haya pasado desde su cese; A partir de los 5 años de consumo, el riesgo relativo es el doble que en mujeres que nunca han tomado anticonceptivos. Este riesgo aumenta con la duración del tratamiento, de manera que, cada año de uso supone un aumento de riesgo de 1.07 y disminuye con el tiempo desde su cese, igualándose al de mujeres que nunca han tomado a los 10 años del abandono (28).

#### **2.5.2.5 Prolapso genital**

La histerectomía vaginal es la vía de elección en prolapso genital. El prolapso genital no suele ser un hecho aislado asociado con frecuencia, con diversas alteraciones del suelo pélvico.

#### **2.5.2.6 Enfermedad inflamatoria pélvica**

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIPA) es un síndrome clínico caracterizado por la infección del tracto genital superior que se produce, casi siempre por vía ascendente desde el cuello uterino (29). La enfermedad inflamatoria pélvica generalmente puede ser tratada con antibióticos. En pacientes con esta enfermedad no se deben extirpar el útero y los ovarios a no ser que el paciente no responda al tratamiento médico intravenoso (8).

## **CAPÍTULO III**

### **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la 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.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la frecuencia con la que se realiza la histerectomía en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca.
- Determinar las causas de histerectomía en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca en el año 2012
- Identificar los tipos de histerectomía en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca.
- Identificar las variables: edad, procedencia, residencia, ocupación, estado civil, abortos, cesáreas anteriores, parto normal, de las mujeres sometidas a histerectomía.
- Relacionar el diagnóstico clínico con el diagnóstico anatomopatológico.

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL**

Es un estudio descriptivo de corte transversal, que se realizó mediante la obtención de información en el departamento de estadística del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca.

#### **4.2 UNIVERSO Y MUESTRA**

##### **4.2.1 UNIVERSO**

Conformaron todas las pacientes intervenidas quirúrgicamente por histerectomía que fueron atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca en el año 2012.

##### **4.2.2 MUESTRA**

La muestra estuvo conformada por 218 pacientes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga durante el año 2012.

#### **4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

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

- Expedientes de pacientes con diagnóstico de egreso hospitalario de histerectomía.

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

- Expediente incompleto

- Expediente de paciente con diagnóstico de histerectomía, que no se haya realizado en el Hospital José Carrasco Arteaga.

#### **4.4 PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS**

1. Solicitud al Doctor Juan Carlos Ortiz Director de Investigación y Docencia del hospital José Carrasco Arteaga, para la aplicación del proyecto de tesis.
2. Solicitud al departamento de Estadística del hospital para el acceso a los archivos de historias clínicas
3. Recolección de datos en hoja de registro previamente diseñado.  
Anexo 2
4. Numeración de formularios
5. Introducción de datos al programa SPSS 21
6. Elaboración de tablas y gráficos estadísticos
7. Análisis estadístico de los datos obtenidos

#### **4.5 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS**

Análisis documental: Revisión Bibliográfica.

Registro de Archivos: De los procedimientos realizados en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca.

#### **4.6 ASPECTOS ÉTICOS**

La intervención cuenta con la autorización del director de Investigación y Docencia del Hospital “José Carrasco Arteaga” de la ciudad de Cuenca para la recolección de los datos.

## CAPÍTULO V

### PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se utilizó el sistema informático SPSS 21.0 en español. Los resultados son presentados en tablas y gráficos estadísticos con sus respectivos porcentajes.

### ANÁLISIS DE CUADROS ESTADÍSTICOS

**TABLA N° 1**

**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON  
HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD, PROCEDENCIA Y ESTADO CIVIL.  
CUENCA 2012.**

<b>EDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
26 – 35	10	4,6
36 – 45	83	38,1
46 – 55	95	43,6
56 – 65	21	9,6
>66	9	4,1
Total	218	100
<b>PROCEDENCIA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
URBANO	189	86,7
RURAL	29	13,3
Total	218	100
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SOLTERA	42	19,3
CASADA	134	61,5
DIVORCIADA	28	12,8
UNION LIBRE	2	0,9
VIUDA	12	5,5
Total	218	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Los autores

$X = 47,53$  años

$DS = 8,36$  años

La media de edad se ubicó en 47.53 años de edad con un desvío estándar de 8,36. El 43,6% de la población se ubica en un rango de edad entre 46-55 años. El 86,7% son de procedencia urbana. El 61,5% de las pacientes son casadas.

**TABLA N° 2**

**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CUENCA 2012**

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NINGUNA	11	5
PRIMARIA	61	28
SECUNDARIA	69	31,7
SUPERIOR	77	35,3
Total	218	100
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NINGUNA	149	68,3
HORMONAL	19	8,7
BARRERA	15	6,9
LIGADURA	35	16,1
Total	218	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Los autores

El 35,3% de la población de estudio posee un nivel de instrucción correspondiente a Superior mientras el 5% no posee ningún tipo de instrucción.

Del total de la población el 68,3% no realiza ningún tipo de planificación familiar mientras el 16,1% ha empleado la ligadura como opción de planificación familiar.

**TABLA N° 3**  
**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON**  
**HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.**  
**CUENCA 2012.**

<b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NULIGESTA	23	10,6
PRIMIGESTA	21	9,6
MULTIGESTA	174	79,8
Total	218	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Los autores

El mayor porcentaje corresponde a las pacientes multigestas, valor equivalente al 79,8%. El porcentaje menor corresponde a primigestas con un valor de 9,6%.

**TABLA N° 4**  
**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON**  
**HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE PARTO. CUENCA 2012.**

<b>TIPO PARTO</b>	<b>DE</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Eutócico		144	66,1
Cesárea		51	23,4
Ninguno		23	10,55
<b>Total</b>		<b>218</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Los autores

Del total de pacientes primigestas y/o multigestas el 66,1% corresponde a partos eutócicos, el 23,4% a cesáreas y el 10,55% a pacientes sin antecedentes de estado gravídico.

**TABLA N° 5**  
**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON**  
**HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA. CUENCA 2012.**

TIPO DE HISTERECTOMÍA	Frecuencia	Porcentaje
Subtotal	11	5
Total	203	93,1
Radical	4	1,8
Total	218	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Los autores

El 93,1% de las histerectomías realizadas corresponden al tipo Total.

**TABLA N° 6**  
**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON**  
**HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE ABORDAJE. CUENCA 2012.**

TIPO DE ABORDAJE	Frecuencia	Porcentaje
Abdominal	193	88,5
Vaginal	23	10,6
Laparoscópica	2	0,9
<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Los autores

El 88,5% de las histerectomías tuvieron un abordaje de tipo Abdominal; el 10,6% de tipo Vaginal y el 0,9% de tipo Laparoscópica; por lo cual es porcentaje más alto corresponde al abordaje de tipo abdominal.



**TABLA N° 7**  
**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON**  
**HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO. CUENCA 2012.**

<b>PATOLOGÍA GINECOLÓGICA</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	LIE de alto grado	17	7,8
	LIE de bajo grado	13	6
	Ca de cérvix	11	5
	Prolapso genital	24	11
	Miomatosis	122	56
	Hiperplasia endometrial	21	9,6
	Endometriosis	9	4,1
	Total	217	99,5
<b>PATOLOGÍA OBSTÉTRICA</b>	Placenta acreta	1	0,5
<b>Total</b>		218	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Los autores

La patología ginecológica más frecuente entre la población de estudio es Miomatosis uterina con un porcentaje del 56% mientras la patología obstétrica menos frecuente es Placenta acreta con un 0,5%.

**TABLA N° 8**  
**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON HISTERECTOMIZADAS**  
**EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. DISTRIBUCIÓN SEGÚN**  
**EDAD Y TIPO DE HISTERECTOMÍA. CUENCA 2012.**

		HISTERECTOMIA				
		Subtotal	Total	Radical	Total	Porcentaje
<b>EDAD</b>	26 - 35	0	9	1	10	4,58
	36 - 45	6	75	2	83	38,07
	46 - 55	3	92	0	95	43,57
	56 - 65	2	18	1	21	9,63
	<66	0	9	0	9	4,12
Total		11	203	4	218	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Los autores

Del total de la población de estudio el 42,20% de las mujeres se realizaron una histerectomía total; estas mujeres se encuentran en el rango de edad entre 46-55 años.

**TABLA N° 9**  
**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON**  
**HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS Y**  
**TIPO DE HISTERECTOMÍA. CUENCA 2012.**

		HISTERECTOMIA				
		Subtotal	Total	Radical	Total	Porcentaje
<b>ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS</b>	Nuligesta	3	20	0	23	10,55
	Primigesta	0	21	0	21	9,63
	Multigesta	8	162	4	174	79,89
Total		11	203	4	218	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores.

El 79,89% de las pacientes que se realizaron histerectomía son pacientes multigestas y el menor porcentaje es 9,63% correspondiente a las pacientes primigestas.

**TABLA N° 10**  
**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON**  
**HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y TIPO DE**  
**HISTERECTOMÍA. CUENCA 2012.**

		HISTERECTOMIA				
		Subtotal	Total	Radical	Total	Porcentaje
<b>PLANIFICACION FAMILIAR</b>	Ninguna	5	143	1	149	68,34
	Hormonal	1	18	0	19	8,71
	Barrera	1	14	0	15	6,88
	Ligadura	4	28	3	35	16,05
	Total	11	203	4	218	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

Del total de las pacientes sometidas a histerectomía el 68,34% no emplea ningún tipo de planificación familiar mientras el 6,88% emplea el método de barrera.

**TABLA N° 11**  
**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON**  
**HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE PARTO Y TIPO DE HISTERECTOMÍA.**  
**CUENCA 2012.**

		HISTERECTOMIA				
		Subtotal	Total	Radical	Total	Porcentaje
<b>TIPO DE PARTO</b>	Eutócico	6	135	3	144	66,05
	Cesárea	2	48	1	51	23,39
	Ninguno	3	20	0	23	10,55
Total		11	203	4	195	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores.

Del total de la población de estudio que se realizó histerectomía el 66,05% tienen antecedente de parto eutócico, el 23,39% presentan antecedente de cesárea y el 10,55% corresponde a pacientes sin antecedentes de embarazo.

**TABLA N° 12**  
**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON**  
**HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO Y TIPO DE**  
**HISTERECTOMÍA. CUENCA 2012**

		HISTERECTOMIA				
		Subtotal	Total	Radical	Total	Porcentaje
<b>DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO</b>	LIE de alto grado	0	16	1	17	7,79
	LIE de bajo grado	0	13	0	13	5,96
	Ca de cérvix	0	8	3	11	5,04
	Prolapso genital	1	23	0	24	11,00
	Miomatosis	9	113	0	122	55,96
	Hiperplasia endometrial	1	20	0	21	9,63
	Endometriosis	0	9	0	9	4,12
	Placenta acreta	0	1	0	1	0,45
	Total	11	203	4	218	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

La relación entre las variables diagnóstico preoperatorio y tipo de histerectomía presenta que existe una frecuencia de 122 casos de Miomatosis uterina equivalente al 55,96% de los diagnósticos mientras el menor porcentaje corresponde a Placenta acreta con el 0,45%.

**TABLA N° 13**  
**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON**  
**HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO Y TIPO DE HISTERECTOMÍA.**  
**CUENCA 2012.**

		HISTERECTOMIA				
		Subtotal	Total	Radical	Total	Porcentaje
<b>TIPO DE ABORDAJE</b>	Abdominal	9	180	4	193	88,53
	Vaginal	0	23	0	23	10,55
	Laparoscópica	2	0	0	2	0,91
Total		11	203	4	218	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores.

La relación entre las variables Histerectomía y Tipo de abordaje presenta que el mayor número de casos corresponde a Histerectomías de tipo abdominal con una frecuencia de 193 casos equivalente al 88,53%.

**TABLA N° 14**  
**DISTRIBUCION DE 218 PACIENTES QUE FUERON**  
**HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO**  
**DEFINITIVO.CUENCA 2012.**

		DIAGNÓSTICO DEFINITIVO									
		Miomatosi s	Prolapso Uterino	Hiperplasi a	LIE de alto grado	LIE de bajo grado	Ca de cérvix	Endometri osis	Placenta acreta	Total	Porcentaj e
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Leiomioma	122	0	0	0	0	0	0	0	122	55,96
	Cervicitis crónica	0	21	0	0	0	0	0	0	21	9,63
	Endometrio hiperplásico	0	0	15	0	0	0	0	0	15	6,88
	Hiperplasia difusa	0	0	0	0	0	0	6	0	6	2,75
	Carcinoma epidermoide	0	0	0	16	0	0	0	0	16	7,34
	Endocervicitis crónica	0	0	0	0	10	0	0	0	10	4,59
	Endometrio secretor	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,45
	Adenomiosis	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0,91
	Endometrioma nodular	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,45
	Polipo endometrial	0	3	0	0	0	0	0	0	3	1,37
	Tumor de ovario	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0,91
	Tumor de cuerpo de útero	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0,91
	Adenocarcinoma endometrial	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0,91
	Carcinoma epidermoide	0	0	0	0	3	0	0	0	3	1,37
	Displasia cervical	0	0	0	0	0	11	0	0	11	5,04
	Placenta accreta	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,45
Total		122	24	21	17	13	11	9	1	218	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores.

Del total de las histerectomías realizadas el 55,96% fueron por Miomomatosis con diagnóstico patológico de Leiomioma. De 24 casos por prolapso uterino según resultados de patología 21 presentaron cervicitis y 3 se asocian con poliposis endometrial. De los pacientes diagnosticados con hiperplasia endometrial 15 pacientes presentan diagnóstico patológico de endometrio hiperplásico, mientras que 6 pacientes presentan tumor de ovario, tumor de cuerpo de útero y adenocarcinoma endometrial con dos casos respectivamente. Las siguientes patologías: endometriosis y LIE de bajo presentan una variación de tres casos cada una.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos podemos determinar que la Histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital “José Carrasco Arteaga” con una frecuencia de 218 casos en el año 2012, datos que coinciden con estudios publicados por la revista chilena de Obstetricia y Ginecología en el año 2009. (9) La histerectomía es la operación más realizada por el ginecólogo y el segundo procedimiento quirúrgico mayor más común en los Estados Unidos después de la cesárea (19).

La mayor incidencia de edad entre las mujeres sometidas a Histerectomía se encuentra entre los 46 y 55 años con una media de 47,53 y DS de 8,36 años; en estudios similares realizados en Estados Unidos se encontró que la edad más frecuente está entre 40 y 44 años (3), de igual manera en el Hospital Universitario "Amalia Simoni", Camagüey, Cuba, predominaron las pacientes de 31-50 años con 86 casos (94,5 %), mayoritariamente las de la quinta década de la vida. (7)

En nuestro estudio se encontró que la frecuencia de histerectomías es más alta en pacientes multigestas con el 79,8% y que las pacientes nuligestas presentan el 10,55%. Igualess datos se obtuvieron en el Hospital Carlos Lanfranco de Lima se estudiaron 275 casos de histerectomía de los cuales 265 casos fueron múltiparas (96%), 5 primíparas y 5 nulíparas (2%) (5). Al igual, se evidencio en el Hospital Universitario Ginecobstetrico Mariana Grajales de Cuba, donde la multiparidad se presenta en el 79.5% de las pacientes que se han realizado histerectomía (16). Asimismo; el antecedente de cesárea es el factor de riesgo más importante para realizar una histerectomía obstétrica, sobre todo cuando ha ocurrido por más de 2 ocasiones (16).



El porcentaje de histerectomías realizadas varía según los antecedentes gineco-obstétrico de allí que el 66,05% presenta antecedente de parto eutócico, el 23,39% de cesárea y el 10,56% no tiene antecedentes de estado gravídico.

En relación a la planificación familiar el 68,34% de las pacientes que se realizan histerectomías no utilizaban ningún método anticonceptivo; mientras el porcentaje disminuye con el uso de anticonceptivos hormonales y de barrera. Estudio realizado en Colombia se observó que las mujeres sin planificación familiar fueron las que con mayor frecuencia presentaron lesiones (de bajo grado 3,9%, alto grado 0,4%, cáncer invasor 0,1%, ASC-US 1,3%, ASC-H 0,1% y ASGUS 0,1%), seguido por aquellas que tenían ligadura de trompas (de bajo grado 2,7%, alto grado 0,1%, cáncer invasor 0,1%, ASC-US 0,7%, ASC-H 0,1% y ASGUS 0,1%), mientras que aquellas que planificaban con método hormonal ocuparon el tercer lugar (de bajo grado 0,6%, alto grado 0,1%, cáncer invasor 0,1%, ASC-US 0,3%, ASC-H 0,1% y AS-GUS 0,1%) (15).

El predominio del diagnóstico histopatológico de fibroleiomioma uterino guarda relación con lo descrito en otras series, pues este constituye la primera causa para efectuar histerectomías. La principal indicación de histerectomía en 218 casos realizados en el Hospital José Carrasco Arteaga en el año 2012, corresponde a Miomatosis uterina con el 55,96% mientras que la histerectomía por complicación obstétrica corresponde a un caso por sangrado posparto por placenta acreta con el 0,45%. Las indicaciones más comunes que se presentaron en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada son: leiomiomas, endometriosis, sangrado uterino anormal y neoplasias (19). Los Leiomiomas uterinos siguen siendo la indicación más común de la histerectomía. En un estudio de más de 2.000.000 de histerectomías realizadas en Estados Unidos en la década de los años 1990, Farquhar y Steiner informaron por leiomiomas (40%), cáncer (12.6%), sangrado anormal (9.5%), enfermedad pelviana inflamatoria (3.7%), prolapso uterino (3%) (19).

El tipo de histerectomía realizada corresponde al tipo Total con abordaje abdominal con 203 casos registrados. En un estudio realizado en el hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada Servicio de Obstetricia y Ginecología en el año 2009, se realizó 279 histerectomías, 68% abdominales, 25% vaginales, 9% asistidas por vía laparoscópica (19).

La relación entre el diagnóstico preoperatorio y anatomía patológica observamos que el 92,2% correspondiente a 201 casos guarda relación con la patología diagnosticada y el 7,8% correspondiente a 17 casos varía debido diagnósticos intra-operatorios. En los 218 casos observados se justifica la realización del proceso quirúrgico debido al cuadro clínico del paciente y el resultado anatomopatológico entre los que se encuentran que 55,96% fueron por Miomatosos con diagnóstico patológico de Leiomioma. De 24 casos por prolapso uterino según resultados de patología 21 presentaron cervicitis y 3 se asocian con poliposis endometrial. De los pacientes diagnosticados con hiperplasia endometrial 15 pacientes presentan diagnóstico patológico de endometrio hiperplásico, mientras que 6 pacientes presentan tumor de ovario, tumor de cuerpo de útero y adenocarcinoma endometrial con dos casos respectivamente. Las siguientes patologías: endometriosis y LIE de bajo presentan una variación de tres casos cada una.

## CAPITULO VII

### 7.1 CONCLUSIONES

La población de estudio fue 218 mujeres con una media de edad de 47,53 años y con un DS de 8,3 años. La prevalencia de histerectomía fue de 15,36% de procedimientos quirúrgicos.

Los diagnósticos preoperatorios encontrados en los 218 casos que se realizaron histerectomía corresponden a: Miomatosis (55,96%), Prolapso genital (11%), Hiperplasia endometrial (9,63%), LIE de alto grado (7,79%), LIE de bajo grado (5,96%), Ca de cérvix (5,04%), Endometriosis (4,12%), Placenta acreta (0,45%).

La histerectomía Abdominal, mediante incisión abdominal, fue la más realizada con 180 casos equivalente al 88,53% del total. El abordaje menos realizado fue la vía laparoscópica con dos procedimientos correspondiente al 0,92%.

La correlación anatomía patológica con el diagnóstico definitivo se relaciona en un 92.2% cuya diferencia varió dependiente de diagnósticos intraoperatorios, teniendo como relación de Miomatosis uterina con leiomioma uterino según reporte de patología.

## 7.2 RECOMENDACIONES

Es necesario realizar estudios que incluyan factores de riesgo asociados a patología ginecológica que podría indicar una histerectomía.

Incluir en futuras investigaciones el impacto emocional tras la cirugía así también la calidad de vida sexual en la paciente y su pareja.

Incluir en futuras investigaciones las complicaciones intraoperatorias y posoperatorias mas frecuentes al realizar la histerectomía.

Comparar el tiempo de recuperación postquirúrgico entre los distintos tipos de histerectomías.

El personal médico como medio de información con el paciente debe estar capacitado para brindar información veraz y oportuna a las pacientes sobre los cuidados y cambios físicos posteriores a la cirugía.

## 7.3 BIBLIOGRAFÍA

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez González J. et all. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. (Enlínea). Hospital Universitario Ginecobstétrico "Mariana Grajales". 2011. Accesado 23 de mayo de 2013. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37\\_4\\_11/gin05411.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_4_11/gin05411.htm)
2. Merino Paulina. Et all, Distribución de la patología quirúrgica del cuerpo uterino en mujeres chilenas sometidas a histerectomía en un hospital clínico universitario. (En línea). Santiago de Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. v.74 n.1 Santiago; 2009. Accesado el 23 de mayo de 2013. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262009000100004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000100004)
3. Solà V, Ricci P, Pardo J, Guilloff E. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. (en línea). Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2006. Acceso 15 de julio de 2013. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75262006000500012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75262006000500012&script=sci_arttext)
4. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Informe de rendición de cuentas 2006-2012. Mexico 2012. Accesado 7 de junio de 2014. Disponible en:  
<http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/RendicionCuentas2006-2012.pdf>
5. Toledo G. Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010. Revista Horizonte Médico Volumen 11(2), Julio - Diciembre 2011. Citado 20/07/2014. Disponible en:  
[http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011\\_II/Art2\\_Vol11\\_N2.pdf](http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011_II/Art2_Vol11_N2.pdf)
6. González I. Sexualidad femenina e histerectomía. (en línea). Hospital docente de Playa. La habana Cuba. 2008. Acceso 24 de mayo de 2013.

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000400011&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000400011&script=sci_arttext)

**7.** Márquez Hernández Joaquín, Barrabí Díaz Alejandro, Armas Pérez Bárbaro Agustín, Rubinos de la Rosa Jorge. Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Feb [citado 2014 Ago 20] 18(2): 172-180. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192014000200005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192014000200005&script=sci_arttext&tlng=pt)

**8.** Urrutia M, Riquelme P. Significado de la Histerectomía para un grupo de mujeres chilenas. Revista chilena de obstetricia y ginecología.2009. Accesado en 24 de mayo de 2013. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262009000500002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000500002).

**9.** Briceño C, et all. Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años. (Enlínea) Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Caracas-Venezuela. 2009. Acceso 15 de julio de 2013. Disponible en:[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322009000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322009000200004&script=sci_arttext)

**10.** Reveles J, et all. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones (en línea). Revista ginecología y obstetricia de México. México. 2008. Acceso el 17 de Julio de 2013. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom083d.pdf>

**11.** Berek J. Ginecología de Novac. 14 Edición. Organización panamericana de la salud PALTEX.Año de publicación 2008

**12.** Ortiz Morgan. Et all, Histerectomía total laparoscópica: complicaciones y evolución clínica en una serie de 87 casos. (en línea). GinecolObstet México. México. 2008. Acceso 3 de Junio de 2013. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom089e.pdf>

**13.** Ayala R, et all. Histerectomía total laparoscópica: estudio descriptivo de la experiencia institucional con 198 casos. (en línea). GinecolObstet

México. México. 2010. Acceso 3 de Junio de 2013. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom1011e.pdf>

**14.** Díaz M, Rodríguez A, Aguilar T. Histerectomía total vs subtotal. Análisis crítico. (en línea). Servicios Asistenciales HVN. Granada España. 2013. Acceso: 3 de junio de 2013. Disponible en:

[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/curso2013\\_gine\\_05\\_histerectomia\\_total\\_vs\\_subtotal.\\_analisis\\_critico.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2013_gine_05_histerectomia_total_vs_subtotal._analisis_critico.pdf)

**15.** Mendoza T Luis Alfonso, Pedroza P Marly Julieta, Micolta C Paul Hernando, Ramirez R Andrés, Cáceres G Christian Ramiro, López S Darling Viviam et al . Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2012 [citado 2014 Ago 20] ; 77( 2 ): 129-136. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262012000200009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200009)

**16.** Suarez J, et all. La histerectomía Obstetricia como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011. Citado: 13 de agosto 2014. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37\\_4\\_11/gin05411.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_4_11/gin05411.htm)

Walters M, Barder M. Histerectomía para enfermedad benigna. Primera edición. Editorial AMOLCA. 2012

**17.** Miranda Cristina. Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años de edad del servicio de ginecología y obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo febrero-agosto 2012". Ambato 2013. Accesado 16 de julio 2003. Disponible en:

<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/3690/TESIS%20CRISTINA%20MIRANDA.pdf?sequence=1>

**18.** Rocío Margot, Ortega Torres. HISTERECTOMÍA ABDOMINAL. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. España 2011. Disponible en:

[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/clase2011\\_histerectomia\\_abdominal.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_histerectomia_abdominal.pdf)

- 19.** Aguilar S, Safora O, Rodríguez A. La histerectomía obstétrica como un problema vigente. (En línea) Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. La Habana Cuba. 2012. Acceso el 15 de julio de 2013. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100013)
- 20.** Karlsoon H, Pérez C. Hemorragia postparto. (en línea) Servicio de Obstetricia y Ginecología. Pamplona – España. 2009. Acceso en 16 de julio de 2013. Disponible en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/asina/v32s1/obstetricia6.pdf>
- 21.** Baughman C, Corteville J, Shah R. Placenta Accreta: Spectrum of US and MR Imaging Findings. (En línea). The journal of continuing medical education in radiology. EUA. 2008. Accedido el 12 de julio de 2013. Disponible en:  
<http://radiographics.rsna.org/content/28/7/1905.short>
- 22.** Gutiérrez L. Evaluación características operativas: Ecografía 2D Y Doppler Color para diagnóstico de acretismo placentario (en línea). Clínica Universitaria. Bogotá-Colombia 2010. Acceso el 15 de julio de 2013. Disponible en:  
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/2293/1/63516968-2011.pdf>
- 23.** Mercier F, Van de Velde M. Hemorragia obstétrica masiva (en línea). Anesthesiology Clin. Francia 2008. Acceso el 18 de julio de 2013. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/503/503v26n01a13134732pdf001.pdf>
- 24.** García M, Ezequiel R, Perpiñán L. Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados en mujeres nulíparas. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba 2013. Acceso 20 de junio del 2014. Disponible en:  
[http://scholar.google.es/scholar?q=histerectomia+edad+frecuente&btnG=&hl=es&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2010](http://scholar.google.es/scholar?q=histerectomia+edad+frecuente&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2010)
- 25.** López P, et al. Alternativa terapéutica para el dolor pélvico crónico de origen vesical. (en línea). Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. 2009. Acceso el 4 de junio de 2013. Disponible en:



<http://www.elsevier.es/es/revistas/actas-urologicas-espa%C3%B1olas-292/alternativa-terapeutica-dolor-pelvico-cronico-origenvesical-13143231-original-2009>

**26.** Vázquez A, et all. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino (en línea). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Habana-Cuba. 2008. Acceso 7 de Junio de 2013. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2008000200007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2008000200007&script=sci_arttext)

**27.** Sánchez R. Anticoncepción hormonal (en línea). Sociedad de Galega de Contracepción. Barcelona España. 2011. Acceso 27 de Julio de 2013. Disponible en: [http://www.sec.es/sec/sociedades\\_autonomicas/images/SOGAC\\_n17.pdf#page=12](http://www.sec.es/sec/sociedades_autonomicas/images/SOGAC_n17.pdf#page=12)

**28.** Rojas P, et all. Enfermedad inflamatoria pélvica (en línea). MedisurRevista Electrónica de las Ciencias Médicas. 2007. Acceso 7 de Junio de 2013. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/297/4038#>

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

**29.** Boyle K, Saioa Torrealday S. Enfermedades ginecológicas benignas (en línea). Department of Obstetrics and Gynecolog. Estados Unidos. 2008. Acceso 10 de Junio de 2013. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/504/504v88n02a13134685pdf001.pdf>

**30.** Nieboer T et all. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. (en línea). Cochrane Database of Systematic. Holanda. 2010. Acceso 17 de julio de 2013. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003677.pub4/pdf>

**31.** Tohic A, Dhainaut C, Yazbeck C, Hallais C, Levin I, Madelenat P. Hysterectomy for benign uterine pathology among women without previous vaginal delivery. Obstetricsand Gynaecology. Paris, France 2008. Accesado 17 de Julio de 2013. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18378741?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+unavailable+for+approximately+4+hours+between+09%3A00+EDT+and+14%3A00+EDT+on+Saturday%2C+28+September+2013+as+we+make+upgrades+to+improve+our+services+to+you.+There+will+also+be+some+delays+to+online+publishing+between+25+to+28+September+2013.+We+apologize+for+the+inconvenience+and+appreciate+your+patience.+Thank+you+for+using+Wiley+Online+Library>

**32.** Martínez M, et all. Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica (en línea). Revista Chilena ObstétricaGinecología. Chile 2010. Accesado 17 de Julio de 2013. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n4/art06.pdf>

**33.** Robert J, Ricci, Rodríguez T, Pons A. Histerectomía posparto: experiencia de clínica las Condes (en línea). Revista Chilena ObstétricaGinecología. Chile 2010. Accesado 17 de Julio de 2013. Disponible en:<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n5/art05.pdf>

**34.** Merino P. Distribución de la patología quirúrgica del cuerpo uterino en mujeres chilenas sometidas a histerectomía en un hospital clínico universitario. (en línea). Revista Chilena ObstétricaGinecología. Chile 2009. Accesado 17 de Julio de 2013. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v74n1/art04.pdf>

**35.** Aguilar O, Rivero C, Sánchez J, Bolio M. Rotura uterina por Acretismo Placentario (en línea) .Revista Mexicana ObstétricaGinecología. México 2010. Accesado 17 de Julio de 2013. Disponible en: [http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/ginecologia\\_obstetricia\\_mexico/8Roturauterina.pdf](http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/ginecologia_obstetricia_mexico/8Roturauterina.pdf)

**36.** Vanegas R, et all. Histerectomía obstétrica de urgencia (en línea). Revista Cubana ObstétricaGinecología. Ciudad de la Habana 2009. Accesado 22 de Septiembre de 2013. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2009000300003&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300003&lang=pt)

**37.** Gori J. Ginecología de Gori. 2 Edición. Editorial El Ateneo. Año de publicación 2005. Buenos Aires, Argentina.

- 38.** Pérez A. Ginecología. 3 Edición. Editorial Mediterráneo. Año de publicación 2003. Chile.
- 39.** Gebhart J. Cirugía urológica para ginecología y uroginecología. Editorial Elsiever. Año de publicación 2011.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### **Solicitud al director del Hospital “José Carrasco Arteaga”**

Cuenca, 23 de Marzo del 2014

**DR JUAN CARLOS ORTIZ  
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA DEL HOSPITAL JOSÉ  
CARRASCO ARTEAGA  
CUENCA**

De nuestras consideraciones,

Por medio de la presente, me dirijo a usted con el fin de hacerle llegar un cordial saludo, así mismo augurar el mejor de los éxitos en las funciones que viene desempeñando. De igual manera solicitar de la manera más comedida se sirva autorizar la aplicación de nuestro proyecto de tesis cuyo título es: 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.

Agradeciendo por la atención que se sirva prestar a la presente, quedamos de usted.

Atentamente,

---

Diego Tenezaca Alao  
C.I. 0302079934

---

Patricia Arias Arias  
C.I.0105284673

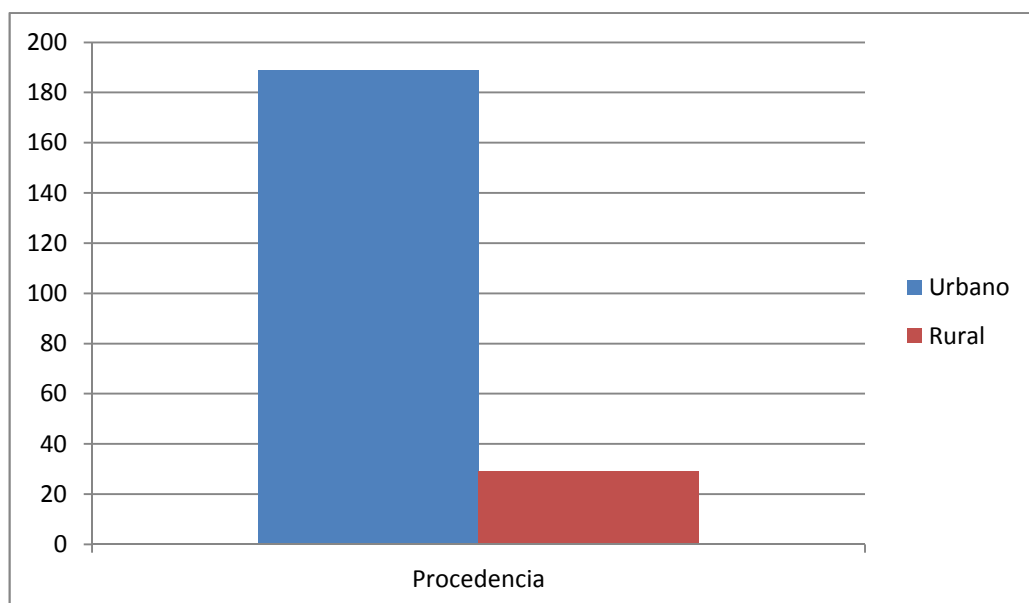
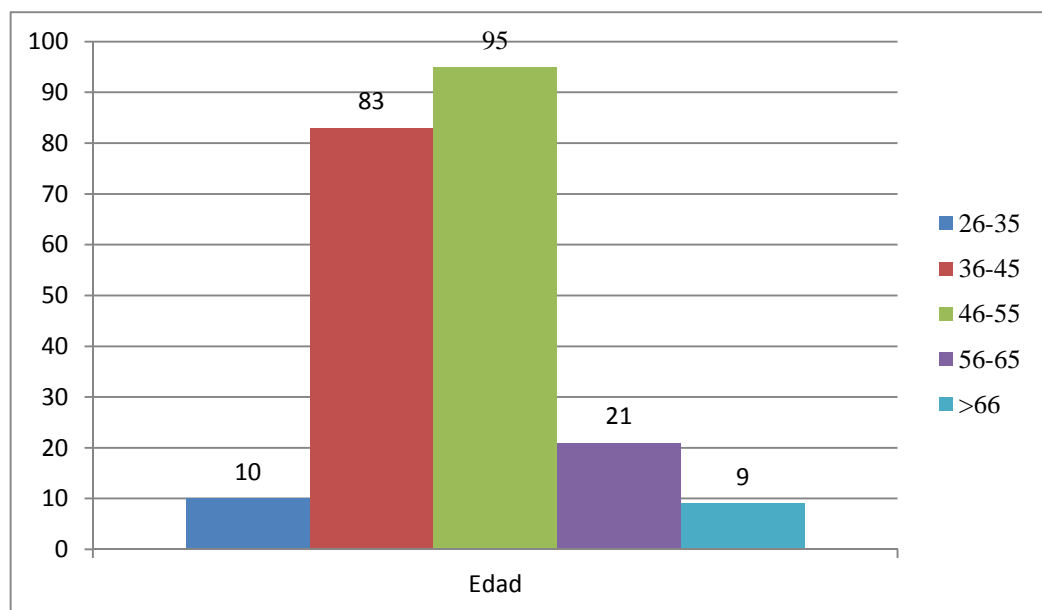
**ANEXO 2.** Hoja de registro

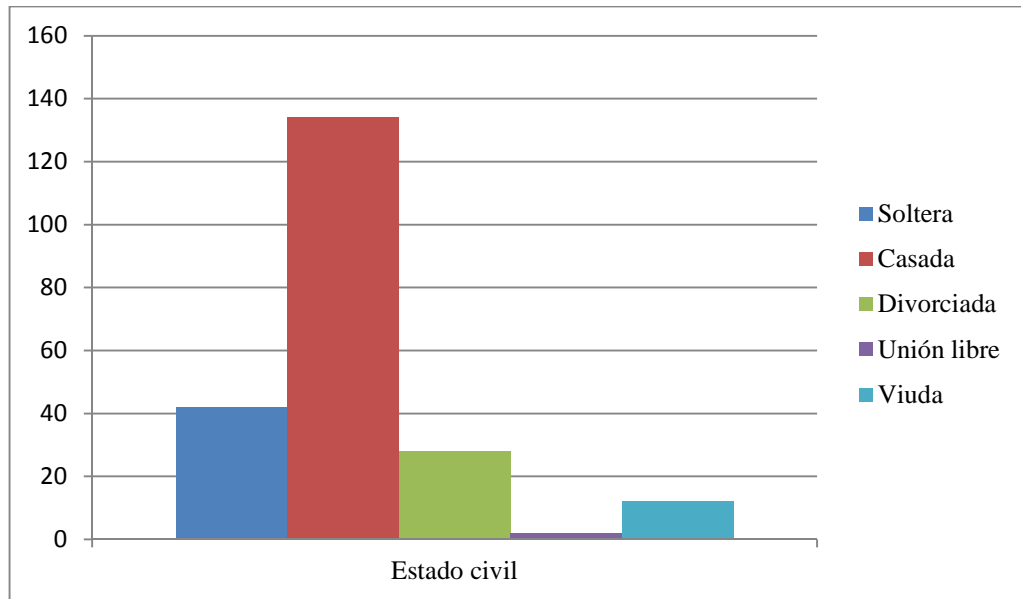
<b>Formulario de recolección de datos</b>	
<b>Departamento de Ginecología y Obstetricia</b>	
<b>Hospital José Carrasco Arteaga</b>	
<b>Datos 2012</b>	
Formulario N°	
Historia Clínica	
Fecha de atención	
Edad	
Estado civil	
Instrucción	
Ocupación	
Procedencia	
Residencia	
Religión	
A.G. O.	
G:    P:    C:    HV:    HM:    A:	
Anticoncepción	

Diagnóstico presuntivo	
Histopatología	
Tipo de histerectomía	
Diagnóstico definitivo	

**ANEXO 3****GRÁFICOS ESTADÍSTICOS****GRÁFICO N° 1**

**HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 218 PACIENTES EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2012. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD, PROCEDENCIA Y ESTADO CIVIL.**



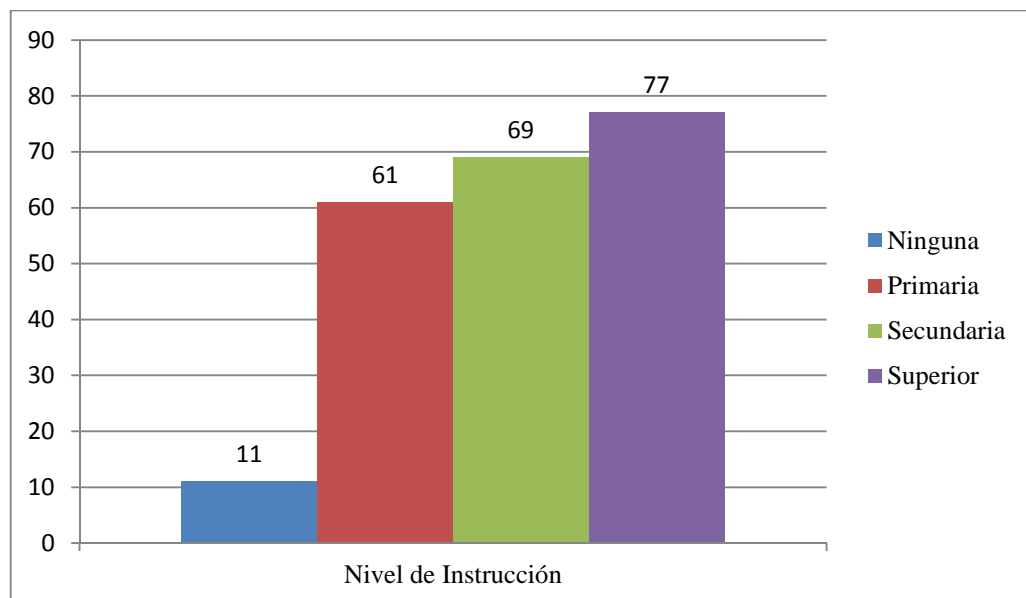


**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

## GRÁFICO N° 2

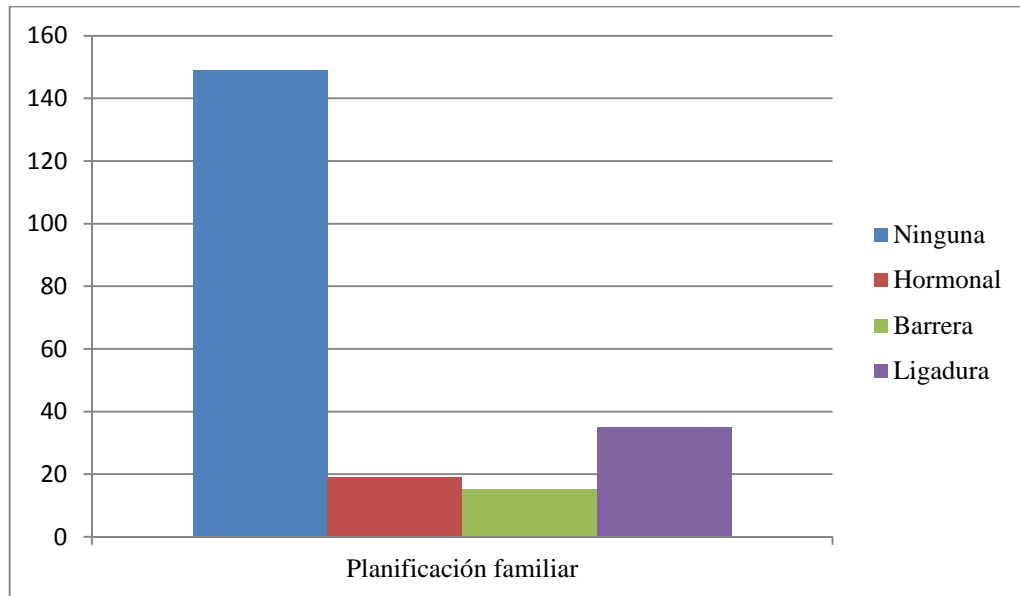
### HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 218 PACIENTES EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2012. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.



**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores



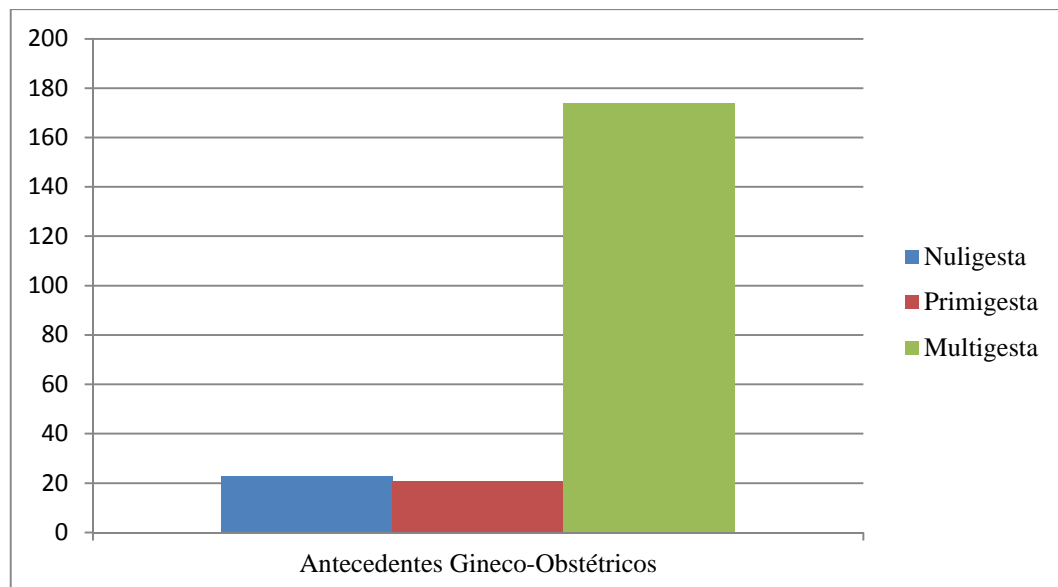


**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

### GRÁFICO N° 3

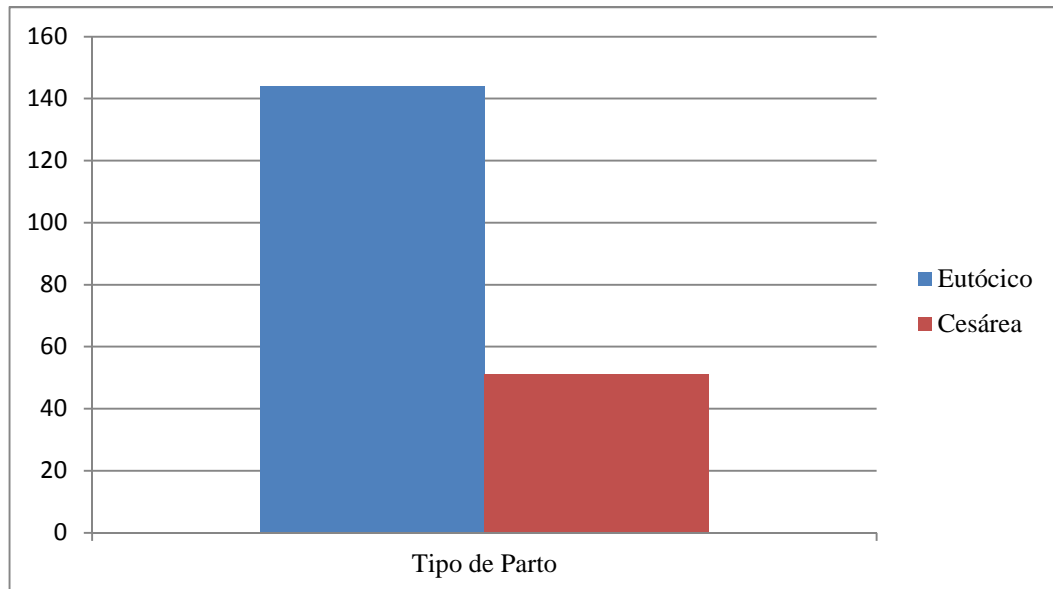
#### HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 218 PACIENTES EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2012. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.



**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

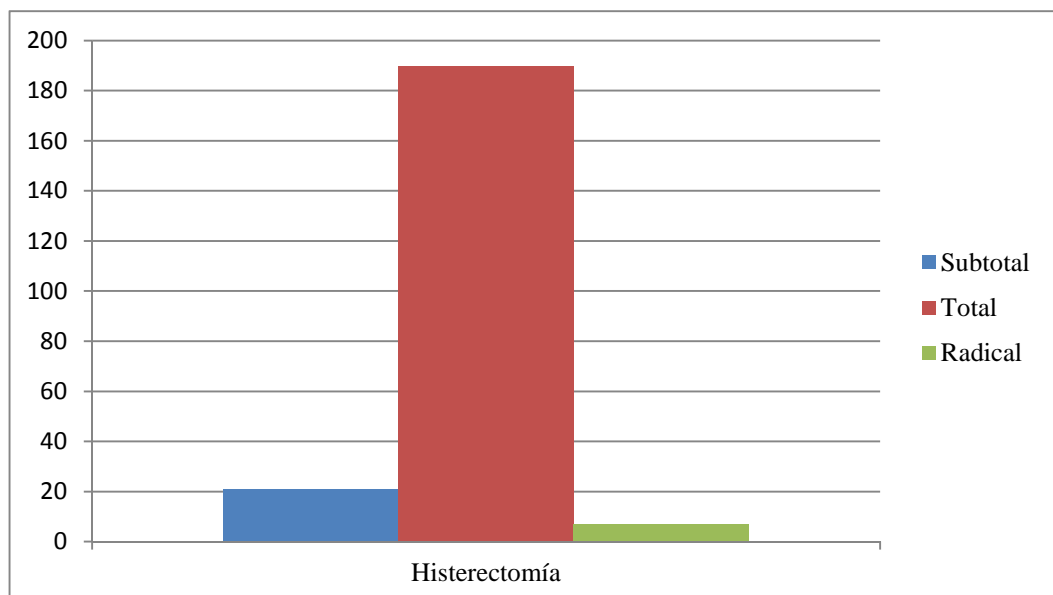
**GRÁFICO N° 4**  
**HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 218 PACIENTES EN EL HOSPITAL**  
**JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2012. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE**  
**PARTO.**



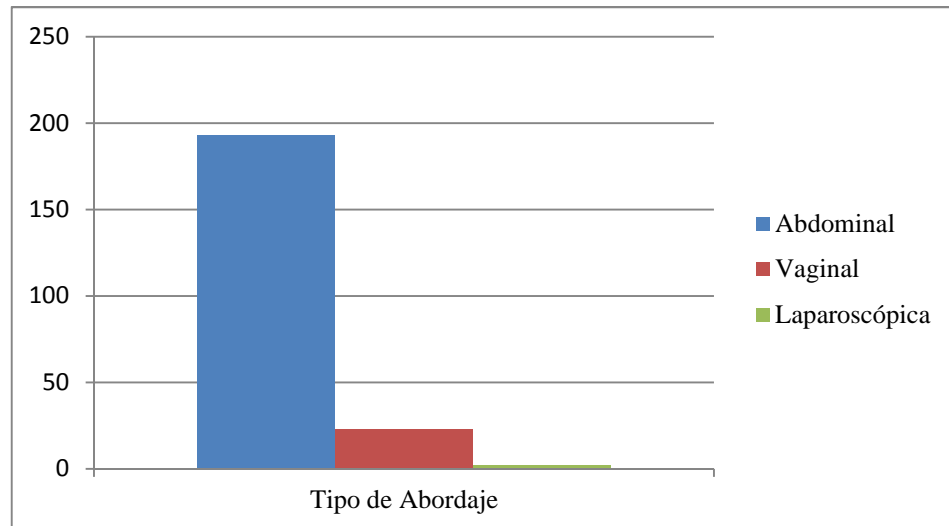
**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

**GRÁFICO N° 5**  
**HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 218 PACIENTES EN EL HOSPITAL**  
**JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2012. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE**  
**HISTERECTOMÍA.**



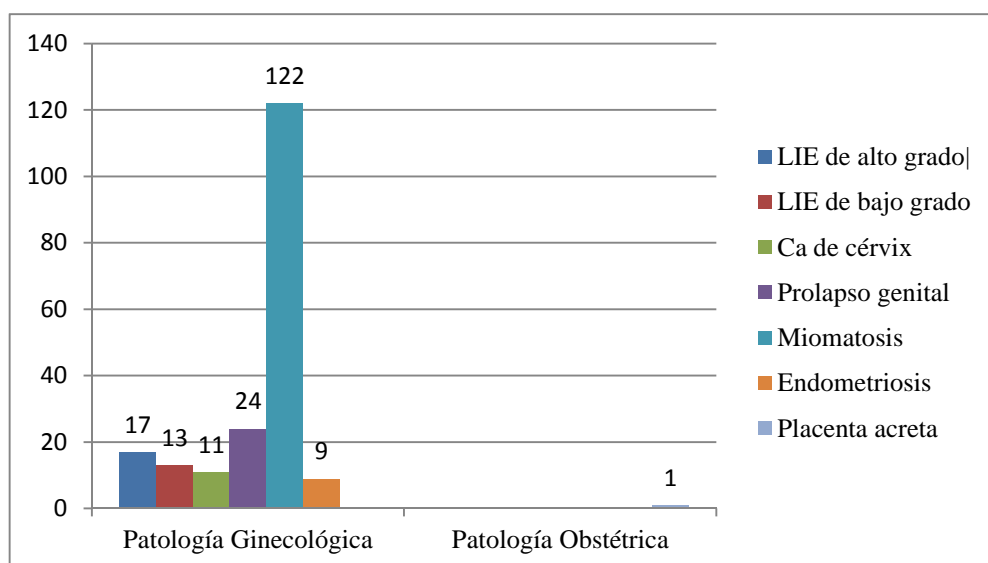
**GRÁFICO N° 6**  
**HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 218 PACIENTES EN EL HOSPITAL**  
**JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2012. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE**  
**ABORDAJE.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

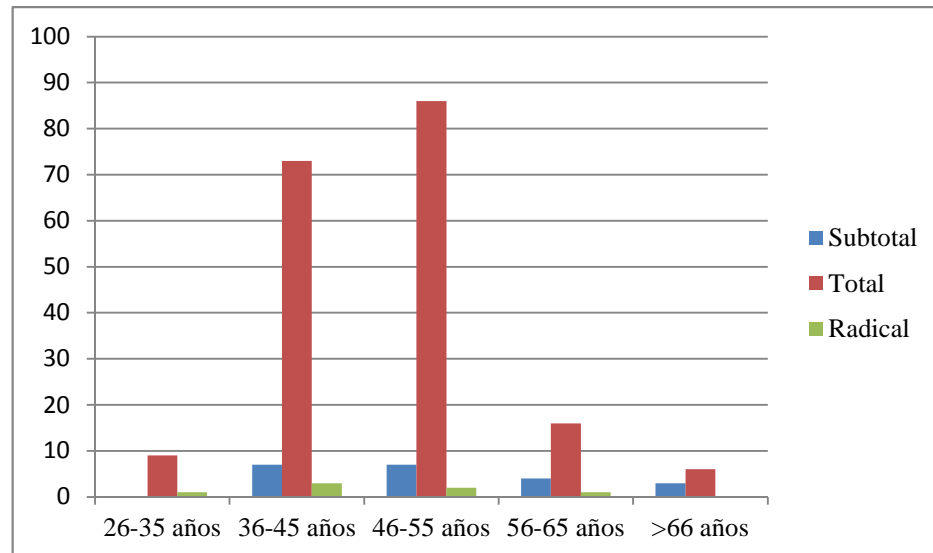
**GRÁFICO N° 7**  
**HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 218 PACIENTES EN EL HOSPITAL**  
**JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2012. DISTRIBUCIÓN SEGÚN**  
**DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

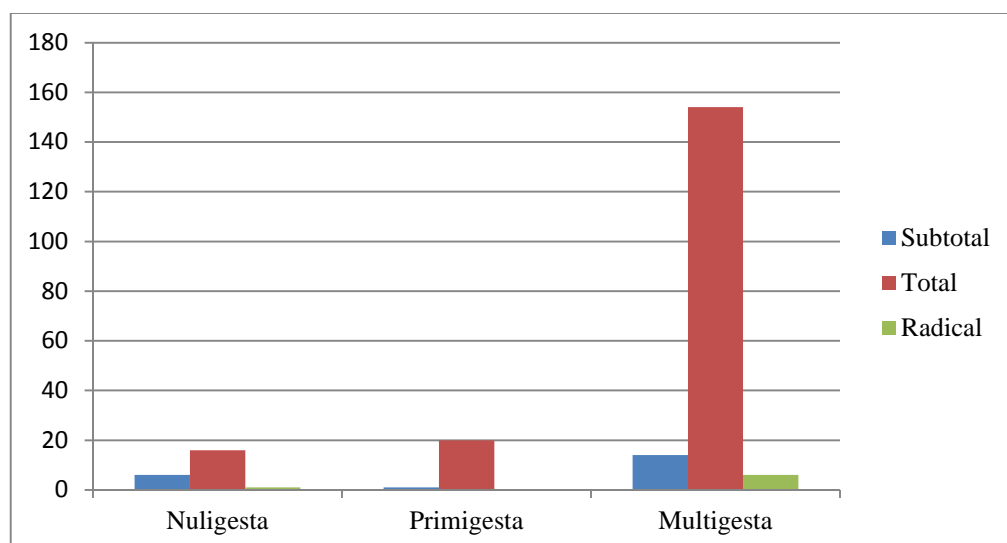
**GRÁFICO N° 8**  
**HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 218 PACIENTES EN EL HOSPITAL**  
**JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2012. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y**  
**TIPO DE HISTERECTOMÍA.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

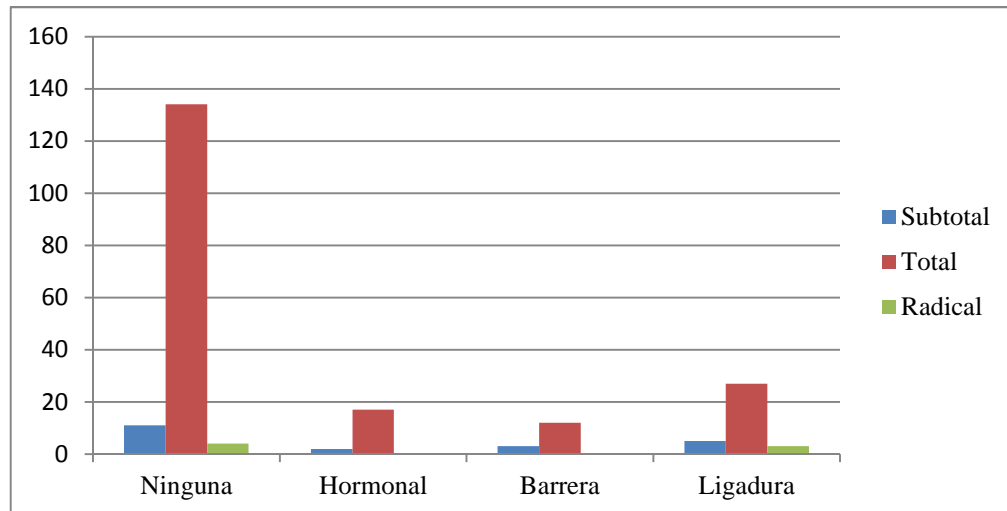
**GRÁFICO N° 9**  
**HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 218 PACIENTES EN EL HOSPITAL**  
**JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2012. DISTRIBUCIÓN SEGÚN**  
**ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS Y TIPO DE HISTERECTOMÍA.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

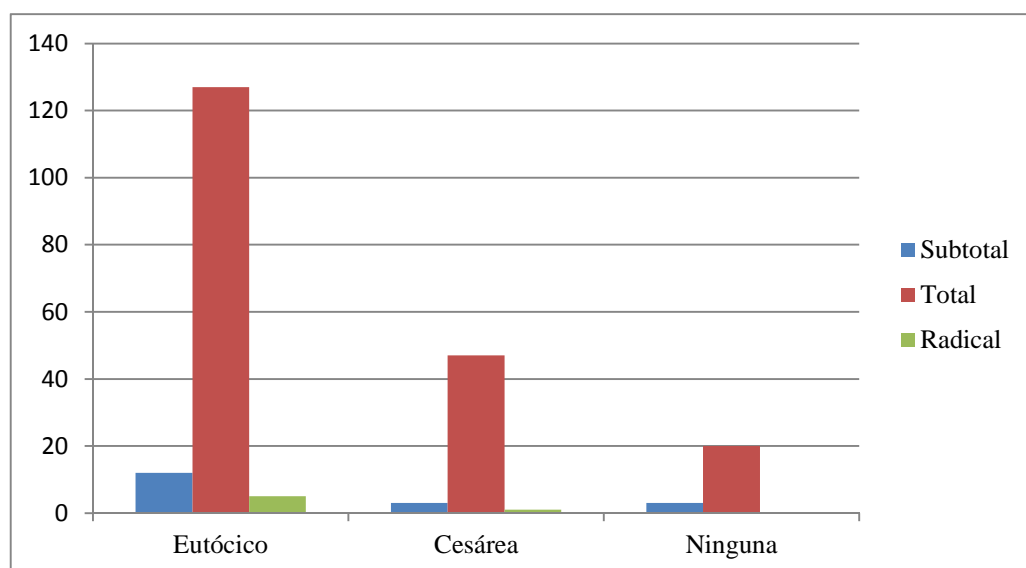
**GRÁFICO N° 10**  
**HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 218 PACIENTES EN EL HOSPITAL**  
**JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2012. DISTRIBUCIÓN PLANIFICACIÓN**  
**FAMILIAR Y TIPO DE HISTERECTOMÍA.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

**GRÁFICO N° 11**  
**HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 218 PACIENTES EN EL HOSPITAL**  
**JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2012. DISTRIBUCIÓN TIPO DE PARTO Y**  
**TIPO DE HISTERECTOMÍA.**

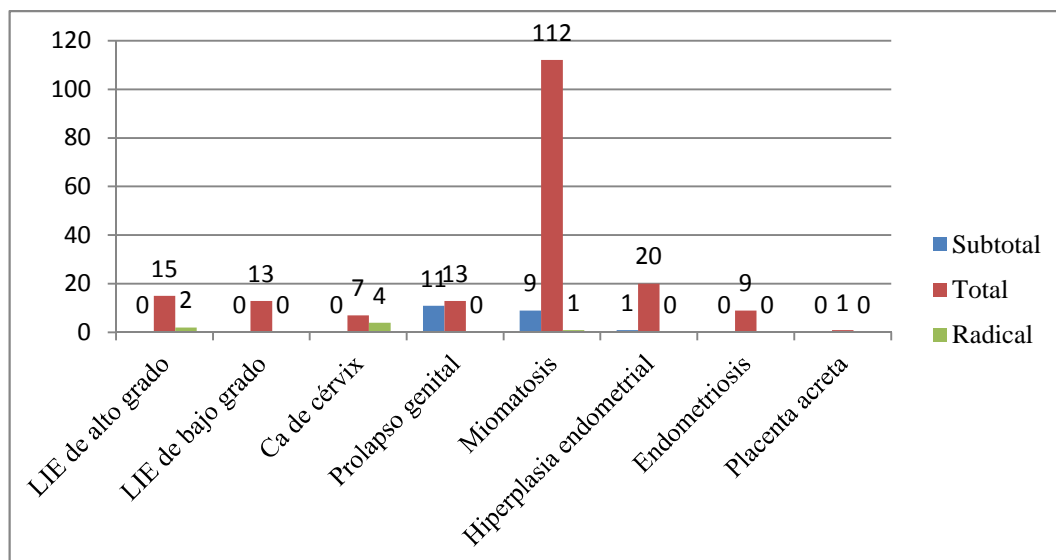


**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

GRÁFICO N° 12

**HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 218 PACIENTES EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2012. DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO Y TIPO DE HISTERECTOMÍA.**

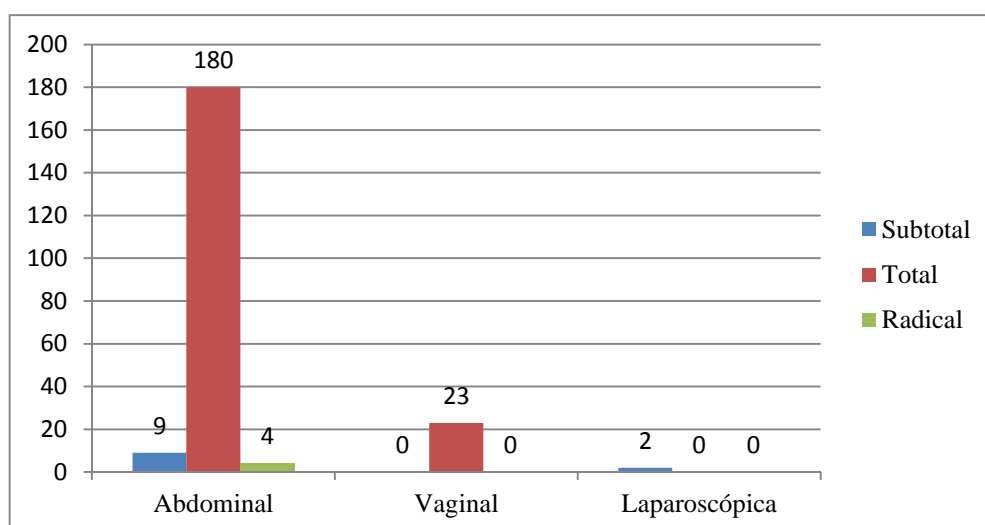


**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

GRÁFICO N° 13

**HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 218 PACIENTES EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2012. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE ABORDAJE Y TIPO DE HISTERECTOMÍA.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Los autores

# ANEXO 4

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Edad en años a momento de realizar la histerectomía	Biológica	Años cumplidos	15-25 26 –35 36 –45 46–55 56-65 Más de 66
Procedencia	Lugar de residencia al momento de la histerectomía	Nominal	Zona de residencia	Urbano Rural
Estado Civil	Situación legal en la que vive una persona con su pareja.	Social jurídica	Datos entregados en la encuesta	Soltera Casada Divorciada Unión libre Viuda
Nivel de Instrucción	Grado de escolaridad alcanzado por la paciente al momento de la histerectomía.	Nominal	Datos provenientes de la Historia clínica	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Planificación Familiar	Tipo de método anticonceptivo utilizado por la paciente.	Biológico	Datos provenientes de la historia clínica	Ninguna Hormonal Barrera Ligadura
A.G.O Gestas	Número de embarazos hasta al momento de la histerectomía	Biológico	Datos provenientes de la historia clínica	Nuligestas Primigestas Multigestas
Tipo de parto	Modalidades por la que nace el feto.	Biológico	Datos provenientes de la historia clínica	Parto normal Cesárea
Histerecto mía	Extirpación total o parcial del útero.	Biológico	Datos provenientes de la historia clínica	Subtotal Total Radical

Tipo de abordaje operacional	Operacional: Tipo de histerectomía realizada	Biológico	Datos provenientes de la historia clínica	Abdominal Vaginal Laparoscópica
Diagnóstico o operatorio	Identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas característicos del aparato reproductor femenino.	Biológica	Patología benigna	LIE de alto grado LIE de bajo grado Ca de cérvix. Sangrado uterino anormal Dolor pélvico crónico Prolapso genital Hiperplasia endometrial
			Patología obstétrica	Inserción anormal de placenta: Acreta Increta Percreta hemorragia postparto
Relación clínica – anatomopatológica	Relación entre las bases fisiopatológicas y las alteraciones morfológicas producidas por la enfermedad.	Biológico	Diagnóstico clínico y resultados de anatomía patológica	Hay relación. No hay relación.