

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**RICHARD GABRIEL PAZMIÑO
ARMIJOS**

TEMA DE TITULACIÓN

**Principales causas de histerectomía vaginal y
abdominal en pacientes atendidas en el Hospital
materno Infantil Mariana de Jesús en el año
2013.**

**TUTOR: DR. ROBERTO BRIONES
JIMENEZ**

AÑO LECTIVO: 2014

Principales causas de histerectomía vaginal y abdominal en pacientes atendidas en el Hospital materno Infantil Mariana de Jesús en el año 2013.

RESUMEN:

Objetivo: Determinar las principales causas de histerectomía vaginal y abdominal de las pacientes atendidas en el hospital materno infantil Mariana de Jesús durante el año 2013.

Materiales y métodos: Se condujo un estudio observacional descriptivo retrospectivo que tomó como universo 89 pacientes sometidas a histerectomía en el HMIMJ durante el año 2013.

Resultados: De las 89 histerectomías realizadas, el 82% correspondió a la vía abdominal y 18% a la vaginal, la edad promedio de las pacientes fue de 46.6 años, la patología más frecuente para la vía abdominal fueron los miomas con 93% y el prolapso genital con 94% para la vía vaginal, no se registraron complicaciones o decesos y el tiempo de estada fue de 3.10 días para la vía abdominal y de 2.21 para la vía vaginal.

Conclusiones: Las patologías que con mayor frecuencia requieren histerectomía fueron los miomas para la vía abdominal y el prolapso genital para la vía vaginal, no se registraron complicaciones en los dos procedimientos lo que hace difícil determinar el más inocuo sin embargo basado en la literatura, duración del procedimiento y días de estada la vía vaginal ofrece cierta ventaja.

Palabras clave:

Histerectomía, abdominal, vaginal, causas, complicaciones.

ABSTRACT:

Objective: To determine the main causes of vaginal and abdominal hysterectomy in patients treated at the Hospital materno infantil Mariana de Jesús in 2013.

Materials and Methods: we conducted an observational descriptive retrospective study that took as universe 89 patients undergoing hysterectomy.

Results: Of the 89 hysterectomies, 82% corresponded to the abdominal technique and 18% in the vaginal, the average age of the patients was 46.6

years, the most common cause for abdominal hysterectomy was fibroids with 93% and genital prolapse with 94% for the vaginal technique, no complications or deaths were recorded and hospitalization time was 3.10 days for the abdominal approach and 2.21 for vaginally. Conclusions: the diseases that require more often hysterectomy were myomas for abdominal approach and genital prolapse for vaginally, not reported complications in both procedures what makes difficult to determine the most safe however based on literature, duration of the procedure and the hospitalization time, vaginal approach offers some advantage.

Keywords:

Hysterectomy, abdominal, vaginal, causes, complications.

INTRODUCCIÓN:

La histerectomía tanto de abordaje abdominal como vaginal es un procedimiento cruento pero necesario en ginecología, varios estudios muestran tasas de complicaciones diversas(1)(2), no dejando claro el procedimiento más inocuo para la paciente, series publicadas en países desarrollados proponen a la histerectomía vaginal como el procedimiento con menos complicaciones. (4)

Dentro de las principales complicaciones se han documentado la infección del área quirúrgica, seguida de hemorragia (3, 7). Planteándose a los procesos benignos como el leiomioma que es una entidad muy frecuente, aunque en muchos casos es también asintomática, series latinoamericanas sitúan la incidencia de los miomas en torno a un 70%, aunque en muchos casos el tamaño de éstos era menor de 2 cm, señalando otras causas frecuentes de este procedimiento quirúrgico como el prolapso uterino, atonía uterina, trastornos placentarios, neoplasias y trastornos endometriales como las principales indicaciones para este procedimiento. (1, 6)

Actualmente para decidir la vía apropiada de histerectomía ya sea vaginal o abdominal, es la directriz de tamaño uterino por ACOG (congreso americano de ginecobstetricia por sus siglas en inglés) que sugieren que la vía vaginal es más adecuada en mujeres con úteros móviles no mayor de 12 semanas gestación (aproximadamente 280g). (1, 3)

La ACOG también reconoce que la elección de la vía de abordaje debe basarse en la condición anatómica, el informe previo al paciente y la experiencia y la formación de los cirujanos. Existen otras directrices más específicas que incorporan el tamaño del útero, los factores de riesgo y la movilidad y accesibilidad del útero y anejos que puede ayudar a los cirujanos a seleccionar la mejor ruta de la histerectomía y reducir así el número de operaciones abdominales. (17, 20)

Es posible utilizar tales directrices para identificar a las mujeres con enfermedades más o menos graves y estudiar la ruta de la histerectomía. Diseñamos este estudio para centrarse en las mujeres atendidas en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús durante el año 2013, a las cuales se les realizó histerectomía tanto por vía vaginal como por vía abdominal, registrando la presencia o no de complicaciones, el tiempo de estadía en la casa de salud, y el número de decesos con la finalidad de proponer una de las dos técnicas como más inocua para las pacientes en función a estos resultados, y servir de referencia para diseños de estudios futuros que busquen la comparación o la medición de un cambio en los resultados hallados, nos planteamos como hipótesis que la causa más frecuente de histerectomía son los miomas y que debido al tiempo de cirugía y recuperación la vía vaginal resulta más inocua para las pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se condujo un estudio observacional descriptivo retrospectivo, que tomó como universo la totalidad de las pacientes intervenidas por histerectomía en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús durante el año 2013 siendo 89 pacientes. De estas se aplica la siguiente fórmula para el cálculo de tamaño

muestral: $n = (N\sigma^2 Z^2) / ((N-1) e^2 + \sigma^2 Z^2)$ con muestra sugerida de: 72, sin embargo se decide tomar la totalidad de las pacientes.

Que fueron sometidas a los siguientes criterios de Inclusión: a) Pacientes sometidas a histerectomía en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2013. b) Pacientes sometidas a histerectomía con edades entre 15 y 65 años. c) Pacientes histerectomizadas que cursaran su periodo postoperatorio en el HMIMJ. d) Pacientes sometidas a histerectomía en la maternidad Mariana de Jesús.

Mientras que como criterios de exclusión se plantearon: a) Pacientes sometidas a histerectomía menores de 15 o mayores de 65 años. b) Pacientes histerectomizadas que cursaran su periodo postoperatorio en otra casa de salud. c) Carpetas de pacientes con datos inconsistentes o disparidad de datos.

Los datos fueron recogidos mediante revisión de historias clínicas, no se realizó intervención alguna, se limitó a observar y registrar los datos que reposaban en las historias clínicas de cada paciente, tomando como variables independientes aquellas asociadas con las patologías causales del procedimiento quirúrgico y las dependientes como las complicaciones, los datos encontrados fueron digitalizados en el programa Microsoft Word 2010, se usara Microsoft Excel 2010 para la tabulación de porcentaje y tabulación de datos estadísticos y finalmente se usara el programa SPSS para el análisis estadístico de los datos obtenidos.

RESULTADOS:

Se obtuvo una muestra total de 89 casos de pacientes sometidas a histerectomía de las cuales 16 histerectomías se realizaron por vía vaginal correspondientes al 18% mientras que 73 fueron sometidas a histerectomía abdominal con el 82%. Grafico 1

Para la edad de las pacientes incluidas en el estudio se obtuvo como mínima: 17 años, la máxima: 70 años, moda: 43 años y el promedio: 46 años, mientras que la procedencia se registró de la siguiente manera: Urbana con 53 pacientes o 60%, Urbano-marginal con 28 casos o 33% y rural con 8 casos o 7%, así mismo se recabó la información acerca del estado civil de las pacientes ingresadas al estudio obteniendo los siguientes resultados: 71 casos se designaron como unión libre con el 80%, seguidas de 11 pacientes que refirieron ser divorciadas con el 12%, 5 estaban casadas al momento del estudio siendo el 6%, 2 se encontraban solteras y no se reportaron viudas.

Tabla 1

Las patologías causales de histerectomía, se registraron individualmente tanto para la histerectomía vaginal como para la abdominal, obteniendo estos resultados para la vía vaginal: a) Cistocele; 1 caso correspondiente al 6%, b) miomas uterinos; 0 casos, c) prolapso genital: 15 casos correspondientes al 94%, d) displasia cervical; 0 casos, e) hiperplasia endometrial; 0 casos, f) trastornos placentarios; 0 casos, g) atonía uterina; cero casos.

Por otro lado los resultados obtenidos para la histerectomía abdominal fueron: a) Cistocele; 0 casos, b) miomas uterinos; 67 casos correspondientes al 93%, c) prolapso genital: 1 caso correspondientes al 1%, d) displasia cervical; 1 caso correspondiente al 1%, e) hiperplasia endometrial; 1 caso siendo el 1%, f) trastornos placentarios; 2 casos correspondientes al 3%, g) atonía uterina; 1 caso siendo el 1%. Tabla 2, gráfico 2

Se registró también la duración de cada uno de los procedimientos quirúrgicos siendo el promedio de duración para la histerectomía abdominal de 2.10 horas mientras que para la histerectomía vaginal fue de 1.31 horas, así mismo se obtuvo un mínimo de 1 hora para el procedimiento vaginal y de 2 horas para el procedimiento abdominal. Tabla 3, gráfico 3

Se registró conjuntamente los días de estada siendo el promedio total es decir de ambos procedimientos de 2.65 días siendo para la histerectomía vaginal de

2.10 días mientras que para la abdominal de 4.02 días, ambas registraron un mínimo de 1 día y máximo de 8. Tabla 4

Durante la revisión de las historias clínicas de las pacientes participantes en el estudio se investigó la aparición de complicaciones tanto durante el acto quirúrgico como posterior en el momento de recuperación hasta el alta hospitalaria, siendo en ambos casos negativa la aparición de complicaciones registradas, al igual que el número de decesos que fue de cero casos en las 89 participantes.

Grafico 1. Porcentaje de histerectomía abdominal y vaginal de las 89 pacientes atendidas en el HMIMJ durante el año 2013.

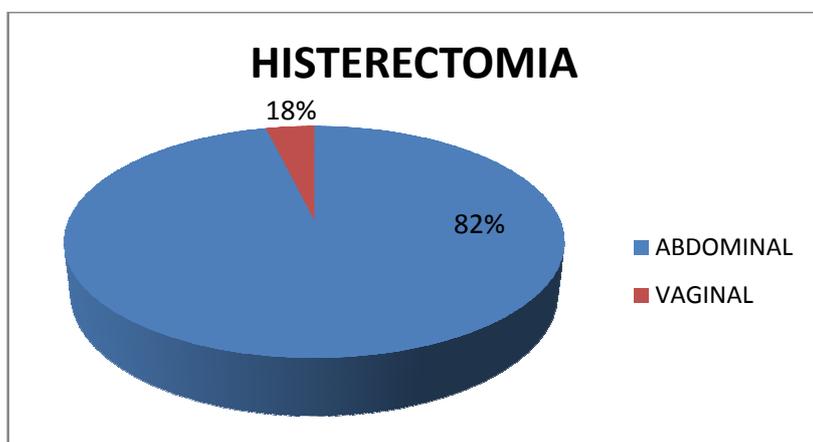


Tabla 1. Generalidades de las pacientes sometidas a histerectomía en el hospital materno infantil mariana de Jesús durante el año 2013.

edad	años	
mínimo	17	-
máximo	70	-
promedio	46	-
procedencia	casos	Porcentaje
urbano	53	60
Urbano-marginal	28	33
rural	8	7
Estado civil		
Unión libre	71	80
Soltera	2	2
Casada	5	6
Viuda	-	-
divorciada	11	12

Tabla 2. Patologías causales de histerectomía por vía abdominal y vaginal, casos y porcentajes.

patología	H.A. casos	H.A. porcentaje	H.V. casos	H.V. porcentaje
Cistocele	-	-	1	6
Miomas	67	93	-	-
Prolapso genital	1	1	15	94
Displasia cervical	1	1	-	-
Hiperplasia endometrial	1	1	-	-
Trastornos placentarios	2	3	-	-
Atonía uterina	1	1	-	-

H.A: Histerectomía abdominal, H.V: histerectomía vaginal.

Gráfico 2. Método de histerectomía según las patologías causales.

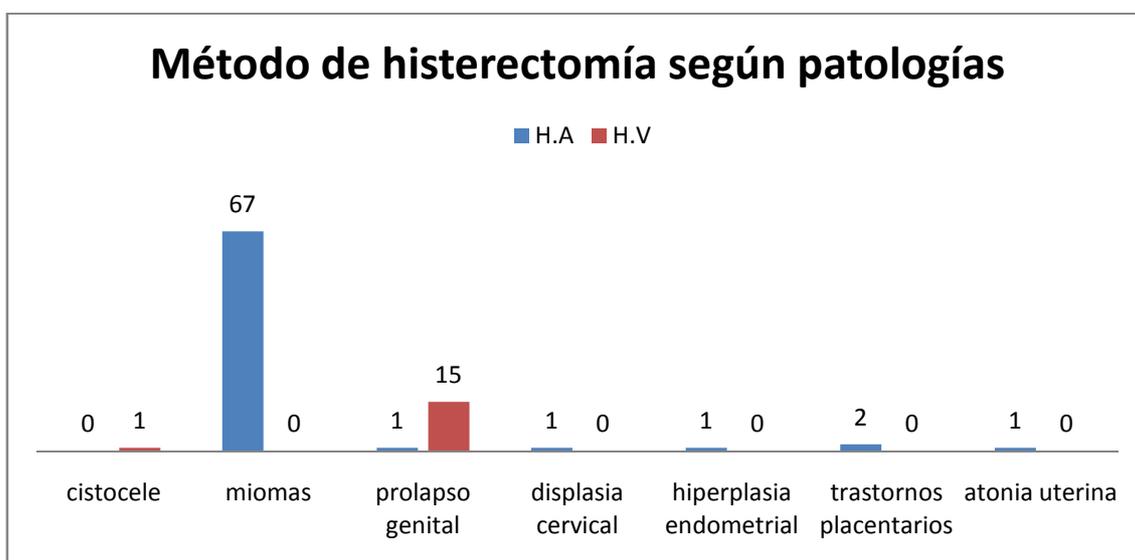
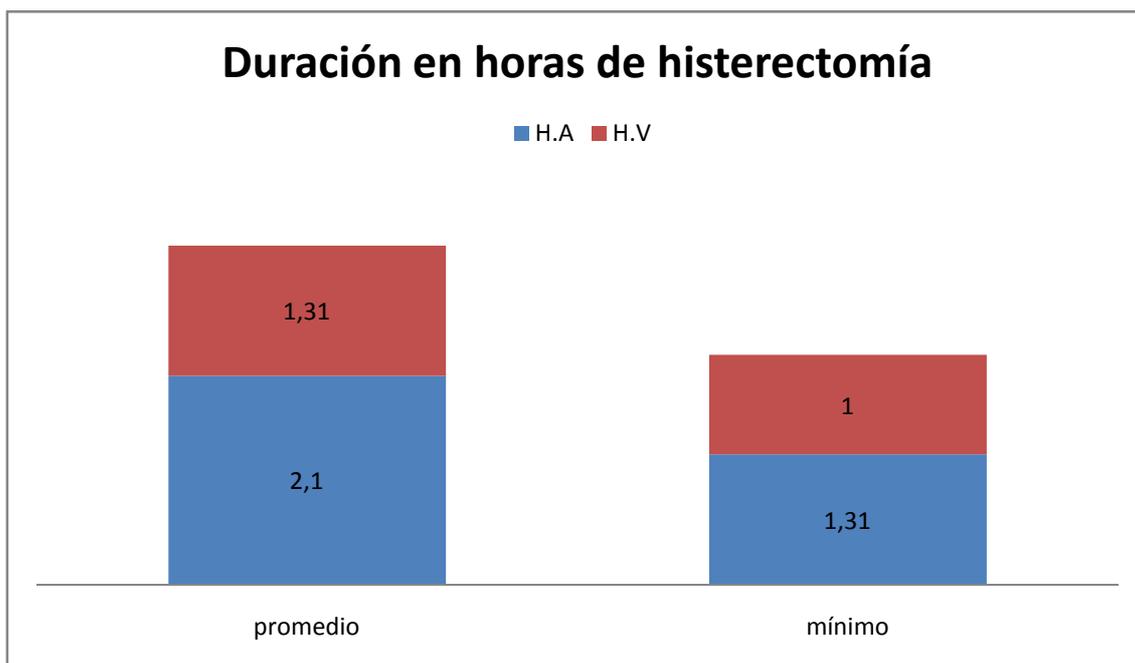


Tabla 3. Duración en horas de procedimiento quirúrgico de histerectomía vaginal y abdominal.

Procedimiento	Promedio	Mínimo
Histerectomía abdominal	2.10	2
Histerectomía vaginal	1.31	1

Gráfico 3. Duración en horas de histerectomía abdominal y vaginal



H.A: Histerectomía abdominal, H.V: Histerectomía vaginal.

Tabla 4. Días de estadía de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal y abdominal.

Procedimiento	Promedio	Mínimo	máximo
Histerectomía abdominal	4.02	1	8
Histerectomía vaginal	2.10	1	8

DISCUSIÓN:

Durante el año 2013 en el hospital Materno Infantil Mariana de Jesús registramos 89 pacientes que fueron sometidas a histerectomía, de ellas, el 82% se realizó por vía abdominal mientras que el 18% se dio por vía vaginal, resultados similares a los hallazgos que reporta Valle et al en España en cuyo centro se realizan histerectomías de las cuales al menos el 72% es abdominal y el 28% vaginal, esto sin duda dependerá de la decisión del cirujano en compañía del cuadro clínico individual de cada paciente, como se ha reportado en otros estudios la decisión de la ruta de acceso puede ser determinada por la experiencia del personal, la patología de base, la disponibilidad de equipo entre otros, sin embargo como lo demuestra Sesti et al existen métodos menos invasivos como la laparoscopia o la cirugía asistida por robot que significan un

menor trauma para la paciente y por tanto un menor tiempo de recuperación, sin embargo al no poseer dicha tecnología en esta casa de salud deberá ser tomada en cuenta para estudios posteriores. (1, 7, 11)

La edad registrada en nuestro estudio fue muy diversa incluyendo un caso de una paciente de 17 años, con un promedio para ambos procedimientos de 46.6 años y una moda de 43 años lo que evidencia una muestra de paciente relativamente más jóvenes que las reportadas en series españolas en las que la edad promedio es de 53.8 años, este rango en diferencia de edades debería ser tomado en cuenta en estudios epidemiológicos posteriores que determinen si existe una mayor o menor incidencia en nuestros centros. (4, 11, 13, 15)

En cuanto a las patologías de base que hicieron necesaria la histerectomía se encontró que para el grupo de histerectomía abdominal, la mayor cantidad de pacientes presentaron Leiomioma ascendiendo al 93%, mientras que para el procedimiento por vía vaginal el 94% de las cirugías se debió al prolapso genital y fue mayormente observado en pacientes multíparas, Somojita et al en su estudio revelan que al menos el 80% de las histerectomías se deben a la presencia de miomas o a la hemorragia uterina, también reportan una alta frecuencia de trastornos placentarios de hasta el 23% mientras que en nuestro estudio fue del 1%, así mismo se dividen las patologías causales en benignas y malignas siendo las primeras el 98% y las segundas el 2% datos se pueden deber a que este no es un centro oncológico especializado de allí la baja frecuencia de las mismas. (12, 13, 17)

Las complicaciones por su parte fueron analizadas tanto durante el proceso intraoperatorio como durante y en el postoperatorio, no obstante en las carpetas de las 89 pacientes incluidas en el estudio no se reportaron novedades, datos que deben verificarse ya que podría existir una anomalía de registro puesto que el CREST (collaborative review of esterilization project) reporta una tasa de complicaciones promedio de 42% para la vía abdominal y

de 24,5% para la vía vaginal, así mismo series desarrolladas en países del primer mundo reportan tasas de al menos 41% y 25% respectivamente, dentro de las que figuran como más frecuentes la infección de la herida, dehiscencia de suturas, hemorragias e incluso sepsis por lo que un correcto registro de las complicaciones debe ser estudiado ya que es un importante parámetro que nos permite conocer las complicaciones más frecuentes y por lo tanto prevenirlas y compararlas con series posteriores. (11, 15, 16)

El número de decesos también fue investigado mas no se reportaron casos, sin embargo series como la de Rodriguez et al realizada en Cuba reporta una tasa de mortalidad del 1.3% para el año 2003 que disminuyó a 0.7% en el 2006. (14)

La estancia hospitalaria es otro de los parámetros que nos indican tanto coste hospitalario como tiempo de recuperación de las pacientes, al ser este un centro con disponibilidad de camas muy reducido y con mucha carga de pacientes registramos una estancia promedio de 4.02 días para la cirugía abdominal y de 2.10 días para la vaginal, no obstante el CREST recomienda y reporta una estancia promedio de 8,5 días para el procedimiento abdominal y de 6,8 días para el vaginal lo que sería menos de la mitad de lo observado en este estudio. (11, 21)

Finalmente la duración del procedimiento fue mayor que la encontrada en otras series, pues se registró un promedio de 3.10 horas para la histerectomía abdominal mientras que la vaginal duró un promedio de 2.10 horas, en comparación a los 39.6 minutos que sugiere Rodriguez en su estudio, tomando en consideración que el tiempo quirúrgico varía en relación a la disponibilidad de material y pericia del equipo de cirujanos.

CONCLUSIÓN:

Las patologías que con mayor frecuencia requieren histerectomía fueron los miomas para la vía abdominal y el prolapso genital para la vía vaginal siendo más común la cirugía por la primera vía, no se registraron complicaciones en los dos procedimientos lo que hace difícil determinar el más inocuo para el paciente sin embargo basado en la literatura, duración del procedimiento y días de estada la vía vaginal ofrece cierta ventaja, no obstante debemos buscar mejores y más modernos métodos que aseguren una pronta recuperación y menor tasa de complicaciones para nuestros pacientes.

Bibliografía:

- 1) Leonor Valle, Servando Seara y José Ángel García. Efectos adversos en la intervención de la histerectomía. Registro informatizado 2002-2003. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(4):193-8
- 2) Chakraborty S. et al. Which Route? The Journal of Obstetrics and Gynecology of India (September–October 2011) 61(5):554–557
- 3) LiselotteMettler, Thoralf Schollmeyer, Andrea Tinelli, AntonioMalvasi. Complications of Uterine Fibroids and TheirManagement, SurgicalManagement of Fibroids, Laparoscopy and Hysteroscopy versus Hysterectomy, Haemorrhage, Adhesions, and Complications. Obstetrics and Gynecology International. Volume 2012, Article ID 791248, 8 pages
- 4) Miguel Emilio García Rodríguez. Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados en mujeres nulíparas. Dirección Provincial de Salud. Camagüey, Cuba 2012.
- 5) Mäkinen J, Brummer T, Jalkanen J, Heikkinen AM, Fraser J, Tomás E, Härkki P, Sjöberg J. Ten years of progress--improved hysterectomy outcomes in Finland 1996-2006: a longitudinal observation study.BMJ Open. 2013 Oct 28;3(10)
- 6) Fatemeh Mostajeran Gurtani, Behrooz Fadaei,¹ and Mojtaba Akbari¹Emergency peripartum hysterectomy in Isfahan; maternal mortality and morbidity rates among the women who underwent peripartum hysterectomy Adv Biomed Res. 2013; 2: 20.
- 7) Hoyer-Sorensen C, Hortemo S, Lieng MChanging the route of hysterectomy into a minimal invasive approach.ISRN Obstet Gynecol. 2013 May 21;2013:249357
- 8) Batista CS, Osako T, Clemente EM, Batista FC, Osako MT.Observational evaluation of preoperative, intraoperative, and postoperative characteristics in 117 Brazilian women without uterine prolapse undergoing vaginal hysterectomy.Int J Womens Health. 2012;4:505-10
- 9) Chakraborty S, Goswami S, Mukherjee P, Sau M.Hysterectomy.....Which route?J Obstet Gynaecol India. 2011 Oct;61(5):554-7. Epub 2011 Oct 27.

- 10) Mettler L, Schollmeyer T, Tinelli A, Malvasi A, Alkatout I. Complications of Uterine Fibroids and Their Management, Surgical Management of Fibroids, Laparoscopy and Hysteroscopy versus Hysterectomy, Haemorrhage, Adhesions, and Complications. *Obstet Gynecol Int.* 2012;2012:791248.
- 11) Sesti F, Cosi V, Calonzi F, Ruggeri V, Pietropolli A, Di Francesco L, Piccione E. Randomized comparison of total laparoscopic, laparoscopically assisted vaginal and vaginal hysterectomies for myomatous uteri. *Arch Gynecol Obstet.* 2014 Apr 8.
- 12) Kume K, M Tsutsumi Y, Soga T, Sakai Y, Kambe N, Kawanishi R, Hamaguchi E, Kawahara T, Kasai A, Nakaji Y, T Horikawa Y, Nakayama S, Kaji T, Irahara M, Tanaka K. A case of placenta percreta with massive hemorrhage during cesarean section. *J Med Invest.* 2014;61(1.2):208-12.
- 13) Sparić R. [Uterine myomas in pregnancy, childbirth and puerperium]. *Srp Arh Celok Lek.* 2014 Jan-Feb;142(1-2):118-24. Serbian.
- 14) Kim MJ, Kim S, Bae HS, Lee JK, Lee NW, Song JY. Evaluation of risk factors of vaginal cuff dehiscence after hysterectomy. *Obstet Gynecol Sci.* 2014 Mar;57(2):136-43.
- 15) Shah N, Shah SP, Thakrar A, Rozati H. An adhesion-related small bowel obstruction occurring within 36 h of a total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. *BMJ Case Rep.* 2014 Apr 7; 2014.
- 16) Bogani G, Cromi A, Uccella S, Serati M, Casarin J, Pinelli C, Ghezzi F. Laparoscopic versus Open Abdominal Management of Cervical Cancer: Long-Term Results from a Propensity-Matched Analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014 Mar 31.
- 17) Shah N, Shah SP, Thakrar A, Rozati H. An adhesion-related small bowel obstruction occurring within 36 h of a total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. *BMJ Case Rep.* 2014 Apr 7;2014.
- 18) Bogani G, Cromi A, Uccella S, Serati M, Casarin J, Pinelli C, Ghezzi F. Laparoscopic versus Open Abdominal Management of Cervical Cancer: Long-Term Results from a Propensity-Matched Analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014 Mar 31.

- 19) Barski D, Otto T, Gerullis H. Systematic Review and Classification of Complications after Anterior, Posterior, Apical, and Total Vaginal Mesh Implantation for Prolapse Repair. *Surg Technol Int.* 2014 Feb 6; XXIV.
- 20) Hodges KR, Davis BR, Swaim LS. Prevention and management of hysterectomy complications. *Clin Obstet Gynecol.* 2014 Mar;57(1):43-57.
- 21) Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among woman of reproductive age in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 144:841-8.
- 22) American College of Obstetricians and Gynecologists. Quality assurance in obstetrics and gynecology. Washington: ACOG; 2012.
- 23) Dicker RC, Scally MJ, Greenspan JR, et al. Hysterectomy among woman of reproductive age: trends in the United States. *JAMA.* 2008;248:323-9.
- 24) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2011.
- 25) American College of Obstetricians and Gynecologists. Uterine Leiomyomata. Washington: ACOG; 2009 [Compendium of Selected Publications, n.º 192; May 2009]. p. 878-85.