



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

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO POR ULTRASONIDO VERSUS
DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLÓGICO DE PACIENTES
HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO,
2008-2013. CUENCA - ECUADOR**

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

**AUTORES: LOURDES KATHERINE MOGROVEJO ROMAN
 ADRIÁN VLADIMIR MORENO MIELES
 MARLON MARTIN PADILLA NARVÁEZ**

DIRECTORA: DRA. NORMA EDITH LLERENA CORTEZ

ASESOR: DR. BERNARDO JOSÉ VEGA CRESPO

**CUENCA – ECUADOR
2015**

RESUMEN

La histerectomía, el diagnóstico clínico y ultrasonográfico juega un papel importante al momento de tomar una decisión quirúrgica; posteriormente el diagnóstico anatómico patológico evaluará la eficiencia del diagnóstico clínico y de ultrasonido inicial; la correlación entre los diagnósticos es de gran importancia pues evalúa los diagnósticos iniciales del paciente.

Objetivo: Determinar la correlación entre el diagnóstico preoperatorio clínico y por ultrasonido con el resultado de anatomía patológica en pacientes sometidas a histerectomías entre los años 2008-2013 HVCM de la Ciudad de Cuenca.

Metodología: Se trató de un estudio descriptivo retrospectivo llevado a cabo en el departamento de Ginecología y Anatomía patológica del HVCM, se revisaron todas las historias clínicas de pacientes que fueron sometidas a histerectomía durante el periodo enero de 2008 hasta diciembre de 2013, se recolectaron variables de: dx clínico, dx ecográfico, dx anatómico patológico, la información fue procesada a través de una base de datos elaborada y codificada en el programa SPSS.

Resultados: se identificaron 526 casos, siendo más frecuente en el año 2013 con 123 casos, fue más frecuente en pacientes de más de 44 años, nivel de instrucción primaria, estado civil casadas y procedentes del área urbana; el principal diagnóstico clínico fue miomatosis uterina con el 51,9%; por ecografía 72,4% y anatomía patológica la leiomiomatosis con el 48,2%; las correlaciones fueron las siguientes: diagnóstico clínico – diagnóstico ecográfico= 93,22%; diagnóstico clínico – diagnóstico anatómico patológico= 80,77%; diagnóstico ecográfico – diagnóstico anatómico patológico= 80,06% y correlación entre los 3 tipos de diagnósticos: 75,57%.

Conclusiones: La correlación entre los diagnósticos clínico, ecográfico y de anatomía patológica es elevada; lo que involucra un nivel bajo de discordancia generando confianza al llevar a cabo un proceso de histerectomía y posterior valoración por anatomía patológica, jugando un papel vital el diagnóstico clínico.

DeCS: HISTERECTOMÍA, DIAGNOSTICO, ULTRASONIDO, CLÍNICA, PATOLOGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR

ABSTRACT

Hysterectomy, clinical and ultrasonographic diagnosis plays an important role when making a surgical decision; then the pathological anatomical diagnosis assess the efficiency of clinical diagnosis and initial ultrasound. This correlation between the diagnostic are of great importance because of the scope of evaluating an appropriate initial diagnosis of the patient.

Objective: To determine the correlation between clinical diagnosis and preoperative ultrasound resulting in pathology in patients undergoing hysterectomies between 2008-2013 HVCM of the City of Cuenca.

Methodology: This was a retrospective study conducted in the Department of Gynecology and Pathology of HVCM, all medical records of patients who were undergone hysterectomy during the period January 2008 to December 2013 were reviewed. The following variables were collected: clinical diagnosis, ultrasound diagnosis, pathological anatomical diagnosis; information was processed through a developed database and codified in SPSS.

Results: 526 cases of hysterectomy were identified, being more frequent in 2013 with 123 cases, hysterectomy was more frequent in patients over 44 years, primary education level, marital status married and from the urban area; the main clinical diagnosis was uterine fibroids with 51.9%; ultrasound 72.4% and pathology - the myoma with 48.2%. The correlations found were: clinical diagnosis - ultrasound diagnosis = 93.22%; clinical diagnosis - pathological diagnosis = 80.77%; ultrasound diagnosis – pathological diagnosis = 80.06% and correlation between the 3 types of diagnoses: 75.57%.

Conclusions: The correlation between clinical, ultrasonographic and histopathological diagnoses is high; which involves a low level of discordance generating confidence in carrying out a process of hysterectomy and subsequent measurement by pathology, playing a vital role in clinical diagnosis.

DeCS: HYSTERECTOMY, DIAGNOSTIC ULTRASOUND, CLINICAL PATHOLOGY, VINCENT HOSPITAL CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Página
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPITULO I	16
1.1 INTRODUCCIÓN	16
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.3 JUSTIFICACIÓN	22
CAPITULO II	24
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	24
2.1 Definiciones	24
2.2 Vías quirúrgicas para histerectomía.....	24
2.3 Indicaciones de Histerectomía.....	26
2.4 Tipos de histerectomía.....	27
2.5 Utilidad del ultrasonido.....	28
2.6 Correlación entre el diagnóstico clínico, ultrasonido y anatomopatológico	29
2.7 Hallazgos anatomo patológicos post histerectomía.....	31
CAPITULO III	32
3. OBJETIVOS.....	32
3.1 Objetivos específicos.....	32
3.2 Objetivos específicos.....	32
CAPITULO IV	33
4. METODOLOGÍA	33
4.1 Tipo de estudio	33
4.2 Universo y muestra	33
4.3 Variables.....	33
4.4 Operacionalización de variables	33
4.5 Criterios de inclusión.....	34
4.6 Criterios de exclusión.....	34
4.7 Procedimientos y técnicas	34
4.8 Plan de tabulación y análisis.....	35



4.9 Aspectos éticos.....	35
CAPITULO V	36
5. RESULTADOS.....	36
CAPITULO VI.....	45
6. DISCUSIÓN	45
CAPITULO VII.....	49
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
7.1 CONCLUSIONES	49
7.2 RECOMENDACIONES.....	50
CAPITULO VIII	51
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
CAPITULO IX.....	57
9. ANEXOS	57



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo Lourdes Katherine Mogrovejo Roman, autor de la tesis "DIAGNÓSTICO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO POR ULTRASONIDO VERSUS DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLÓGICO DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2008-2013. CUENCA-ECUADOR", 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 ese trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 26 de Febrero del 2015



.....
Lourdes Katherine Mogrovejo Roman

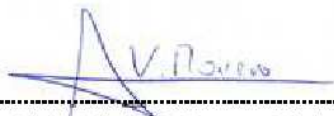
C.I. 1103231070



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Adrián Vladimir Moreno Mieles autor de la tesis "DIAGNÓSTICO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO POR ULTRASONIDO VERSUS DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLÓGICO DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2008-2013. CUENCA-ECUADOR", 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 ese trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 26 de Febrero del 2015



Adrián Vladimir Moreno Mieles
C.I. 1312894205



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Marlon Martin Padilla Narváez autor de la tesis "DIAGNÓSTICO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO POR ULTRASONIDO VERSUS DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLÓGICO DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2008-2013. CUENCA-ECUADOR", 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 ese trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 26 de Febrero del 2015

Marlon Martin Padilla Narváez

C.I. 0705259091



Yo Lourdes Katherine Mogrovejo Roman, autor de la tesis "DIAGNÓSTICO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO POR ULTRASONIDO VERSUS DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLÓGICO DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2008-2013. CUENCA-ECUADOR". Certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de mi exclusiva responsabilidad.

Cuenca, 26 de Febrero del 2015

.....
Lourdes Katherine Mogrovejo Roman

C.I. 1103231070



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Adrián Vladimir Moreno Miele autor de la tesis "DIAGNÓSTICO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO POR ULTRASONIDO VERSUS DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLÓGICO DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2008-2013. CUENCA-ECUADOR". Certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de mi exclusiva responsabilidad.

Cuenca, 26 de Febrero del 2015

Adrián Vladimir Moreno Miele

C.I. 1312894205



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Marlon Martin Padilla Narváez autor de la tesis "DIAGNÓSTICO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO POR ULTRASONIDO VERSUS DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLÓGICO DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2008-2013. CUENCA-ECUADOR". Certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de mi exclusiva responsabilidad.

Cuenca, 26 de Febrero del 2015



Marlon Martin Padilla Narváez

C.I. 0705259091

DEDICATORIA

La realización de esta tesis está dedicada a mi esposo, a mis padres y a mis hijos, pilares fundamentales en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora tengo. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general. También dedico esta tesis a Sofía. Ella representó gran esfuerzo y tesón en momentos de decline y cansancio. A ellos este proyecto, que sin ellos, no hubiese podido ser.

Lourdes Katherine Mogrovejo Román



DEDICATORIA

A mi madre
Con mucho amor y cariño
Le dedico todo mi esfuerzo
Y trabajo puesto para
La realización de esta tesis.

Marlon Martin Padilla Narváez

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres y a mis abuelitos. A mis abuelitos porque han estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

Adrián Vladimir Moreno Mieles

AGRADECIMIENTO

Este proyecto es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos el grupo de trabajo. Por esto agradezco a nuestra directora de tesis, Dra Norma Llerena, a nuestro asesor Dr. Bernardo Vega, quienes a lo largo de este tiempo han puesto sus capacidades y conocimientos en el desarrollo de esta tesis la cual ha finalizado llenando todas nuestras expectativas. A nuestros padres quienes a lo largo de nuestra vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en nosotros en todo momento y no dudaron de nuestras habilidades. A nuestros profesores a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

Los Autores

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Junto con la cesárea, la histerectomía es la intervención quirúrgica ginecológica que más se practica en países desarrollados. Se estima que en Estados Unidos se estima que se realizan 600.000 histerectomías cada año y que a la edad de 60 años aproximadamente un tercio de las mujeres habrá sido sometida a esta intervención. En países con registro adecuado y dependiendo de factores geográficos, factores propios de la paciente o de causa médica, la tasa de histerectomías oscila entre 5,4 por 1000 mujeres en EEUU a 1,8 por 1000 en Noruega (1).

Al analizar las causas que motivan la realización de una histerectomía, históricamente, más del 90% de ellas obedece a una causa benigna, habitualmente leiomioma, adenomiosis y defectos del piso pelviano. Sólo un 10% de las histerectomías se realizan en contexto de enfermedad maligna ya sea originada en el útero propiamente tal (cuerpo o cuello uterino) o como parte de la etapificación de una neoplasia ginecológica de otro origen (1).

La histerectomía representa un proceso quirúrgico de riesgo, de tal manera el diagnóstico clínico que lleva a la intervención debe ser claro y estar fundamentado en estudios clínicos, de imagen y los que el medico considere necesarios; la correlación entre el diagnóstico clínico, de ultrasonido y el anatomo patológico de histerectomía es importante pues permitirá llegar a un diagnóstico certero ya con la pieza anatomo patológica y retrospectivamente evaluar las acciones y el diagnóstico clínico y de ultrasonido propuesto para la realización de esta intervención.

Como hemos revisado la histerectomía representa una cirugía de riesgo inmediato, mediano y a largo plazo; tomamos más énfasis en esta última mencionando que puede incluso afectar la calidad de vida de las pacientes, sumándose a una lista de complicaciones probables de la histerectomía; un acertado diagnóstico clínico podría evitar estas situaciones.

Bajo estas premisas, se planteó realizar un estudio retrospectivo que investigue las causas que llevaron a histerectomía en los últimos 5 años (2008-2013) en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca y correlacionar los resultados con el diagnóstico clínico y de ultrasonido.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial la histerectomía ocupa el segundo lugar después de la cesárea como procedimiento quirúrgico más común en edad fértil por eso en los hospitales, clínicas y otros centros de salud del país, es cada vez más frecuente encontrarse con mujeres que han sido sometidas a histerectomía, La clínica y los exámenes complementarios juegan un rol preponderante al momento del diagnóstico clínico, sin embargo existe un grado de falta de correlación entre este diagnóstico, el de ultrasonido y el examen anatómico patológico; obviamente esta discordancia es de esperarse y solo es evidenciable tras la extirpación de la pieza quirúrgica; conocer la correlación entre los 3 tipos de diagnósticos es importante y más aun conociendo los riesgos que conlleva una histerectomía.

En el año 2009, Merino y colaboradores (1) en una población de 5638 histerectomías encontraron que en 4275 úteros se encontró principalmente leiomiomas uterinos y adenomiosis. En las 2070 piezas (endometrio) los hallazgos más prevalentes fueron atrofia, pólipo endometrial e hiperplasia glandular del endometrio. Hubo coexistencia de patología miometrial y endometrial en 905 piezas quirúrgicas. En 240 casos no hubo lesiones en la biopsia (4,2%). En el 1% de las histerectomías se encontró como hallazgo un cáncer ginecológico, siendo los dos diagnósticos más frecuentes asociados con esta situación, la metrorragia disfuncional peri menopáusica y el pólipo endometrial.

El número de histerectomías se ha incrementado de manera significativa en los últimos años, tanto las electivas, como las obstétricas. García y colaboradores (2) exponen que la prevalencia de histerectomías varía entre el 38% y 52% en mujeres de 36 a 45 años de edad; aunque, Torres y colaboradores (3) encontraron que la prevalencia de histerectomía fue de tan solo el 4,4%; de ellas, la histerectomía total fue la más frecuente, representando el 97,6%.

Lo anterior con respecto a la prevalencia, sin embargo se analiza también que cada año la incidencia aumenta en este sentido Briceño-Pérez y

colaboradores, (4) en un estudio llevado a cabo en Venezuela durante un período de 15 años obtuvieron que la incidencia de histerectomía obstétrica fue del 0,07 % (1/1285 casos obstétricos); mientras que Rivera y Faneite (5) en otro estudio realizado en el mismo país durante el periodo 2000-2007 encontraron una prevalencia del 0.16%; lo que indica que aunque pequeña, cada año asciende la cantidad de histerectomías.

Barrero y colaboradores (6) encontraron que el diagnóstico con biopsia per operatoria por legrado, de las pacientes con hiperplasia endometrial, tuvo una precisión aceptable en comparación a la biopsia de la pieza operatoria, apoyando su utilidad en el manejo de estas pacientes.

A nivel nacional, en un estudio de Apolo (7) en el año 2012 encontró que la principal causa de histerectomía ginecológica en la Miomatosis uterina con un 91,7% seguida de la Lesión Intraepitelial escamosa de alto grado con un 7,14%, encontrando una correlación entre el diagnóstico ecográfico e histopatológico fue del 68,62%, además este autor menciona que para llevar a cabo un diagnóstico adecuado el médico debe apoyarse lo más posible en exámenes de imagen para afianzar su diagnóstico y de esta manera evitar la disparidad con los resultados del estudio histopatológico, disminuyendo así las complicaciones de morbi mortalidad que se asocian con la histerectomía.

Adicionalmente, no existen series nacionales que caractericen los hallazgos clínicos-anatomo-patológicos en pacientes histerectomizadas. En particular, trabajos que analicen la frecuencia relativa de patología uterina benigna y maligna, la coexistencia de patologías y el hallazgo de cáncer incidental originado en el útero así como tampoco la correlación clínica-anatomo patológica de este tipo de pacientes.

La importancia del estudio recae en diferentes dimensiones, es importante contar con un trabajo de investigación llevado a cabo en nuestra población de esta manera se contribuye con el ámbito científico que concomitantemente nutre a los médicos y especialistas sobre este tema, porque al conocer la realidad del aborto con datos locales se elimina los sesgos de extrapolación a

nuestra población de datos extranjeros o de estudios no llevados a cabo en Cuenca; esto viene de la mano con la premisa que no se detectan estudios de investigación similares en la región, por lo tanto al ser un estudio pionero pone la línea de base para futuros trabajos investigativos.

La utilidad se deriva de la necesidad de contar con estadísticas propias sobre la correlación clínica, ultrasonográfica y anatomo patológica; de esta manera se brinda otra herramienta de decisión a los médicos que aborden pacientes con patologías cuyo tratamiento involucra la histerectomía; al conocer la correlación entre estos exámenes complementarios el medico dispondrá de mayores criterios basados en la estadística para su toma de decisiones, siendo esta la utilidad científica.

La utilidad Social, se he revisado la frecuencia de histerectomías que se llevan a cabo en el país, es decir socialmente es un tema que se aborda y en cierta medida hasta causa preocupación en la sociedad y en las familias con pacientes a las cuales su diagnóstico involucra un tratamiento de histerectomía, y más aún en estos tiempos donde la sociedad se encuentra cada día más informada y se pueden presentar repercusiones legales por un abordaje no adecuado de estas patologías que llevan a histerectomía, en este sentido La Asamblea Nacional de la República del Ecuador en el año 2014, estableció en su COIP en el art 146 que *“La persona que al infringir un deber objetivo de cuidado, en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años”* y en el punto 3 de este artículo se menciona que *“la inobservancia de leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o ley antes aplicables a la profesión”* por lo que mientras más herramientas de diagnóstico y se conozca su utilidad se da más herramientas al médico para su diagnóstico y reducción del error.

Por último, hay que recordar el impacto económico que el sistema de salud trae consigo un diagnostico no adecuado, los días de estancia hospitalaria aumentan y posiblemente también las complicaciones, de la mano se acogerían también en este sentidos las repercusiones sociales y legales del



diagnóstico erróneo; por lo tanto analizar la correlación que hemos planteado aborda un punto sensible en el diagnóstico y tratamiento de patologías candidatas a histerectomía.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Es uno de los procedimientos quirúrgicos más empleados a nivel mundial para el tratamiento de patologías benignas y malignas del útero, así; como el procedimiento quirúrgico que se realiza con mayor frecuencia en ginecología. 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 (8).

La correlación entre el diagnóstico clínico, ecográfico y anatómo patológico, permite afinar la clínica y brinda datos sobre la presentación de la enfermedad, sus formas poco frecuentes de presentación a la luz de un diagnóstico certero como resulta ser la anatomía patológica. Barrero y colaboradores (6) llevaron a cabo un estudio de correlación anatomopatológica con respecto a las hiperplasias endometriales, donde encontraron en una muestra de 90 pacientes que la concordancia fue de un 63% ($p=0,001$) entre ambas biopsias y resultó significativamente más baja en el subgrupo de pacientes que presentaban atipias en la biopsia preoperatoria, respecto a las pacientes sin atipias ($p=0,028$), concluyendo que la discordancia o error es del 37%.

Al ser uno de los procedimientos de mayor importancia en la práctica ginecológica es relevante conocer los diagnósticos clínicos y de ultrasonido que llevaron a esta cirugía así como cotejar estos diagnósticos con los hallazgos anatómo patológicos; de esta manera retrospectivamente se establecerá la efectividad del diagnóstico clínico y ecográfico; al analizar la viabilidad del estudio nos encontramos que no se han realizado estudios en el Hospital Vicente Corral Moscoso sobre el tema, adicionalmente observamos que esta falta de estudios genera un vacío en el conocimiento de nuestros profesionales de la salud, este estudio se justifica también al proveer de datos actualizados sobre esta entidad nosológica lo que contribuirá al conocimiento y al planteamiento de intervenciones para abordar el problema.

Las directas beneficiarias son las pacientes con patología ginecológica que posean diagnósticos que podrían terminar en histerectomía, pues reflejara la correlación entre el diagnóstico clínico, ultrasonido y anatomopatológico; la institución de salud poseerá datos locales y actualizados que evitan el sesgo de la extrapolación de datos extranjeros; la colectividad en general y el sistema de salud pues se disminuyen los días de estadía hospitalaria y complicaciones ante un adecuado diagnóstico que lleve o no a histerectomía.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Definiciones

Ugalde (9) La hysterectomía es la extirpación total del útero e incluye al cuello uterino, siendo más común en mujeres entre 40 y 50 años.

Taylor (10) menciona que “la hysterectomía es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se practica la resección parcial o total del útero, ha evolucionado en el tiempo, gracias al adelanto técnico a nivel quirúrgico, de laboratorio, anestésicos y de cuidados pre y pos- operatorios”

2.2 Vías quirúrgicas para hysterectomía

Los tres abordajes de la hysterectomía para las enfermedades benignas son la hysterectomía abdominal (HA), la hysterectomía vaginal (HV) y la hysterectomía laparoscópica (HL). La hysterectomía laparoscópica tiene tres subdivisiones adicionales dependiendo de la parte del procedimiento realizado laparoscópicamente.

La hysterectomía abdominal incluye la extracción del útero mediante una gran incisión en el abdomen inferior. La hysterectomía vaginal incluye la extracción del útero por la vagina, sin incisión abdominal. La hysterectomía laparoscópica incluye “cirugía no invasiva” con incisiones pequeñas en el abdomen. En la hysterectomía laparoscópica, el útero se extrae con la ayuda de un telescopio quirúrgico (laparoscopio) insertado a través del ombligo e instrumentos insertados a través de dos o tres incisiones adicionales. La hysterectomía laparoscópica se puede subdividir aún más según la proporción de cirugía realizada por laparoscopia en comparación con la realizada por vía vaginal. Más recientemente, se ha hecho posible realizar una hysterectomía laparoscópica con el uso de un tipo de robot manejado a distancia por el cirujano (11).

La histerectomía vaginal se debe realizar en lugar de la histerectomía abdominal cuando este indicado. Esta revisión halló que la histerectomía vaginal significó una reincorporación más rápida a las actividades normales, menos infecciones y episodios febriles después de la cirugía y una estancia hospitalaria más corta en comparación con la histerectomía abdominal (11).

La histerectomía laparoscópica significó una reincorporación más rápida a las actividades normales, menos pérdida de sangre y una disminución menor en los recuentos sanguíneos, una estancia hospitalaria más corta, menos infecciones de la herida y episodios febriles después de la cirugía en comparación con la histerectomía abdominal, pero las histerectomías laparoscópicas presentan un riesgo mayor de dañar la vejiga o el uréter (el conducto que conduce a la vejiga desde el riñón) y son cirugías más largas (11).

En el año 2013 Nieboer y colaboradores (11) encontraron en un metanálisis que hubo 34 estudios incluidos con 4 495 mujeres. Los beneficios de la HV versus la HA fueron: una reincorporación a las actividades normales más rápida (diferencia de medias [DM] 9,5 días), menos episodios febriles o infecciones no especificadas (odds ratio [OR] 0,42) y una menor duración de la estancia hospitalaria (DM 1,1 días). Los beneficios de la HL versus la HA fueron: una reincorporación a las actividades normales más rápida (DM 13,6 días), una pérdida de sangre intraoperatoria inferior (DM 45 cc), una disminución menor de la hemoglobina (DM 0,55 g/dl), una estancia hospitalaria más corta (DM 2,0 días) y menos infecciones de la herida y de la pared abdominal (OR 0,31) al precio de más lesiones de las vías urinarias (vejiga o uréter) (OR 2,41) y mayor duración de la cirugía (DM 20,3 minutos). Los beneficios de la HVAL versus la HTL eran menos episodios febriles o infecciones no especificadas (OR 3,77) y menor duración de la cirugía (DM 25,3 minutos). No había pruebas de beneficios de la HL versus la HV, y se produjo un aumento en la duración de la cirugía (DM 39,3 minutos) así como hemorragia significativa (OR 2,76) en la HL. Para algunas medidas de resultado importantes, los análisis no tuvieron el poder suficiente como para detectar diferencias importantes o simplemente éstas no se informaron en los

ensayos. Los datos estaban ausentes para muchas medidas de resultado importantes a largo plazo.

2.3 Indicaciones de Histerectomía

Carrera (12) en el año 2006, menciona que las indicaciones de histerectomía son:

- **Fibromiomatosis:** Los leiomiomas o miomas son los tumores pélvicos más frecuentes en las mujeres; la necesidad de practicarlas por leiomiomas uterinos deberá considerarse solo en las pacientes que no desean tener más hijos. La decisión de efectuar histerectomía por leiomiomas suele basarse en la necesidad de tratar síntomas como hemorragia uterina anormal o dolor pélvico. Otras indicaciones para la intervención han incluido el aumento rápido del tamaño uterino.
- **Hemorragia Uterina Disfuncional:** La hemorragia uterina disfuncional es la indicación para efectuar cerca de 20% de las histerectomías. La histerectomía deberá reservarse para las pacientes que no reaccionan o no toleran el tratamiento médico.
- **Dismenorrea Resistente al Tratamiento:** Cerca de 10% de las mujeres adultas quedan incapacitadas hasta durante 3 días al mes por dismenorrea. Rara vez se requiere histerectomía para tratar la dismenorrea primaria ya que se puede tratar de forma médica, en las pacientes que padecen el tipo secundario primero debe tratarse el trastorno subyacente. Solo si fracasa el tratamiento médico y la paciente no desea conservar la fertilidad se considerara la necesidad de efectuar histerectomía.
- **Dolor Pélvico:** Después de la histerectomía se produce una reducción importante del dolor pélvico acompañado de una mejoría de la calidad de vida. La Histerectomía debe efectuarse solo en las pacientes que tienen dolor de origen uterino que no reaccionan a las medidas terapéuticas no quirúrgicas y quirúrgicas.

- Neoplasia Cervical Intra epitelial: La histerectomía es una opción terapéutica apropiada en las mujeres con neoplasia cervical intra epitelial de alto grado recurrente que no desean preservar la fertilidad.
- Prolapso Genital: La histerectomía por prolapso genital sintomático (que afecta la calidad de vida de la paciente) constituye cerca de 15 % de las efectuadas. Se debe recurrir a la histerectomía cuando el prolapso deteriore la calidad de vida de la paciente.
- Urgencias Obstétricas: La mayor parte de las histerectomías de urgencia se efectúan a causa de hemorragia posparto debida a atonía uterina, placenta ácreta o placenta increta. Entre otras indicaciones se encuentran rotura del útero que no se pueden reparar o absceso pélvico que no reacciona al tratamiento médico.
- Endometriosis: Deberá efectuarse histerectomía solo en las pacientes que no reaccionan al tratamiento quirúrgico conservador o al tratamiento médico. La mayoría de las pacientes con endometriosis que requieren histerectomía tienen dolor pélvico incontrolable o dismenorrea.
- Cáncer: Las metástasis a sitios no ginecológicos pueden producir síntomas que requieren histerectomía. Como procedimiento primario deberá considerarse la necesidad de efectuar histerectomía con salpingooforectomía bilateral en las pacientes con carcinoma colorrectal.
- Tumor Ovárico Benigno: Los tumores ováricos, benignos que son persistentes o son sintomáticos requieren tratamiento quirúrgico. Desde luego si la paciente desea conservar la capacidad de tener hijos deberá conservarse el útero, si la conservación de la fertilidad no es un problema o la paciente es peri o posmenopáusica, deberá decidirse si es conveniente o no resecar el útero (12).

2.4 Tipos de histerectomía (13)

Existen varios tipos de histerectomía que se realizan según el diagnóstico de la paciente. Todas las histerectomías implican la extirpación del útero. Lo que

puede variar son los órganos reproductores adicionales y otros tejidos que se pueden extirpar. Los tipos de histerectomía incluyen:

- Histerectomía parcial o subtotal: este procedimiento, conocido también como "histerectomía supracervical", implica la extirpación del útero, pero deja intacto el cuello uterino. Esta decisión suele basarse en la preferencia de la paciente. Algunas mujeres sienten que dejar el cuello uterino intacto conservará su función sexual después de la cirugía (24).
- Histerectomía total: este procedimiento se realiza con mayor frecuencia en casos de cáncer del cuello uterino e implica la extirpación del útero, los tejidos cercanos al útero, la parte superior de la vagina (aproximadamente 3 cm) y los ganglios linfáticos pélvicos. También se puede extirpar las trompas de Falopio y los ovarios

2.5 Utilidad del ultrasonido

La ecografía posee su ya reconocida importancia en la Ginecología, sin embargo la sensibilidad y efectividad, es así como Yamamoto y colaboradores (14) mencionan que la ultrasonografía transvaginal presenta una utilidad sustantiva para evaluar los órganos pelvianos femeninos. Sin embargo, su máximo desempeño se limita a los diagnósticos gineco obstétricos debido a que es el mayor interés de los profesionales que la realizan; Pineros y colaboradores (15) mencionan al respecto que la ecografía transvaginal tiene una eficacia diagnóstica del 68 al 86%; sin embargo, con la RM se visualiza mejor la anatomía del útero y la zona de unión endometriometrial. Múltiples estudios dan a la RM mejor precisión diagnóstica como técnica de imagen. Tiene una eficacia general del 85-90,5%, con una sensibilidad y especificidad del 86 y el 100%, respectivamente. Además, se afirma que puede hacer el diagnóstico diferencial entre las formas difusa y focal de adenomiosis.

Como se ha revisado, la miomatosis uterina es una de las causas más importantes de histerectomía, es así como en el año 2010 Ochoa (16) lleva un estudio en Cuenca en el Hospital José Carrasco Arteaga donde encontró que la

ecografía tiene una sensibilidad del 98% y una especificidad del 83,3%, el valor predictivo positivo es del 97.5 % y el valor predictivonegativo del 75.0 %. La razón de verosimilitud positiva y negativa es de 5.76. El índice de Youden es de 0.79 al analizar la ecografía y su utilidad en el diagnóstico de miomatosis uterina.

González y colaboradores (17) en un estudio llevado a cabo en el año 2012 mencionan que el diagnóstico de miomas uterinos en la mayoría de los centros se lleva a cabo a través de la clínica y ultrasonografía. Los síntomas varían e incluyen sangrado uterino anormal (menorragia y la hipermenorrea son el patrón más común de sangrado), síntomas de tumoración pélvica, dolor y asociado a infertilidad en un 5 a 10%; resaltando la utilidad de la ecografía en el diagnóstico de miomas.

2.6 Correlación entre el diagnóstico clínico, ultrasonido y anatomopatológico

La correlación entre el diagnóstico clínico que lleva a un procedimiento de histerectomía y su posterior análisis es de vital importancia, pues brinda la oportunidad de obtener una valoración retrospectiva del diagnóstico inicial basado en la gran mayoría de las veces en la anamnesis, examen físico y ayudas diagnósticas complementarias de imagen por ecografía comparándolas con una prueba final como es la anatomía patológica.

Una de las diferencias más importantes al comparar las biopsias pre y postoperatorias entre los distintos trabajos está en el porcentaje de casos con cáncer endometrial subdiagnosticado en la biopsia preoperatoria (13).

Existe un alto porcentaje de cáncer concomitante en pacientes con hiperplasia endometrial con y sin atipia, aunque la prevalencia en hiperplasia endometrial con atipia es mayor, variando entre 17% a 52%. De los trabajos reportados que comparan los resultados de las biopsias pre y postoperatorias con el objetivo de evaluar la presencia de carcinoma endometrial concomitante existe sólo un estudio de cohorte prospectivo publicado el año 2006 por el Grupo Oncológico Ginecológico (GOG). En este trabajo se evaluó la prevalencia de carcinoma

endometrial concomitante en pacientes con hiperplasia endometrial con y sin atipia, encontrándose un 39,1% y 18,9%, respectivamente (18). Es destacable que el diagnóstico preoperatorio se realizó mediante distintos métodos diagnósticos, tales como legrado uterino, cánula Novak, Vabra y Pipelle, a diferencia del trabajo actual donde el diagnóstico fue realizado siempre con legrado uterino segmentario.

Toledo (8) encontró en un estudio en Perú que la principal indicación fue: miomatosis uterina 85%, que predominó en multíparas 81%, hubo correlación con la ecografía en el 95% y con anatomía patológica en el 94% en pacientes sometidas a histerectomía abdominal total.

La correlación clínica y posteriormente anatomopatológica ha sido estudiada en menor frecuencia, por lo que aún queda la interrogante en nuestro medio de cuál es la correlación clínica entre estos dos diagnósticos.

A nivel local, Narváez, Pacheco y Vásquez (19) realizaron un estudio sobre correlación clínico patología de los tumores de ovario en el HJCA de la Ciudad de Cuenca, encontrando 99 casos de pacientes sometidas a cirugía por presentar tumor de ovario, en esta población al correlacionar el diagnóstico clínico de ingreso con el diagnóstico patológico éste coincide en el 80,8% es decir 80 de 99 casos.

Narváez, Llerena y Abril (20) tras analizar 100 pacientes que presentaron abortos en el año 2006; encontraron que el diagnóstico clínico más frecuente fue el aborto incompleto 52% confirmándose con el estudio patológico en un 33%.

Narváez y colaboradores (21) en el año 2004, encontraron que para masas anexiales la correlación clínica patológica es del 78,2% siendo el diagnóstico patológico más común el cistoadenoma seroso y mucinoso del ovario.

Narváez y colaboradores (22) en un estudio sobre correlación clínico patológica en pacientes sometidas a histerectomía en el HVCN encontraron que el porcentaje que coincide alcanza el 69,32% es decir 37 de 53 casos.

2.7 Hallazgos anatomo patológicos post histerectomía

Los hallazgos anatomo patológicos pos histerectomía varían, pero en la gran mayoría de los casos son similares a los registrados por la clínica; dentro de los principales diagnósticos se encuentran fibroleiomioma con el 52,5%, adenomiosis 24% y cervicitis crónica con el 44% (23).

En lo referente al diagnóstico de cáncer, Bosque y colaboradores (24) en un estudio de 15 años en Cuba encontraron que en su investigación predominó el estadio Ib, con 66 pacientes (77,6 %), mientras que en el estadio Ia se encontraron 19 pacientes (22,3 %). En las figuras 2 y 3 se muestran el comportamiento de la supervivencia y el ILE por estadios, sin hallar diferencias significativas. La supervivencia global de la serie, a los 5 años, fue de 93,7 y el ILE de 92,1%.

En lo que respecta a la miomatosis, González y colaboradores (17) realizaron 123 histerectomías con diagnóstico de miomatosis uterina por clínica y ultrasonido transvaginal. En 104 úteros se confirmó miomatosis uterina por anatomía patológica, de estos en 46 casos únicamente había leiomiomas, 58 casos se asociaron a otra patología principalmente adenomiosis, endometriosis y patología endometrial. La principal localización de los mioma: intramurales 48%, subserosos 19% y submucosos 16%. En 19 casos no se confirmó el diagnóstico de leiomiomas, encontrándose adenomiosis, endometriosis y patología endometrial. En 1.6% de las histerectomías se encontró cáncer ginecológico. El ultrasonido transvaginal tiene una sensibilidad alta (95-100%) para detectar miomas en úteros menores a 10 semanas y es la modalidad más ampliamente utilizada debido a su disponibilidad y costo/efectividad. La resonancia magnética es un método excelente para evaluar el tamaño, la posición y número de miomas uterinos y es la mejor modalidad para la evaluación exacta del mioma con penetración en el miometrio y predice en forma más exacta las características histológicas de un tumor.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos específicos

Determinar la correlación entre el diagnóstico clínico, ultrasonido versus anatomía patológica en pacientes que ingresan para histerectomía en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, durante el periodo 2008-2013.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar al grupo de estudio según edad, procedencia, nivel de escolaridad y estado civil.
- Establecer los principales diagnósticos clínicos, ultrasonográficos y anatomo patológicos encontrados en las pacientes sometidas a histerectomía.
- Establecer correlación entre el diagnóstico clínico, ultrasonido y anatomo patológico de las pacientes sometidas a histerectomía durante el periodo 2008-2013.

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Se trató de un estudio descriptivo, comparativo y retrospectivo llevado a cabo en los Servicios de Ginecología y Patología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.2 Universo y muestra

Se revisaron las historias clínicas de todas las pacientes sometidas a histerectomía durante el periodo Enero 2008-Diciembre 2013, por la importancia y relevancia del tema de investigación no se obtuvo muestra alguna, se evaluó la totalidad del universo.

4.3 Variables

Edad, nivel de escolaridad, estado civil, Procedencia, diagnóstico clínico, diagnostico ultrasonográfico y diagnostico anatomo patológico.

4.4 Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Periodo de tiempo entre el nacimiento hasta la histerectomía.	Tiempo en años	15-24 25-34 35-44 > 44 años
Escolaridad	Nivel de instrucción formal alcanzado por la paciente	Historia clínica	1=Ninguna 2=Primaria 3=Secundaria 4=Superior
Estado civil	Tipo de relación	Cedula de identidad.	1=Soltera 2=Casada

	con la pareja, legalmente registrada.		3=Viuda 4=Unión libre 5=Divorciada
Procedencia	Lugar del cual proviene la paciente	Referencia de la paciente en la Historia Clínica	Rural Urbano
Diagnóstico clínico	Motivo por el cual se llevó a cabo la histerectomía.	Historia clínica.	Nominal
Diagnostico ultrasonografico	Diagnostico ecográfico referido tras una valoración de imagenología	Informe de Imagenología	Nominal
Diagnóstico anatomo patológico	Diagnostico proporcionado tras una valoración anatomo patológica.	Informe de anatomía patológica.	Nominal

4.5 Criterios de inclusión

Todas las historias clínicas de pacientes que fueron sometidas a histerectomía durante enero 2008 a diciembre 2013.

4.6 Criterios de exclusión

Historias clínicas que no disponían de ningún tipo de los 3 diagnósticos evaluados en este trabajo de investigación.

4.7 Procedimientos y técnicas

- Aprobación del trabajo por las autoridades de la Universidad de Cuenca y del HVCM.

- Búsqueda de historias clínicas de pacientes durante el periodo de tiempo del estudio en la base de datos del departamento de Estadísticas del HVCM.
- Recolección de los datos en un formulario (Anexo 1) destinado para ese fin.
- Validación de la información.
- Digitalización de los datos en el programa estadístico SPSS.
- Análisis de datos

4.8 Plan de tabulación y análisis

Los datos fueron ingresados en un base en el paquete estadístico SPSS versión de libre distribución 19.0 para Windows, esta base de datos fue pre codificada al mismo momento de la recolección de datos, pudiendo prescindir incluso de los formatos físicos de los formularios de recolección de datos, para el análisis de datos se emplearon estadística descriptiva: frecuencias relativas, medidas de tendencia central, medidas de dispersión. La correlación se llevó cabo en base a la comparación de los diagnósticos de la siguiente manera:

*

- Diagnóstico clínico versus Diagnóstico por ultrasonido.
- Diagnóstico clínico versus Diagnóstico anatomo patológico.
- Diagnóstico por ultrasonido versus Diagnóstico anatomo patológico.
- Diagnóstico clínico versus Diagnóstico por ultrasonido y Diagnóstico anatomo patológico.

4.9 Aspectos éticos

Por tratarse de un estudio que no involucró la participación directa de los pacientes, no es necesario obtener consentimiento informado alguno.

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio

Se llevó a cabo la recolección de datos con la búsqueda de todas las historias clínicas de mujeres sometidas a histerectomía durante el periodo Enero 2008 hasta Diciembre 2013, se lograron identificar 526 pacientes según los criterios de inclusión y exclusión calificaban para ser incluidas en el presente estudio, y su análisis se muestra a continuación.

5.2 Frecuencia de histerectomía según año

Tabla 1. Distribución de 526 pacientes sometidas a histerectomía en el HVCM entre los años 2008-2013 según año de intervención, Cantón Cuenca 2014.

Año	n=526	%=100
2008	79	15,0
2009	71	13,5
2010	74	14,1
2011	85	16,2
2012	94	17,9
2013	123	23,4

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Moreno V, Padilla M y Mogrovejo K.

La tabla 1 indica la frecuencia de histerectomías cada año, se encuentra que la menor frecuencia se registró en el año 2009 con un 13,5% y la mayor registrada en el año 2013 con el 23,4%; en el año 2012 fue de 17,9%; en el 2011 de 16,7% y en los demás años frecuencias más bajas.

5.3 Edad

Tabla 2. Distribución de 526 pacientes sometidas a histerectomía en el HVCM entre los años 2008-2013 según edad, Cantón Cuenca 2014.

Edad	n=526	%=100
<= 24 años	13	2,5
25 - 34 años	50	9,5
35 - 44 años	185	35,2
> 44 años	278	52,9

$\bar{X}$ = 46,55 años

Desviación estándar= 12,12 años

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Moreno V, Padilla M y Mogrovejo K.

La tabla 2 se puede observar que la mayor frecuencia de histerectomías se registró en la población de mayor edad; con un 52,9% en pacientes mayores de 44 años; y la menor frecuencia fue en la población de 24 años o menos con el 2,5%; ubicando la media de edad en 46,55 años.

5.4 Nivel de escolaridad

Tabla 3. Distribución de 526 pacientes sometidas a histerectomía en el HVCM entre los años 2008-2013 según nivel de escolaridad, Cantón Cuenca 2014.

Nivel de escolaridad	n=526	%=100
NINGUNA	33	6,3
PRIMARIA	321	61,0
SECUNDARIA	149	28,3
SUPERIOR	23	4,4

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Moreno V, Padilla M y Mogrovejo K.

La mayoría de las histerectomías fueron llevadas a cabo en pacientes con un nivel de escolaridad primaria con el 61%; y la población que menos frecuencia presentó fue la que poseía un nivel de instrucción superior con el 4,4%.

5.5 Estado civil

Tabla 4. Distribución de 526 pacientes sometidas a histerectomía en el HVCM entre los años 2008-2013 según estado civil, Cantón Cuenca 2014.

Estado civil	n=526	%=100
CASADO	336	63,9
DIVORCIADA	30	5,7
SOLTERO	66	12,5
UNIÓN LIBRE	68	12,9
VIUDO	26	4,9

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Moreno V, Padilla M y Mogrovejo K.

Las mujeres con un estado civil casado representaron el 63,9% de la población fueron las más frecuentes, mientras que las mujeres Viudas fueron las de menor frecuencia para la realización de histerectomías.

5.6 Procedencia

Tabla 5. Distribución de 526 pacientes sometidas a histerectomía en el HVCM entre los años 2008-2013 según procedencia, Cantón Cuenca 2014.

Procedencia	n=526	%=100
RURAL	180	34,2
URBANA	346	65,8

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Moreno V, Padilla M y Mogrovejo K.

La mayoría de la población es decir el 65,8% procedía del área urbana versus un 34,2% lo hizo del área rural.

5.7 Diagnóstico clínico

Tabla 6. Distribución de 526 pacientes sometidas a histerectomía en el HVCM entre los años 2008-2013 según diagnóstico clínico, Cantón Cuenca 2014.

Diagnóstico clínico	Frecuencia	Porcentaje
MIOMATOSIS UTERINA	273	51,9
PROLAPSO UTERINO	88	16.8
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	26	4,9
QUISTES DE OVARIO	20	3,8
LIE DE ALTO GRADO	16	3
CÁNCER CERVICAL	13	2,5
TUMOR DE OVARIO	10	1,9
CÁNCER DE OVARIO	9	1,7
HEMORRAGIA UTERINA	8	1,5
METRORRAGIA	6	1,1
PÓLIPO ENDOMETRIAL	6	1,1
OTRO DIAGNOSTICO	51	9,7
TOTAL	526	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Moreno V, Padilla M y Mogrovejo K.

La tabla 6 indica los diagnósticos clínicos que llevaron hacia el proceso de histerectomía, el de mayor frecuencia fue la Miomatosis uterina con más de la mitad de los casos (51,9%); en segundo lugar y con una diferencia porcentual importante con respecto a la primera causa de histerectomía se halla el prolapso uterino con el 16.8%; y con un 4,9 % se registró la hiperplasia endometrial; siendo las mencionadas las 3 primeras causas de histerectomía; se colocan los 11 primeros diagnósticos y en la clase “otros diagnósticos” se agruparon aquellos con menos de un 1% de frecuencia dentro de ellos se encontraron: embarazo molar, endometriosis, aborto incompleto, cervicitis, embarazo, embarazo ectópico, embarazo molar, perforación uterina, rotura uterina, puerperio inmediato y placenta previa entre otras.

5.8 Diagnóstico por Ultrasonido

El diagnóstico por ultrasonido no estuvo disponible en el 24,3% de los casos (128 pacientes); quedando constituida la muestra por 398 pacientes para su análisis.

Tabla 7. Distribución de 398 pacientes sometidas a histerectomía en el HVCM entre los años 2008-2013 según diagnóstico por ultrasonido, Cantón Cuenca 2014.

Diagnostico por ultrasonido	Frecuencia	Porcentaje
MIOMATOSIS UTERINA	288	72,4
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	21	5,3
QUISTE DE OVARIO	18	4,5
LEIOMIOMATOSIS UTERINA	14	3,5
POLIPO ENDOMETRIAL	8	2,0
PROLAPSO UTERINO	8	2,0
PROLAPSO GENITAL	5	1,3
NORMAL	4	1,0
OTROS DIAGNÓSTICOS	32	8,0
TOTAL	398	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Moreno V, Padilla M y Mogrovejo K.

Al igual que el diagnóstico clínico, el diagnóstico más frecuente por ultrasonido fue la Miomatosis uterina con el 72,4%, un porcentaje más elevado que el en diagnóstico clínico; la hiperplasia endometrial representó un 5,3% siendo el segundo diagnóstico más frecuente, el tercero fue la leiomiomatosis uterina con el 3,5% los demás diagnósticos se pueden observar en la tabla; al igual que en al diagnóstico clínico, los diagnósticos que tenían frecuencia de menor al 1% fueron agrupados en la clase otros diagnósticos, los mismos que sumaron un 8%,

5.9 Diagnóstico por anatomía patológica

El diagnóstico de anatomía patológica no estuvo disponible en el 16% de los casos (84 pacientes); quedando constituida la muestra por 442 pacientes para su análisis.

Tabla 8. Distribución de 442 pacientes sometidas a histerectomía en el HVCM entre los años 2008-2013 según diagnóstico anatómico patológico, Cantón Cuenca 2014.

Diagnostico anatomico patológico	Frecuencia	Porcentaje
LEIOMIOMA	213	48,2
CAMBIOS POR PROLAPSO	61	13,8
HIPERPLASIA SIMPLE	32	7,2
ADENOMIOSIS	24	5,4
CERVICITIS CRÓNICA	17	3,8
LIE DE ALTO GRADO	8	1,8
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	6	1,4
POLIPO ENDOMETRIAL	6	1,4
CÁNCER CERVICAL	5	1,1
OTRO DIAGNOSTICO	70	15,8
TOTAL	442	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Moreno V, Padilla M y Mogrovejo K.

El diagnóstico por anatomía patológica más frecuente fue el leiomioma con el 48,2% de los casos; seguido de los cambios por prolapso con el 13,8%; también la hiperplasia simple con el 7,2% fue el tercer diagnóstico; al igual que en los casos anteriores los diagnósticos con frecuencias de menos del 1% fueron agrupados en la clase Otro diagnóstico.

5.10 Correlación entre el diagnóstico clínico y de ultrasonido

Como se revisó anteriormente se disponen de 398 diagnósticos por ultrasonido, lo que condiciona que la correlación con el diagnóstico clínico sea únicamente posible en esta cantidad de pacientes, se llevaron a cabo 398 pares (clínico – ultrasonido) comparando los diagnósticos y los resultados se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla 9. Correlación clínica y ultrasonográfica de 398 pacientes sometidas a histerectomía en el HVCM entre los años 2008-2013, Cantón Cuenca 2014.

Correlación	Frecuencia	Porcentaje
Si	371	93,22
No	27	6,78
Total	398	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Moreno V, Padilla M y Mogrovejo K.

La correlación entre el diagnóstico clínico y de ultrasonido alcanzó un 93,22%; mientras que en el 6,78% de las pacientes el diagnóstico no fue similar.

5.11 Correlación entre el diagnóstico clínico y anatomía patológica

Se correlacionaron los diagnósticos clínicos y anatómicos patológicos en 442 pacientes pues esa es la población en la que se dispone de diagnósticos patológicos, condicionando esta cantidad de comparaciones entre los diagnósticos.

Tabla 10. Correlación clínica anatómico patológica de 442 pacientes sometidas a histerectomía en el HVCM entre los años 2008-2013, Cantón Cuenca 2014.

Correlación	Frecuencia	Porcentaje
Si	357	80,77
No	85	19,23
Total	442	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Moreno V, Padilla M y Mogrovejo K.

Lourdes Katherine Mogrovejo Roman

Adrián Vladimir Moreno Miele

Marlon Martin Padilla Narváez

Tras realizar el análisis de los diagnósticos de anatomía patológica y compararlos con los diagnósticos clínicos se observó una correlación del 80,77%; en el 19,23% de los casos no se correspondieron estos tipos de diagnósticos.

5.12 Correlación entre el diagnóstico de ultrasonografía y anatomía patológica

Se registraron 341 pacientes con diagnósticos por ultrasonografía y que disponían de un resultado de anatomía patológica, y su correlación se muestra a continuación:

Tabla 11. Correlación entre el diagnóstico por ultrasonido y anatomía patológica de 331 pacientes sometidas a histerectomía en HVCM entre los años 2008-2013, Cantón Cuenca 2014.

Correlación	Frecuencia	Porcentaje
Si	273	80,06
No	68	19,94
Total	341	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Moreno V, Padilla M y Mogrovejo K.

La correlación entre los diagnósticos por ultrasonografía y anatomía patológica alcanzó el 80,06% de la totalidad de pacientes; en el 19,94% de los pacientes no se encontró correlación entre estos diagnósticos.

5.13 Correlación entre el diagnóstico clínico, de ultrasonografía y anatomía patológica

Tabla 12. Correlación entre el diagnóstico clínico, por ultrasonido y anatomía patológica de 352 pacientes sometidas a histerectomía en el HVCM entre los años 2008-2013, Cantón Cuenca 2014.

Correlación	Frecuencia	Porcentaje
Si	266	75,57
No	86	24,43
Total	352	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Moreno V, Padilla M y Mogrovejo K.

La correlación entre los 3 diagnósticos se ubicó en 75,57% y en el 24,43% de los casos no se logró una correlación adecuada entre los 3 diagnósticos.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

La histerectomía es un procedimiento que cada día se lleva a cabo con más frecuencia en nuestros servicios de salud, esto probablemente debido a un diagnóstico más temprano de patologías que anteriormente no se detectaban; sin embargo también existe la posibilidad de que se magnifiquen problemas y la resolución no sea la vía quirúrgica; de ahí la importancia de los exámenes complementarios como el ultrasonido para apoyar nuestro diagnóstico inicial.

El resultado de anatomía patológica nos brinda un diagnóstico más certero y pone en evidencia todo el proceso que se llevó a cabo durante el tratamiento de estos pacientes, nuestro estudio correlacionó el diagnóstico clínico, por ultrasonido y diagnóstico anatómico patológico en 526 pacientes histerectomizadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante los años 2008 – 2013.

Ortega (26) menciona que la histerectomía es la operación más realizada por el ginecólogo y el segundo procedimiento quirúrgico más común en los EEUU después de la cesárea, en este país se llevan a cabo 50000 histerectomías por año y se estima que 1/3 de las mujeres de este país se les habrá extirpado el útero antes de llegar a los 65 años; este autor también nos brinda un dato del Hospital Universitario de Granada donde en el año 2009 se llevaron a cabo 279 histerectomías, que representa casi la mitad de nuestra producción de 6 años; recalcando nuevamente que este indicador obviamente depende de la población a la cual brinde sus servicios tal entidad de salud, siendo menor en nuestro caso.

Analizando la demografía de la población que fue sometida a histerectomía en los años que hemos mencionado, se encuentra que la media de edad se ubicó en 46,55 años con una desviación estándar de 12,12 años; es decir en la mayoría de los casos fueron mujeres entre la cuarta y quinta década de la vida; al respecto Torres y colaboradores (3) encontraron que la edad de mayor

presentación de histerectomía fue entre los 31-45 años; estos autores también mencionan que la principal causa fue la miomatosis uterina con el 97,6% al igual que en nuestra población aunque con menor porcentaje, este estudio sigue lo mencionado en otras poblaciones; como se puede ver coincide con la edad de presentación y en el diagnóstico principal.

González y colaboradores (17) encontraron tras analizar 135 histerectomías que la edad de presentación más frecuente es entre los 41-45 años, coincidiendo con lo encontrado en nuestra población; al parecer es en estas edades donde más se realizan diagnósticos asociados a miomatosis uterina o sangrado útero anormal lo que condicionaría considerar la histerectomía;

Toledo (8) en su estudio, encontró que el rango de edad de predominio fue entre los 41 a 45 años que corresponde a un 31%, y con un 96% en pacientes multíparas; estos resultados se corroboran también en nuestra población pues el 52,9% de la población sometida a histerectomía tenía edades mayores a 44 años y la media de edad se encontró dentro del rango mencionado por estos autores.

Briceño-Pérez y colaboradores, (4) en un estudio llevado a cabo en Venezuela durante un período de 15 años, indican que la incidencia de histerectomía obstétrica fue del 0,07 % (1/1285 casos obstétricos); mientras que Rivera y Faneite (5) en otro estudio realizado en el mismo país durante el periodo 2000-2007 encontraron una prevalencia del 0.16%; aunque este dato es para histerectomías obstétricas se observa que la incidencia es elevada.

Con respecto a la etiología de las histerectomías electivas, la hiperplasia endometrial, leiomiomas uterinos, prolapso uterino, y la endometriosis, son las indicaciones más frecuentes, y representan casi un 70%. En Estados Unidos, la malignidad es responsable del 10% de los casos. En las mujeres en edad reproductiva, las indicaciones más frecuentes para histerectomía son los fibromas uterinos y las irregularidades menstruales (27); esta situación se corrobora con lo encontrado en nuestra población donde el 51,9% de la población sometida a histerectomía fue por miomatosis uterina, seguida del

prolapso genital y prolapso uterino con el 8,8% y 8% respectivamente; y en cuarto lugar la hiperplasia endometrial con el 4,9% coincidiendo en la mayoría de los casos con lo mencionado en esta referencia bibliográfica.

Ayala y colaboradores (28) encontraron que las principales indicaciones de histerectomía fueron: miomatosis uterina en 58.6%, hemorragia uterina anormal 23.2% y adenomiosis 18.2%; en nuestro estudio la primera causa de histerectomía tiene un porcentaje parecido; sin embargo no se coincide con las otras causas. Al hacer hincapié en la miomatosis como indicación de histerectomía Arguello y colaboradores (29) también colocan esta patología en primer lugar, además de citar que la media de edad se ubicó en 46 años.

Al momento de analizar la correlación entre el diagnóstico clínico y de ecografía el valor calculado fue de 93,22% lo que representa que 371 pacientes recibieron un diagnóstico clínico y por ecografía similar.

Toledo (8) encontró que la principal indicación fue la miomatosis uterina con el 85% un valor por encima de lo encontrado en nuestra población, además encontró que la correlación ecográfica-clínica fue del 95%; una correlación muy cercana a la encontrada en nuestra población con el 93,22% y entre el diagnóstico clínico y anatómico patológico fue de 94%; en nuestra población esta correlación fue menor se ubicó en 80,77% encontrándose ya una diferencia entre estos estudios; llama la atención las diferencias entre estas 2 correlaciones, se coincide grandemente entre a clínica y ecografía pero esta seguridad en los diagnósticos disminuye casi 13% al momento de analizar la clínica con el resultado de anatomía patológica.

Apolo (7) en el año 2012 encontró que La principal causa de la histerectomía ginecológica es la Miomatosis uterina con un 91,07%, seguida de Lesión Intraepitelial Escamosa de alto grado con 7,14% y finalmente el Ca de cérvix con el 1,79%. La correlación entre el diagnóstico ecográfico y el diagnóstico histopatológico es alta y positiva, ya que en el 68,62% de los casos se confirmó el diagnóstico con el estudio histopatológico, mientras que el 27,45% de los casos el resultado histopatológico es útero normal y el 3,92% adenomiosis; a

diferencia de este estudio en nuestra población la correlación entre el diagnóstico ecográfico y anatómico patológico alcanzó el 80,06%.

Narváez y colaboradores (22) en un estudio sobre correlación clínico patológica en pacientes sometidas a histerectomía en el HVCM encontraron que el porcentaje que coincide alcanza el 69,32% es decir 37 de 53 casos; en nuestra población este porcentaje asciende hasta un 80,77% que es más elevado al encontrado por estos autores, y aunque estos estudios fueron llevados a cabo en la misma institución al parecer el tiempo de estudio influye en aumentar la correlación.

En lo que respecta a la correlación clínica anatómico patológica Barrero y colaboradores (6) encontraron en una muestra de 90 pacientes que la concordancia fue de un 63% concluyendo que la discordancia o error es del 37%, en nuestra población se evidencia que esta correlación alcanzó un 80,77% y error en el 19,23% de los casos; lo que indica una mejor aproximación al diagnóstico definitivo en base a la clínica.

La incidencia de histerectomía en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue elevada, la correlación entre los diagnósticos en estudio fue también elevada correspondiéndose con un manejo adecuado de las patologías en las cuales son indicadas esta cirugía, generando confianza en el servicio.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

En base a los objetivos planteados se concluye que:

- Se llevaron a cabo en los 6 años de estudio un total de 526 histerectomías, calculando la incidencia por millón de habitantes se encontró que en el año 2013 se llevaron a cabo 172 histerectomías por millón de habitantes, siendo este el año de mayor producción.
- Las histerectomías fueron más frecuentemente practicadas en la población mayor a 44 años con el 52,9%; con un nivel de instrucción primaria 61%; de estado civil casada con el 63,9% y procedentes del área urbana con el 65,8%.
- La principal indicación para histerectomía fue la miomatosis uterina con el 51,9% en el diagnóstico clínico, 72,4% en el diagnóstico por ecografía y confirmándose el diagnóstico por anatomía patológica en un 48,2%.
- La correlación entre el diagnóstico clínico y de ultrasonido alcanzó un 93,22%; mientras que en el 6,78% de las pacientes el diagnóstico no fue similar.
- La correlación clínica y anatomía patológica fue del 80,77%; en el 19,23% de los casos no se correspondieron estos tipos de diagnósticos.
- La correlación entre los diagnósticos por ultrasonografía y anatomía patológica alcanzó el 80,06% de la totalidad de pacientes; en el 19,94% de los pacientes no se encontró correlación entre estos diagnósticos.
- La correlación entre los 3 diagnósticos se ubicó en 75,57% y en el 24,43% de los casos no se logró una correlación adecuada entre los 3 diagnósticos.

7.2 RECOMENDACIONES

- Para poder llevar a cabo un adecuado diagnóstico de las patologías que podrían derivar en histerectomía, el médico debe apoyarse en exámenes de imagen haciendo hincapié en la ecografía para afianzar su diagnóstico y por lo tanto poder evitar un error o disparidad con los resultados anatómicos patológicos, de esta manera se disminuirían las complicaciones, así como la morbi mortalidad al llevar a cabo una cirugía de este tipo.
- Plantear nuevas investigaciones sobre el tema en cuestión, con el afán de contribuir a reducir las complicaciones y morbilidad de las pacientes sometidas a histerectomía.
- Dar a conocer los resultados de esta investigación a la comunidad médica de esta manera conocerán la verdadera utilidad de los exámenes complementarios en patologías ginecológicas que podrían requerir un tratamiento quirúrgico.

CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Merino P, Doren A, Sáez N, Valenzuela P, Etchegaray A, Gejman R et al . Distribución de la patología quirúrgica del cuerpo uterino en mujeres chilenas sometidas a histerectomía en un Hospital Clínico Universitario. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2009 [citado 2014 Ene 21] ; 74(1): 15-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000100004>.
2. García R, Romero S. Histerectomía. Evaluación de dos técnicas quirúrgicas. RevCubObstetGinecol 2009; Jun, 35 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2009000200006&script=sci_arttext
3. Torres Y, Piti H, Ramirez F, et al. Causas y frecuencia de histerectomía en el departamento de ginecología en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Rev Med Dom Vol 72-N 1. 2011.
4. Briceño C, Briceño L, García S, et al. Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años. RevObstetGinecolVenez 2009; 69(2):89-96. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v69n2/art04.pdf>
5. Faneite P, Rivera C, Faneite J Histerectomía obstétrica (2000-2007). RevObstetGinecolVenez. jun. 2008, vol.68, no.2 [citado 03 Fevereiro 2012], p.92-97. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000200005&lng=es
6. Barrero R, Barrero D, Alonso C, García G, Vargas, Rivera R et al . Correlación anatomopatológica de las hiperplasias endometriales antes y después de la histerectomía. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2008 [citado 2014 Ene 21] ; 73(2): 91-97. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000200004>

7. Apolo M. Correlación ecográfica e histopatológica de las histerectomías abdominales realizadas en el Hospital Manuel Ygnacio Montero IESS, en el periodo comprendido de Mayo a Octubre de 2012. Universidad Nacional de Loja. Área de Salud Humana. Nivel de Postgrado. Especialidad de Ginecología y Obstetricia. 2012. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/7245/1/Apolo%20Castillo%20Maritza%20Faviola%20.pdf>
8. 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. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.medicina.usmp.edu.pe%2Fhorizonte%2F2011__II%2Fart2_Vol11_N2.pdf&ei=FdTeUqGIEcjmsAT27YHoDA&usg=AFQjCNHUskvXfBz1p8UGG06beSLbFmj1wg&bvm=bv.59568121,d.cWc
9. Ugalde M. Histerectomías. Hospital Juárez de México. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=28&ved=0CFkQFjAHOBQ&url=http%3A%2F%2Fwww.smago.org.mx%2Fmemorias%2FVII%2F520curso%2F03.pdf&ei=y9neUqqoD_HMsQSMw4GwDw&usg=AFQjCNHjnxMmkpv5yXL67HLWRTqVHhmrQA&bvm=bv.59568121,d.cWc
10. Taylor H. Técnica quirúrgica y descripción operativa de la Histerectomía sub total y total con y sin salpingooforectomia. ESE. Clínica Rafael Calvo. Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/T%C3%89CNICA_QUIR%C3%93RGICA_Y_%20DESCRIPC%C3%93N_OPERATORIA_DE_LA_HISTERECTOM%C3%8DA_SUB_TOTAL_Y_TOTAL_CON_Y_SIN_SALPINGOOFORECTOM%C3%8DA.pdf
11. Nieboer T, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, et al. Abordajes quirúrgicos de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 3 Art no. CD003677. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).

12. Carrera X. Comparación entre histerectomía vaginal, histerectomía abdominal e histerectomía vaginal asistida por laparoscopia en pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital Carlos Andrade Marín en un periodo comprendido entre enero del 2004 y diciembre del 2004". Tesis de Grado. Universidad San Francisco de Quito. Facultad de Medicina. Disponible en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.usfq.edu.ec%2Fbitstream%2F23000%2F352%2F1%2F80342.pdf&ei=6-reUprzFsPlsATrjIHIBQ&usg=AFQjCNFNDIFLa-diH2dSzNfelCjfm552dw>
13. Gudem G, Sendag F, Kazandi M, *et al.* Preoperative and postoperative correlation of histopathological findings in cases of endometrial hyperplasia. *Eur J Gynaecol Oncol* 2003;24(3-4):330-3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12807251>
14. Yamamoto M, Alvarado M, Figueroa M, *et al.* Diagnostico incidental de tumor vesical por ecografía ginecológica transvaginal. *Rev. chil. obstet. ginecol.* v.75 n.1 Santiago 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000100009&script=sci_arttext
15. Pineros J, Rivero B, Fernández M. Histerectomía en la perimenopausia. Adenomiosis. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 48. Núm. 11. Noviembre 2005. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/histerectomia-perimenopausia-adenomiosis-13081125-articulos-originales-2005>
16. Ochoa M. Utilidad de la ecografía transvaginal frente a estudios anatómicos patológicos en pacientes con miomatosis uterina del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. Ecuador. 2009. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Postgrado en Imagenología. 2010. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3992/1/MEDI01.pdf>
17. Gonzalez R, Mortara A, Martinez A, *et al.* Resultados histopatológicos en mujeres sometidas a histerectomía con diagnóstico de miomatosis uterina por clínica y ultrasonido transvaginal en el Nuevo Sanatorio Durango. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/revista-medica/histerectomia-miomatosis-uterina-ecografia-transvaginal/>

18. Trimble C, Kauderer J, Zaino R, *et al.* Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia. *Cancer* 2006;106(4):812-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16400639>
19. Narváez J, Pacheco S, Vásquez C. Correlación clínico patológica de los tumores de ovario en el Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca desde Enero del 2000 hasta Junio del 2004. Universidad de Cuenca. Temas relevantes en Ginecología y Obstetricia. Trabajos de investigación. Enero 2007. P 179.
20. Narváez J, Llerena N, Abril C. Correlación clínico patológica de los abortos en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Enero-Junio 2006. Cuenca-Ecuador. Universidad de Cuenca. Temas relevantes en Ginecología y Obstetricia. Trabajos de investigación. Enero 2007. P 154.
21. Narváez J, Cajamarca M, Matovelle M, Ortuño P. Masas anexiales: correlación clínico patológica en pacientes que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Enero-Junio 2004. Cuenca-Ecuador. Universidad de Cuenca. Temas relevantes en Ginecología y Obstetricia. Trabajos de investigación. Enero 2007. P 202
22. Narváez J, Benavides W, Chuisaca M, Serrano L. Correlación clínico patológica en pacientes perimenopausicas sometidas a histerectomía en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Enero 2002-Mayo 2003. Cuenca-Ecuador. Universidad de Cuenca. Temas relevantes en Ginecología y Obstetricia. Trabajos de investigación. Enero 2007. p 225.
23. Rivero M, Villalba M, Vidal D, *et al.* Histerctomía por vía abdominal y vaginal. Nuestra experiencia. Hospital Angela I. de Llano. Argentina. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2002/03-Medicas/M-011.pdf>
24. Bosque O, Arrebola J, Iruretagoyena D, *et al.* Histerectomía radical en cáncer cérvicouterino en estadios IA2-IB. *Rev Cubana Oncol* 1999;15(1):19-25 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_1_99/onc04199.htm
25. Centrodeartigos. Histerectomía, Incidencia, indicaciones, tipos de histerectomías, técnica y beneficios. Página Web. Actualizada a 2014. Disponible en: http://centrodeartigo.com/articulos-educativos/article_14841.html

26. Ortega R. Histerectomía abdominal. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Clases Residentes 2011. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_histerectomia_abdominal.pdf
27. Media. Axón. Epidemiología e indicaciones para histerectomía: nuevas tendencias. Histerectomía por enfermedad benigna. España. Disponible en: http://media.axon.es/pdf/91761_4.pdf
28. Ayala R, Briones C, Anaya H, et al. Histerectomía total laparoscópica: estudio descriptivo de la experiencia institucional con 198 casos. GinecolObstetMex 2010;78(11):605-611. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom1011e.pdf>
29. Arguello R, Hoyos A, Arguello R, et al. Histerectomía total por laparoscopia en 202 pacientes. REVISTA COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA VOL. 54 NO 4 ï 2003. Disponible en: www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol54No4_Octubre_Diciembre_2003/v54n4a05.PDF
30. Suarez J, Gutiérrez M, Corrales A, et al. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Rev Cubana ObstetGinecol [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2013 Jun 11] ; 37(4): 481-488. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400005&lng=es
31. Clínica der Maternidad Rafael Calvo. Histerectomía abdominal. Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/HISTERECTOM%C3%8DA_ABDOMINAL.pdf
32. Vásquez A, Villegas G, Hernández S, et al. Histerectomía obstétrica: incidencia y complicaciones. inecolObstetMex 2008;76(3):156-60. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/marzo2008/Ginecol%20Obstet%20Mex%202008-76%283%29%20156-60.pdf>

33. Solà D, Ricci A, Pardo S, et al. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. *RevChilObstetGinecol* 2006; 71(5): 364 - 372. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000500012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000500012>.
34. Jesadapatrakul S, Tangjitgamol S, Manusirivitaya S. Histopathologic consistency between endometrial hyperplasia diagnosis from endometrial curettage and pathologic diagnoses from hysterectomy specimens. *J Med AssocThai* 2005;88 Suppl 2:S16-21.
35. Zamboni M, Valenzuela P, Pomes C, et al. Hallazgo de fragmentos uterinos intrabdominalesposhisterectomía. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en la Internet]. 2010 [citado 2014 Abr 23] ; 75(1): 42-46. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000100006>

CAPITULO IX**9. ANEXOS****ANEXO 1. Formulario de recolección de datos**

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



**“Diagnóstico clínico, diagnóstico de ultrasonido versus diagnóstico
anatomopatológico de pacientes con patologías gineco-quirúrgicas
del H VCM, 2008-2013. Cuenca.**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de formulario _____ **Fecha** _____

Historia clínica _____

Edad en años _____

Escolaridad	Ninguna	()
	Primaria	()
	Secundaria	()
	Superior	()

Estado civil	Soltera	()
	Casada	()
	Viuda	()
	Unión Libre	()
	Divorciada	()

2. PROCEDENCIA

Urbana ()

Rural ()

Diagnóstico Clínico _____

Diagnóstico Ultrasonido _____

Diagnóstico Anatomopatológico _____

Correlacion Clínico/US SI() NO ()

Correlacion Clínico/Anatomopatológica SI() NO ()

Correlacion US/Anatomopatológica SI() NO ()

Correlación clínico/ultrasonográfico/ anatomopatológica SI ()
NO()