



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS POSTERIORES A
HISTERECTOMÍA
EN HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE EL PERIODO
2014-2016**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL**

AUTORES:

**SANTIAGO DARIO FREIRE DE LA A
SANTIAGO PAUL LOPEZ ROMERO**

TUTOR:

Dr. ARMANDO SALCEDO ARANA

GUAYAQUIL-ECUADOR

2017-2018



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a SANTIAGO DARIO FREIRE DE LA A y SANTIAGO PAUL LOPEZ ROMERO ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito para optar por el título de Médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

**SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS POSTERIORES A HISTERECTOMÍA, EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE EL PERIODO 2014-2016		
AUTOR/ ES: FREIRE DE LA SANTIAGO DARIO – LOPEZ ROMERO SANTIAGO PAUL		REVISORES: DR. ARMANDO SALCEDO ARANA
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		FACULTAD: DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA		
FECHA DE PUBLICACION: 02/05/2018		Nº DE PÁGS: 56
ÁREAS TEMÁTICAS: MEDICINA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA		
PALABRAS CLAVE: HISTERECTOMIA, COMPLICACIONES INFECCIOSAS, INCIDENCIA, VIAS DE ABORDAJE		
RESUMEN: La histerectomía es el segundo procedimiento quirúrgico gineco-obstetrico más común. No estás exento de tener complicaciones, que perjudican la recuperación del paciente, y aumentan los costos para el sistema de salud. Entre las complicaciones, una de las más destacadas son las complicaciones infecciosas, las cuales pueden ser localizadas o sistémicas.		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):		Nº DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI (X)	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0967188976-0995958822	E-mail: sant_freire@hotmail.com santiagop.lopez.r@gmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL	
	Teléfono:	
	E-mail:	



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

CERTIFICACION DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado **Armando Ricardo Salcedo Arana**, tutor del trabajo de titulación **“INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS POSTERIORES A HISTERECTOMÍA, EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE EL PERIODO 2014-2016”**, certifico que el presente trabajo de titulación; elaborado por los **Sres. Santiago Darío Freire De La A** con C.I. #**0923333769** Y **Santiago Paul López Romero** con C.I.# 0950312439, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de Médico, en la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación

Dr. ARMANDO SALCEDO ARANA
TUTOR



**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL
USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS.**

Nosotros, **Santiago Darío Freire de la A** con C.I 0923333769 y **Santiago Paul López Romero** con C.I 0950312439, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS POSTERIORES A HISTERECTOMÍA, EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE EL PERIODO 2014-2016”** son de nuestra absoluta propiedad y responsabilidad y SEGÚN el Art 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines académicos, a favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

FREIRE DE LA A SANTIAGO
C.I. 0923333769

LOPEZ ROMERO SANTIAGO
C.I. 0950312439

CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos
--

FACULTAD CIENCIAS MEDICAS ESCUELA/CARRERA MEDICINA UNIDAD DE TITULACION

Habiendo sido nombrado **ARMANDO SALCEDO ARANA**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por SANTIAGO DARIO FREIRE DE LA A, C.C.: 0923333769 Y SANTIAGO PAUL LOPEZ ROMERO CON C.C. 0950312439, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICINA.

Se informa que el trabajo de titulación: "INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POSTERIORES A HISTERECTOMIA, EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONAFO CARBODURANTE EL PERIODO 2014-2016", han sido orientados durante todo el periodo de ejecución en el programa anti plagio (URKUND) quedando el 0% de coincidencia.



Link: <https://secure.urkund.com/view/37703268-892312-133914#q1bKLVayio7VUSrOTM/LTMtMTsxLTIWYmQgFAA==>

ARMANDO SALCEDO ARANA

C.I. 0905226361



**FACULTAD CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA/CARRERA MEDICINA
UNIDAD DE TITULACION**

SR. DR.
DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envió a Ud. El informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **“INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS POSTERIORES A HISTERECTOMÍA, EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE EL PERIODO 2014-2016”** de los estudiantes **Santiago Darío Freire de la A** y **Santiago Paul López Romero**, indicando han cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente en el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, CERTIFICO, para los fines pertinentes, que los estudiantes están aptos para continuar con el proceso de revisión final.

ARMANDO SALCEDO ARANA

C.I. 0905226361

DEDICATORIA

La siguiente investigación, requisito para la obtención del título de médico representa el último esfuerzo de esta hermosa carrera. Carrera en la cual siempre he estado acompañado, para todas aquellas personas que de alguna u otra forma estuvieron acompañándome en este largo suceder va dedicado el presente trabajo.

A mis padres Nelson y María principales artífices de este pequeño logro, quienes durante 7 años han compartido conmigo tanto buenos y malos momentos durante el transcurso de la carrera. Gracias por ser mi guía y mi fortaleza en los momentos más difíciles.

Al resto de mi familia quienes siempre estuvieron prestos para darme su apoyo cuando así lo he requerido.

A mí querida enamorada Martha, pilar fundamental en mi vida, apoyo emocional y compañera de estudio.

A mis camaradas y compañeros de lucha, por enseñarme que el conocimiento científico sin conciencia social es estéril.

A mis queridos compañeros de internado, especialmente Alba y Francisco, por haber sido mi apoyo más cercano durante todo un año, sin duda alguna han marcado mi corazón y permanecerán por siempre en mis pensamientos.

A todos mis amigos, y compañeros quienes han compartido a mi lado en cada uno de los pasos que ha sido este largo trayecto.

Santiago Freire

El presente trabajo de titulación el cual fue realizado con mucho esfuerzo y paciencia, quisiera dedicárselo en primera instancia a mis padres que ya sea directa o indirectamente me apoyaron para concluir mis estudios; también quiero dar especial mención a mi abuelo materno que gracias a sus consejos y sabiduría pude llegar donde me encuentro hoy.

Santiago López

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios, por absolutamente todas las bendiciones a lo largo de la vida.

Al Dr. Armando Salcedo y a la Dra. Giovanna Albán, respectivamente Tutor y Revisora de la presente investigación por sus consejos para la correcta elaboración de la misma.

Al personal de investigación y docencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo por su apoyo en la recolección de los datos estadísticos para la elaboración de esta investigación

Santiago Freire

De forma general quiero agradecer a todos aquellos que durante estos 7 años de carrera he llamado amigos, agradezco a ellos por estar siempre ahí y por motivarme a ser mejor cada día.

Santiago López

RESUMEN

INTRODUCCION: La histerectomía es el segundo procedimiento quirúrgico gineco-obstétrico más común. No está exento de tener complicaciones, que perjudican la recuperación del paciente, y aumentan los costos para el sistema de salud. Entre las complicaciones, una de las más destacadas son las complicaciones infecciosas, las cuales pueden ser localizadas o sistémicas.

OBJETIVOS: El objetivo general es catalogar la incidencia general de las complicaciones de tipo infecciosas locales, en pacientes del servicio Materno-Infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo quienes han sido sometidas a Histerectomía. Los objetivos específicos son: determinar la incidencia de las principales complicaciones infecciosas derivadas de la histerectomía, determinar el tipo de abordaje quirúrgico que presenta mayor incidencia de complicaciones infecciosas posteriores a histerectomía e identificar los factores de riesgo que conllevan al aumento de la incidencia de complicaciones infecciosas posteriores a la histerectomía.

METODOS: Se tomó una muestra de 350 pacientes, de un universo de 600. Se evaluó las historias clínicas de los pacientes contenidas en el sistema informático del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, se realizó la tabulación de resultados con programas informáticos.

RESULTADOS: De los 350 pacientes, el 59.14% fueron sometidas a histerectomía por vía vaginal y el 40.86% por vía abdominal. El 15,71% del universo presentaron complicaciones. La miomatosis uterina representó el 50.90% de los diagnósticos pre quirúrgico de la muestra en estudio.

CONCLUSIONES: La incidencia de complicaciones en la presente investigación, se mantiene acorde a la incidencia descrita en la literatura consultada.

Palabras clave: Histerectomía, Complicaciones infecciosas, Postquirúrgico, Ginecología

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hysterectomy is the second most common gynecologic-obstetric surgical procedure. It is not without complications, which harms the recovery of the patient, and increases the costs for the health system. Among the complications, one of the most outstanding due to infectious complications, which can be localized or systemic.

OBJECTIVES: The general objective is to catalog the general incidence of local infectious complications in patients of the Maternal-Infant department of Hospital Teodoro Maldonado Carbo Hospital who have undergone a Hysterectomy. The specific objectives are: to determine the incidence of the main infectious complications derived from hysterectomy, to determine the type of surgical approach that presents a higher incidence of infectious complications after hysterectomy and to identify the risk factors that lead to an increase in the incidence of infectious complications after the hysterectomy.

METHODS: A sample of 350 patients was taken from a universe of 600. The clinical records of the patients contained in the computer system of the Teodoro Maldonado Carbo Hospital were evaluated; the tabulation of results with computer programs was performed.

RESULTS: Of the 350 patients, 59.14% underwent hysterectomy through the vagina and 40.86% through the abdominal route. The 15.71% of the universe presented complications. The uterine myomatosis represented 50.90% of the pre-surgical diagnoses of the sample under study.

CONCLUSIONS: The incidence of complications in this investigation is maintained according to the incidence described in the literature.

Keywords: Hysterectomy, Infectious complications, Post-surgical, Gynecology

INDICE

PORTADA.....	I
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE TESIS.....	II
FICHA DE INSCRIPCIÓN A SENESCYT.....	III
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE REVISOR.....	IV
DECLARACIÓN DE AUTORIA.....	V
CERTIFICADO DE PORCENTAJE DE SIMILITUD.....	VI
CERTIFICADO DE TUTOR.....	VII
DEDICATORIA.....	VIII
AGRADECIMIENTO.....	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT.....	XI
INDICE GENERAL.....	XII
INDICE DE CUADROS.....	XIV
INDICE DE GRAFICOS.....	XV
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I EL PROBLEMA.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
FORMULACION DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVOS.....	4
JUSTIFICACION.....	4
DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	5
VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	5
HIPOTESIS.....	6
CAPITULO II MARCO TEORICO.....	7
OBJETO DE ESTUDIO (HISTERECTOMIA).....	7

TIPO DE ABORDAJE.....	7
ANTECEDENTES E HISTORIA.....	9
EPIDEMIOLOGIA.....	10
INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA.....	12
CAMPO DE INVESTIGACIÓN.....	17
COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA GINECOLOGICA.....	17
COMPLICACIONES INFECCIOSAS.....	19
MARCO LEGAL.....	23
CAPITULO III MARCO METODOLOGICO.....	24
METODOLOGIA.....	24
CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	24
UNIVERSO Y MUESTRA.....	24
VIABILIDAD.....	25
DEFINICION DE VARIABLES DE INVESTIGACION.....	26
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	26
RECURSOS HUMANOS Y FISICOS.....	26
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DATA.....	27
METODOLOGIA PARA EL ANALISIS DE RESULTADOS.....	27
CONSIDERACIONES BIOETICAS.....	27
CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	28
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN.....	38
CAPITULO V CONCLUSIONES.....	39
CAPITULO VI RECOMENDACIONES.....	40
BIBLIOGRAFIA.....	41
ANEXOS.....	43

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1: INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS POSTERIORES A HISTERECTOMIA.....	28
CUADRO 2 TIPO DE COMPLICACIÓN INFECCIOSA PRESENTADAS POR PACIENTES EN EL ESTUDIO.....	29
CUADRO 3 TIPO DE ABORDAJE QUIRURGICO UTILIZADO Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS.....	30
CUADRO 4 RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y LA EDAD.....	31
CUADRO 5 RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y PRESENCIA DE DIABETES MELLITUS.....	32
CUADRO 6 RELACION ENTRE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	33
CUADRO 7 RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y TABAQUISMO.....	34
CUADRO 8 RELACION ENTRE COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y PROFILAXIS ANTIBIOTICA.....	35
CUADRO 9 RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y EL DIAGNOSTICO PRE- OPERATORIO.....	36

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO 1: INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS POSTERIORES A HISTERECTOMIA.....	28
GRÁFICO 2 TIPO DE COMPLICACIÓN INFECCIOSA PRESENTADAS POR PACIENTES EN EL ESTUDIO.....	29
GRÁFICO 3 TIPO DE ABORDAJE QUIRURGICO UTILIZADO Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS.....	30
GRÁFICO 4 RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y LA EDAD.....	31
GRÁFICO 5 RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y PRESENCIA DE DIABETES MELLITUS.....	32
GRÁFICO 6 RELACION ENTRE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	33
GRÁFICO 7 RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y TABAQUISMO.....	34
GRÁFICO 8 RELACION ENTRE COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y PROFILAXIS ANTIBIOTICA.....	35
GRÁFICO 9 RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y EL DIAGNOSTICO PRE- OPERATORIO.....	36

INTRODUCCION

Dentro del área gineco-obstétrica, las histerectomías que consisten en la extirpación de la matriz o útero, son uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes, estas solo son superadas por las cesáreas. Su alta frecuencia puede ser explicada debida a la gran cantidad de indicaciones que posee: miomas uterinos, sangrado uterino, endometriosis, prolapso genital, atonía obstétrica, enfermedad inflamatoria pélvica, ruptura uterina, y neoplasias.

Dependiendo de la indicación por la cual se realizará la histerectomía, existen distintas vías por las cuales puede realizarse el abordaje quirúrgico: vía vaginal o vía abdominal, además de la vía laparoscópica.

Como toda cirugía, estas no están exentas de complicaciones peri y post operatorias, entre las complicaciones derivadas de la histerectomía se pueden mencionar desde complicaciones de tipo local hasta complicaciones de tipo sistémica, entre ellas encontramos hemorragias postquirúrgicas, lesiones vasculares, lesiones a órganos adyacentes, complicaciones de coagulación, lesiones nerviosas y una de las importantes son sin duda las complicaciones de tipo infecciosas.

A través de los años, la histerectomía ha ido evolucionando, se han ido adoptando medidas para evitar las complicaciones, y disminuir la morbilidad y la mortalidad asociada al procedimiento quirúrgico. De esta forma un procedimiento que antiguamente tenía altas tasas de mortalidad, en los actuales momentos estas han disminuido.

Las complicaciones de tipo infecciosas, motivo del presente estudio, destacan principalmente debido a su alta frecuencia en relación a las complicaciones.

Todas las complicaciones postquirúrgicas perjudican el proceso de recuperación del paciente, lo que evita que el paciente alcance el estado de salud tal como la OMS lo define como estado de completo bienestar; además, que también perjudica al sistema de salud, aumentando costos debido a la necesidad de mayores recursos hospitalarios.

En todo lo antes mencionado recae la importancia del presente estudio, con los objetivos de conocer cuál es la incidencia de complicaciones infecciosas posteriores a la histerectomía; además de evaluar qué tipo de factores intervienen en mayor o menor medida en el número de casos de complicaciones, ya sean el tipo de abordaje quirúrgico, la edad de la paciente, el uso o no de profilaxis antibacteriana, la presencia de comorbilidades en el paciente, el tipo de diagnóstico previo de la paciente.

Es por eso que se realizó el estudio con los objetivos antes señalados en el hospital Teodoro Maldonado Carbo recolectando información de las historias clínicas de los años 2014 a 2016 acerca de las pacientes que fueron sometidas al procedimiento quirúrgico en cuestión.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de las cirugías gineco-obstetricas, la Histerectomía es una de las principales cirugías a nivel mundial en cuanto a incidencia, siendo solo superada por la incidencia de cesáreas. Lo anterior mencionado es debido a que la histerectomía es considerada como tratamiento quirúrgico tanto para patologías benignas como para patologías malignas; entre las que encontramos desde leiomiomas, alteraciones del ciclo menstrual, displasias y neoplasias cervicales, hiperplasia y/o pólipos endometriales, adenomiosis, dismenorrea y dolor pélvico crónico, prolapso uterino, alteraciones de los anexos uterinos, y cáncer.

Como toda cirugía, la histerectomía no se encuentra exenta de complicaciones, de las cuales las más comunes son las complicaciones de tipo infecciosa; las infecciones pueden presentarse tanto de forma local (celulitis de cúpula vaginal, hematoma infectado o absceso, o infección de la herida) como a distancia (infección de vías urinarias, infecciones respiratorias o incluso sepsis).

Considerando lo aquí expuesto, creemos importante catalogar la incidencia de algunas de las complicaciones de tipo infecciosas más comunes en el medio, el Hematoma infeccioso de cúpula vaginal o absceso de cúpula vaginal, debido a que es considerado una de los principales motivos de reingreso hospitalario en pacientes histerectomizadas.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Con que frecuencia se producen complicaciones de tipo infecciosas, posteriores a la realización de la histerectomía en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo?

1.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Catalogar la incidencia general de las complicaciones de tipo infecciosas locales, en pacientes del servicio Materno-Infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo quienes han sido sometidas a Histerectomía.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la incidencia de las principales complicaciones infecciosas derivadas de la histerectomía.
2. Determinar el tipo de abordaje quirúrgico que presenta mayor incidencia de complicaciones infecciosas posteriores a histerectomía.
3. Identificar los factores de riesgo que conllevan al aumento de la incidencia de complicaciones infecciosas posteriores a la histerectomía.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Tanto el hematoma como el absceso de cúpula vaginal, son de los principales complicaciones posteriores a la realización de la histerectomía, produciendo dificultades tanto a las pacientes en su proceso de recuperación, como al sistema de salud, por cuanto son muy comunes los reingresos hospitalarios, e incluso en varias ocasiones es necesaria la realización de una nueva intervención quirúrgica.

Actualmente los datos estadísticos sobre la real incidencia de las complicaciones infecciosas derivadas de la histerectomía son escasos en nuestro medio, el objetivo de la investigación es obtener los datos con el fin de dotar una visión integral acerca de la importancia de las complicaciones infecciosas post histerectomía y como estas influyen en la paciente.

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Medicina

Área: Gineco.obstetricia

Aspecto: Complicaciones infecciosas derivadas de la histerectomía

Tema: Incidencia de complicaciones infecciosas posterior a histerectomía, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2014-2016

1.6 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

Variable Dependiente:

Complicaciones Infecciosas Post Histerectomía

Variables Independientes:

Tipos de Abordaje Quirúrgico

Variables Intercurrentes

Edad.

Comorbilidades.

Tabaquismo.

Variables	Definición	Indicadores	Escala Valorativa	Fuente
VARIABLE DEPENDIENTE				
Complicaciones Infecciosas post Histerectomía	Signos y síntomas clínicos de infección secundarias a histerectomía.	Celulitis, absceso o hematoma de cúpula vaginal; Infección o celulitis de Herida; Infecciones urinarias; Sepsis.	Positiva Negativa	Historia clínica
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Tipos de abordaje quirúrgico	Técnica quirúrgica escogida para el abordaje.	Acceso Vaginal Acceso Abdominal	Acceso Vaginal. Acceso Abdominal.	Historia clínica

VARIABLES INTERCURRENTES				
Edad	Tiempo en años contados desde nacimiento	Años de vida	15-30 años 30-45 años 45-60 años Más de 60	Historia clínica
Comorbilidades	Presencia de enfermedades durante el mismo periodo de tiempo	Presencia de Diabetes Mellitus. Presencia de Hipertensión Arterial. Presencia de Cáncer	Positiva Negativa	Historia Clínica
Hábito Tabáquico	Consumo de sustancias derivadas del tabaco	Consumo de cigarrillos Uso de cigarrillos electrónicos. Uso de sustitutos de nicotina	Positivo Negativo	Historia Clínica

1.7 HIPOTESIS

Las tasas de incidencia de complicaciones infecciosas secundarias a histerectomía en nuestro hospital se encuentran por debajo de las tasas medias de incidencia descritas en la literatura.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. OBJETO DE ESTUDIO

HISTERECTOMÍA

La histerectomía, es considerada según la información recogida de varios textos como el segundo procedimiento quirúrgico más común en gineco-obstetricia, solo superada por la cesárea. (Williams, Te Linde). Las estadísticas de países como Estados Unidos indican que cada año se realizan aproximadamente 600.000 histerectomías, manteniendo una tasa entre 6,1 y 8,6 por cada 1000 mujeres sin tomar en cuenta la edad (1).

Justamente debido a la alta frecuencia con la cual se realiza el procedimiento, es que radica la importancia de conocer las tasas de complicaciones, entre ellas las de tipo infecciosas, las cuales perjudican la recuperación y la calidad de vida del paciente además de aumentar los costos derivados del procedimiento para los sistemas de salud tanto públicos como privados.

2.1.1. TIPOS DE ABORDAJE:

El desarrollo del procedimiento quirúrgico, que consiste en la extirpación del útero, posee varias vías de abordaje, las cuales pueden ser: Abdominal, Vaginal, o Laparoscópica. Cada una de las vías de abordaje varía en cuanto a la frecuencia y tipo de complicaciones que presentan.

El tipo de abordaje utilizado depende de varios factores, entre ellos del tipo de indicación, del tamaño y forma del útero, complicaciones en anexos, de la presencia o no de malignidad, o en menor medida de los costos. (2-3)

El abordaje por vía abdominal: es el acceso de elección para aquellos casos donde encontremos un útero de gran tamaño o de textura fibrosa además de aquellos casos de malignidad o de alteraciones anexiales.

Esta vía de acceso, es la que nos permite la mayor visualización y posibilidad de manipulación de los órganos del compartimiento pélvico, debido a ello es la

vía óptima en aquellas pacientes en las cuales se realizará de forma simultánea ooforectomías, o procedimientos en el aparato urinario.

En comparación al acceso por vía vaginal, la vía abdominal demanda menos tiempo quirúrgico; y además otra ventaja es que no necesita de equipos avanzados y presenta costos menores en comparación a la vía de abordaje laparoscópica.

Sin embargo entre las desventajas, esta vía de acceso ha sido relacionada con recuperaciones más lentas de las pacientes, con estancias hospitalarias más largas, con dolor en sitio quirúrgico más intenso, y con mayor riesgo de infección generalizada y de herida quirúrgica. (2-3)

El abordaje por vía vaginal, por otro lado se preferirá en aquellos casos donde se encuentra un útero pequeño, sin enfermedades anexas, sin signos de malignidad; además, de ser también la vía de elección para aquellas pacientes que presentan prolapso de órganos genitales.

Entre las ventajas principales de este tipo de acceso, encontramos menor tiempo de recuperación y de estancia hospitalaria. La vía de acceso vaginal es más propensa al riesgo de hemorragias postquirúrgicas y de lesiones vesicales en relación al abordaje abdominal. (2-3)

El abordaje laparoscópico: también será utilizado en pacientes con útero y órganos anexas pequeños, y con prolapso de órganos genitales significativamente menor. Este tipo de abordaje cuenta con la ventaja de presentar tiempos similares al abordaje por vía vaginal en cuanto a recuperación de la paciente y estancia hospitalaria, sumado a la posibilidad de visión y acceso de las cavidades pélvicas y abdominales. Sus principales desventajas radican en el aumento de los costos, que demanda mayor tiempo transoperatorio, además de ser necesario equipos especializados y personal entrenado en las técnicas laparoscópicas. La vía laparoscópica está relacionada con un mayor número de casos de lesiones en uréteres en relación a los otros tipos de acceso. (2-3)

Un análisis retrospectivo de una gran cantidad de casos (2563), realizado por Johns y colegas, mostró que las tasas de complicaciones fueron más elevadas

en la vía de abordaje abdominal (9,1%), en relación a los accesos por vía vaginal (3,2%) y laparoscópica (2%). (4)

2.1.2 ANTECEDENTES E HISTORIA.

Los antecedentes de la histerectomía, datan desde muchos siglos atrás, los datos y reportes de la histerectomía vaginal aparecen mucho antes que los reportes de histerectomías abdominales; los primeros procedimientos de los que se tiene registro son atribuidos a Themison de Atenas en el año 50 AC y posterior a él Sorano de Efeso, procedente de Alejandría, en el año 120 A.C, el cual procedió a extirpar un útero prolapsado gangrenoso por vía vaginal, no existen registros acerca del éxito del procedimiento ni del estado posterior de la paciente (4-5).

Las primeras histerectomía vaginales auténticas fueron realizadas algunos siglos después, por Berengaria de Carpi en 1507, Anderas da Crusce en 1560, y Valkaner en 1675; ninguna de ellos tuvo buenos resultados. (4) El primer procedimiento del cual se tuvo datos de éxito ocurrió en el año 1670, se trató de una extirpación de un útero prolapsado, realizada por la propia paciente, quien sobrevivió varios años, posterior al suceso. (4-5). Otros pioneros que realizaron el procedimiento de histerectomía vaginal fueron Langebecke en el año 1813, en Alemania; posterior a él en París Recamier en 1829 realizó una histerectomía vaginal tomando en cuenta los conocimientos anatómicos, y es en el año 1881 que Fenger describe la Histerectomia Vaginal de técnicas modernas. (6).

Durante toda la historia, la mortalidad derivada del procedimiento siempre fue alta, ubicándose en el 90% durante el siglo XVIII, y es posterior al uso de anestesia, mejora en el instrumental, y en el conocimiento sobre normas de antisepsia que la mortalidad disminuye, a 15 % a finales del siglo XIX y a 2,5% a inicios del Siglo XX. (4)

Por otra parte, de la histerectomía abdominal los primeros datos que se tienen son del año 1834, un procedimiento realizado por Charles Massay, posterior a él John Bellinger en 1846; en ambos casos las pacientes murieron algunos días después del procedimiento, en el segundo caso debido a sepsis derivada de la histerectomía. (4)

Al igual que su contraparte, la histerectomía abdominal presentaba altas tasas de mortalidad de 70-90 %, a finales del siglo XIX. Las tasas solo disminuyeron posterior al desarrollo de la anestesia, técnicas de antisepsia y el uso de instrumental quirúrgico. (4)

Hasta ese momento la técnica de histerectomía abdominal más usada era la histerectomía supra cervical, es solo posterior al desarrollo de antibióticos, de transfusiones sanguíneas, y del conocimiento del desarrollo del cáncer de cérvix; que la histerectomía supra cervical se ve superada por la histerectomía total (4).

En cuanto a la histerectomía laparoscópica, si bien hay antecedentes antiguos sobre el uso de especuloscopia en los primeros siglos de nuestra era, quien es considerado como un pionero del procedimiento fue Raoul Palmer de Francia en el año 1940; los avances tecnológicos hicieron popular el procedimiento, tales como el desarrollo de fuentes de luz fría y fibra óptica en 1950 o el desarrollo de la video laparoscopia y el uso de monitores en 1980 (4).

2.1.3 EPIDEMIOLOGIA

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos gineco-obstétricos más frecuentes, según diversos artículos, la frecuencia del procedimiento se estima en 600.000 casos anualmente en los Estados Unidos. (1) Se estima que en los Estados Unidos, más de 20 millones de pacientes han tenido una histerectomía, de esa cantidad de pacientes, se considera que más de un tercio son mayores de 60 años. (7).

De esos 600.000 casos anuales, la gran mayoría, el 92% de las histerectomías, son por indicación benigna. (8) Entre los tipos de técnicas, en los últimos años la histerectomía laparoscopia ha tenido un repunte en cuanto a uso, representando el 14% de los procedimientos, mientras tanto la histerectomía vaginal representa el 64%, y la histerectomía abdominal representa el 22% restante (9).

La mortalidad derivada de histerectomía en los tiempos actuales es relativamente baja si la comparamos con todo el antecedente histórico, ubicándose en valores inferiores al 1%; incluso según datos recogidos en estudio por Magrina JF, la mortalidad posterior a histerectomía fue de 0,2%, y si solo se contabilizaran los casos benignos, es decir excluyendo cánceres, la mortalidad bajaría a 0,1%. (10)

Las tasas de complicaciones derivadas de la histerectomía fluctúan entre 0,2 al 26% de los casos (1-10). Entre ellas las que más destacan en frecuencia son las complicaciones de corte infeccioso, que ocurren en 10,5% de los casos según los datos recogidos por Hollman. (8)

Según otro estudio que compara las complicaciones infecciosas tomando en cuenta el tipo de abordaje del procedimiento, encontramos que ocurren complicaciones de este tipo en el 15,3% en la histerectomía vaginal, mientras que ocurren en el 32% en la histerectomía abdominal. Las complicaciones infecciosas que destacan son las infecciones de vías urinarias que aparecen en 3,4% de las histerectomías vaginales y 2,1% en las abdominales; infección de cúpula vaginal 2% en las vaginales y 3% en las abdominales; e infecciones del aparato respiratorio en 0,9% de procedimientos vaginales y 0,4% en los procedimientos abdominales. (11)

Otros datos estadísticos demuestran que el uso de profilaxis antibiótica disminuye la incidencia de complicaciones infecciosos entre 12% a 32% comparados con aquellos pacientes que no han recibido profilaxis en el contexto de las cirugías ginecológicas (12).

2.1.4 INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA

Si bien es cierto que la histerectomía es una de las cirugías ginecológicas más realizada en las últimas décadas, al hablar de indicaciones para dicha cirugía podemos hablar de varias patologías tanto benignas como malignas así como indicaciones obstétricas, pero que por sí solas especialmente las llamadas patologías benignas no son indicaciones absolutas para la realización de una histerectomía. Muchas veces la decisión de si realizar la cirugía o no depende de varios factores que pueden llevar incluso a un debate, uno de ellos es la interpretación subjetiva de los síntomas por parte de la paciente estudiada y de su médico especialista. (2-3)

Antes de realizar una histerectomía se debe hacer un análisis exhaustivo de la patología de base que tiene la paciente, para poder decidir que técnica y vía es la más apropiada a emplear; considerando la tasa de complicaciones y de recuperación postoperatoria. A continuación se analizan las causas más frecuentes por las cuales una paciente ha sido sometida a una histerectomía independientemente de la vía utilizada:

Miomas Uterinos

Los miomas uterinos o también llamados fibromas uterinos son los tumores benignos más comunes que aparecen en la mujer en edad fértil ya que estos tumores son estrógeno dependiente, los miomas afectan el musculo liso del útero y según su localización pueden ser intramurales, submucosos o subserosos. Debido a que los miomas son hormono dependientes se ha visto en varias ocasiones un aumento de la regresión después de la menopausia, la conducta en estas pacientes consiste en buscar tratamientos menos invasivos y que se pueda manejar durante el periodo de transición.

Independientemente de su origen benigno, los miomas uterinos son una de las causas más comunes de **histerectomía**, esta decisión depende de varios factores como el tamaño, el número y la localización de los miomas, asociado a un aumento en la intensidad y el número de los sangrados menstruales en las mujeres en edad fértil y que muchas veces este es el motivo por el cual acuden a la consulta ginecológica, así como también y muy importante

mencionar el dolor que estos tumores podrían llegar a ocasionar, algunas pacientes también suelen referir dispareunia, y en raras ocasiones alguna sintomatología genitourinaria. (2-3)

Para el diagnóstico de los miomas es necesario realizar una ecografía, mediante la cual es posible valorar el número, tamaño de los mismo y decidir la conducta a seguir. La histerectomía abdominal es la técnica de elección para las pacientes que tengan útero con múltiples miomas y que sean de gran tamaño. Pero también existe la posibilidad de que la estructura anatómica del útero no se encuentre tan alterada y se podría considerar realizar la histerectomía por vía vaginal pero esto depende mucho de la destreza y experiencia del cirujano. (2)

Sangrado Uterino Disfuncional

El sangrado uterino disfuncional hace referencia a un sangrado anómalo sin una causa anatómica aparente de base, y que muchas veces termina en histerectomía, por otro lado también se encuentra en sangrado uterino anovulatorio que ha sido asociado con el síndrome de ovario poli quístico, que si bien tiene un manejo inicial con farmacoterapia, los casos en los cuales no se tenga respuesta favorable a estos medicamentos deben ser considerados y analizados para la realización de histerectomía como decisión final considerando aspectos de paridad satisfecha o no de la paciente. (2)

Endometriosis

La endometriosis es una patología cuyo tratamiento se basa en medidas conservadoras y sintomáticas, ya que por sí sola no tiene cura. Existe un gran número de pacientes que pueden manejar esta enfermedad con la respectiva medicación, pero así mismo existen un gran número de pacientes en las cuales no hay una respuesta favorable al tratamiento y es en este grupo de pacientes donde interviene la histerectomía, ya sea abdominal, vaginal o laparoscópica. La elección del abordaje depende mucho de la edad de la paciente así como

las comorbilidades presentes y sobre todo la paridad o deseos de fecundidad de la mujer. (2)

Neoplasia Cervical Intraepitelial

Actualmente con la implementación de tratamiento locales como la ablación con láser o la conización del cérvix uterino la histerectomía ha dejado de ser la primera elección en el tratamiento de la neoplasia cervical Intraepitelial; sin embargo existen un grupo de pacientes en las cuales existe la posibilidad que después de haberse realizado una conización o ablación por láser presenten displasias recurrentes y que sean de alto grado, en este caso está justificado que se considere a la histerectomía como tratamiento. Pero con la desventaja de que puede aumentar el riesgo de desarrollar neoplasia vaginal Intraepitelial. (2)

Prolapso Genital

El prolapso genital es otra de las causas más comunes por la cual una mujer puede ser sometida a una histerectomía, debido principalmente a la disminución en la calidad de vida referida por las mujeres, siendo la histerectomía vaginal la primera elección considerada en este tipo de pacientes. Existen varios factores de riesgo asociados al desarrollo de prolapso genital pero que todos ellos ocasionan una debilidad del piso pélvico así como elongación de las fibras musculares del mismo con la consecuente pérdida de sostén de los principales órganos pélvicos.

Entre las principales y más importantes situaciones de riesgo para desarrollar prolapso genital se encuentra el hecho de haber tenido múltiples embarazos y partos por vía vaginal debido a que una complicación a largo plazo es la debilidad muscular del piso pélvico, especialmente si el producto fue macrosómico o fue un trabajo de parto prolongado. Otra situación de riesgo es la obesidad y la edad avanzado debido a la disminución de los niveles de estrógeno después de la menopausia. Los antecedentes de cirugía pélvica

previa ya sea por patología ginecología o no también ha sido asociado al desarrollo de prolapso genital.

El prolapso uterino es una situación clínica que por lo general no se presenta de forma aislada, sino que muchas veces viene acompañado de otras alteraciones anatómicas que comprometen el sostén pélvico. Es por eso que al momento de realizarse la cirugía, se debe revisar y corregir los defectos anatómicos asociados para evitar complicaciones futuras que comprometan la buena evolución de la cirugía o el fracaso de la misma así como la calidad de vida de la paciente. (2)

Enfermedad Inflamatoria Pélvica

La enfermedad inflamatoria pélvica por sí sola no es indicación de histerectomía, ya que puede ser muy bien manejada por antibioticoterapia sin embargo se hace mención de ella porque pueden existir casos en los cuales no haya una respuesta favorable con la antibioticoterapia prescrita o se evidencien abscesos que no puedan ser drenados, asociados a signos de abdomen agudo con peritonitis. En estos casos se puede considerar la realización de una histerectomía como parte del tratamiento quirúrgico de la paciente siempre y cuando se valore los riesgos beneficios de la cirugía y sobre todo el deseo de fecundidad de la paciente. (2)

Histerectomía Obstétrica

La mayoría de las histerectomías que se realizan en el contexto obstétrico son realizadas por complicaciones agudas posteriores al parto o cesárea. Es una decisión que se toma en el momento después de una valoración rápida del estado de la paciente, existen varias causas que nos llevan a la realización de una histerectomía, a continuación se hace mención de cuáles son las causas más frecuentes y cuál es el manejo inicial más apropiado con este tipo de pacientes. (2)

Atonía Uterina

Hace referencia a la pérdida del útero para mantener el tono muscular después del parto y el alumbramiento, en esta etapa normalmente el útero se contrae produciendo vasoconstricción persistente y sostenida disminuyendo así el sangrado, pero en la atonía uterina al estar abolido estos mecanismos el sangrado es abundante y profuso convirtiéndose así en una urgencia obstétrica que muchas veces termina con la realización de una histerectomía.

Se han mencionado varios factores de riesgos asociados con un sangrado excesivo pos parto a causa de atonía uterina.

Entre las causas más comunes está el cansancio uterino como consecuencia de trabajos de parto prolongados, los embarazos múltiples debido a una gran distensión de las paredes uterinas, la placenta previa y el uso excesivo de oxitócicos durante el trabajo de parto, el uso del sulfato de magnesio y la sedación bajo anestesia prolongada también han sido relacionados con atonía uterina. Las coagulopatías son otro grupo de enfermedades que merecen especial mención en este capítulo debido a que pueden ser causa de sangrados posparto fácilmente prevenidas. (2)

Ruptura Uterina

Es la prueba de esfuerzo más grave posterior a un parto o una cesárea, caracterizada por la completa separación del miometrio. Esta es una complicación poco frecuente pero sin embargo ha sido descrita como causa de histerectomía de emergencia. (2)

2.2 CAMPO DE INVESTIGACIÓN

2.2.1 COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA.

Al igual que toda cirugía, los procedimientos quirúrgicos ginecológicos no están exentos de complicaciones durante la intervención o posteriores a ella. Las tasas de complicaciones varían desde el 0,2% al 26%. (10). Algunos autores identifican como factores asociados a un aumento en las tasas de complicaciones a la edad, Índice de Masa Corporal en grados de obesidad, presencia de comorbilidades preexistentes, y cáncer. (10)

Las complicaciones intraoperatorias que podrían producirse incluyen: lesiones del tracto urinario (especialmente uréteres y vejiga), daños en intestino, o lesiones vasculares.

Las lesiones del tracto urinario se producen debido a la cercanía de los vasos que irrigan a útero y anexos con los elementos del tracto urinario. La incidencia de este tipo de lesiones durante las cirugías localizadas en pelvis varía desde 0.33% hasta 4.38%. Siendo las lesiones de vejiga más comunes en relación a las de uréter (13)

Las lesiones intestinales, durante las histerectomías tienen una incidencia muy baja, de aproximadamente el 0.3%, siendo más común que se produzcan durante las cirugías con vía de abordaje abdominal en comparación con las de vía de abordaje vaginal. (13) En las cirugías con abordaje laparoscópico también existe la posibilidad que se presenten lesiones en tubo digestivo durante la inserción de la aguja de Veress o de los trocares, sin embargo su incidencia es mínima.

Las lesiones vasculares pueden llevar a hemorragia e hipovolemia; si no son contenidas de forma inmediata ya sea mediante la ligadura de las arterias sangrantes, o en casos menores bastara con la aplicación de presión o de productos comerciales que favorecen la hemostasia. Además también es importante tener en cuenta las lesiones producidas por procedimientos más

avanzados como son las injurias causadas por los trocares durante la cirugía laparoscópica.

Por otro lado, posterior a la realización del procedimiento quirúrgico, podemos encontrar las siguientes complicaciones: hemorragias posquirúrgicas, íleo u obstrucción intestinal, hernia incisional, dehiscencias y evisceraciones, complicaciones tromboembólicas incluyendo trombo embolismo venoso o trombo embolismo pulmonar, neuropatías, complicaciones cardíacas; y sobre todo las complicaciones infecciosas, elemento central del presente estudio.

Las hemorragias pueden presentarse de forma precoz (generalmente durante las primeras 24 horas posteriores a la intervención) o de forma tardía (generalmente entre 7 o 21 días posteriores a la cirugía). Los principales sitios donde pueden producirse las hemorragias precoces incluyen pared abdominal, cavidad vaginal (más frecuente cuando el abordaje es de tipo vaginal), abdomen, vejiga o en tejidos extra peritoneales (tejido conectivo pélvico). (13)

En ciertos casos las hemorragias pueden presentarse en forma de hematomas los cuales se caracterizan por dolor de tipo local, muy intenso que puede localizarse tanto en pared abdominal como en cúpula vaginal; es muy común la infección concomitante de los hematomas produciendo abscesos; dependiendo del tamaño la actitud puede ser expectante en los casos de hematomas pequeños o drenaje, limpieza y ligadura vascular en los casos más grandes.

Posterior a la intervención quirúrgica también pueden presentarse íleo paralítico y obstrucción intestinal, secundario a la manipulación o el uso de medicamentos anestésicos. Las tasas de incidencia alcanzan el 3% de casos, en pacientes sometidos a cirugía por vía de abordaje abdominal; a diferencia de los casos de abordaje laparoscópico donde las tasas alcanzan el 0.036%. Los síntomas presentados que nos llevarían a sospechar la presencia de íleo o de obstrucción intestinal incluyen náusea, vómito, dolor y distensión abdominal, ausencia de flatulencias. (13)

Las dehiscencias, es decir la separación de los bordes de las incisiones quirúrgicas, son otras de las complicaciones que se pueden presentar en el

postquirúrgico, las tasas de incidencia varían entre el 0% al 3%. Por lo general se relacionan con infecciones del sitio de incisión quirúrgica, además de otros factores que favorecen su desarrollo como índice de masa corporal elevado, presencia de abscesos, hematomas y todo factor que aumente la presión intraabdominal como tos, vomito o íleo.

Debido a la alta innervación de la zona pélvica por plexos lumbosacros, existe el riesgo de daño o injuria de estos durante la cirugía ginecológica, lo cual derivara en neuropatías. En un estudio realizado por Cardosi se encontró tasas de incidencia de 1,9% de pacientes que habían sufrido neuropatías en su posoperatorio.

Las complicaciones tromboembolicas, pueden presentarse en pacientes sometidos a cirugías ginecológicas entre el 7% al 47% si hablamos de Trombosis Venosa Profunda, y de 0.3% si hablamos de Trombo embolismo Pulmonar. La mayor incidencia se presenta en aquellos pacientes con factores de riesgo tales como: obesidad, presencia de malignidad, tabaquismo, comorbilidades como diabetes y edad superior a los 40 años.

2.2.2 COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Las complicaciones de tipo infecciosas, motivo principal de este estudio, son consideradas una de las complicaciones principales en las cirugías gineco-obstetricas.

A pesar que en los últimos años su incidencia ha disminuido gracias a la aplicación de esquemas antibióticos profilácticos adoptados a partir de la década de los 80's; siguen siendo muy frecuentes lo cual genera complicaciones en salud para el paciente durante su recuperación post quirúrgica además de aumentar los costos para el sistema de salud.

Los antibióticos profilácticos más usados actualmente son las Cefalosporinas. Debido a su bajo costo, alto nivel de efectividad y pocos efectos secundarios. Algunos estudios han demostrado que las tasas de complicaciones infecciosas disminuyeron cuando se hacía uso de profilaxis antibiótica del 32% al 6% en

los casos de abordaje vaginal y del 21% al 9% en los casos de abordaje abdominal (8).

Para su estudio podemos dividir a las complicaciones infecciosas en precoces y tardías. Las de tipo precoz se caracterizan por el apareamiento de fiebre dentro de las primeras 24-48 horas posteriores a la cirugía. Las de tipo tardías aparecen por el contrario varios días posteriores a la intervención quirúrgica, en este caso se presentan signos y síntomas más claros que indican la localización de la infección.

INFECCIONES PÉLVICAS: Por lo general son infecciones de tipo tardío, debido a que los síntomas (entre los que destacan fiebre, dolor abdominal y dolor pélvico) suelen aparecer 5 a 10 días posteriores a la intervención quirúrgica. Otros signos que pueden presentarse son secreción purulenta por vía vaginal o a nivel de la incisión quirúrgica, dolor al tacto vaginal. En cuanto a exámenes de laboratorio se puede encontrar una fórmula leucocitaria elevada con desviación a la izquierda. Entre las formas de presentación de infecciones pélvicas encontramos: celulitis pélvica, absceso de cúpula vaginal, abscesos intra-pélvicos. (10)

- Celulitis pélvica: Los síntomas presentados más frecuentemente son el eritema, la induración, la hipersensibilidad al tacto vaginal. Ocasionalmente puede presentarse fiebre y dolor a nivel pélvico; es en este último caso donde será necesario el uso de tratamiento antibiótico. (12)
- Absceso de Cúpula vaginal: El absceso también provocará la aparición de eritema, induración, sensibilidad al tacto vaginal sumándose la presencia de material purulento o serohemático por vía vaginal, y la presencia de una masa pélvica. En este caso para el tratamiento no bastará con antibióticos sino que será necesario el drenaje quirúrgico del absceso. (12)
- Abscesos intra-pélvicos: En este tipo de complicación los síntomas presentados no son tan específicos, uno de los primeros signos en presentarse

será la presencia de fiebre de forma insidiosa, en ocasiones persistente o en otras situaciones de tipo ondulante, que por lo general es de tipo vespertina, y acompañada de sudoración y escalofríos. Uno de los sitios más comunes de ubicación del absceso será el saco de Douglas, el cual puede ser palpado como un abombamiento de dicho fondo de saco. Los patógenos causantes tienen su origen en cavidad vaginal y menor medida también pueden provenir de tubo digestivo, y de los conductos ureterales, la flora bacteriana causante es poli microbiana, incluyendo aerobios y anaerobios. (12)

INFECCIONES DEL SITIO QUIRURGICO. La incidencia encontrada de infecciones en el sitio de la herida quirúrgica va desde el 3% al 8%. Por lo general la mayoría de estas complicaciones evita el cierre de la herida quirúrgica.

- Infección de la herida quirúrgica: Son las complicaciones infecciosas más frecuentes; estas por lo general son de aparición mediata (durante la primera semana del post quirúrgico). Ocurren más en las cirugías de tipo abierta en relación a las de tipo laparoscópica. Es definida como una infección superficial y localizada, caracterizada por eritema, dolor localizado y supuración leve. La flora bacteriana relacionada con este tipo de complicaciones son los *Streptococcus* y los *staphylococcus*. (12)
- Celulitis de pared: También puede aparecer durante la primera semana posterior a la cirugía, sin embargo puede aparecer de forma más tardía hasta 3 semanas después. En estos casos ya hay aparición de síntomas sistémicos como malestar general y fiebre, además de eritema localizado en la herida. (12)
- Absceso de pared: El absceso de pared es considerado como una complicación más severa y parte de la evolución natural de la celulitis. Para el manejo de esta complicación no basta con manejo ambulatorio, es necesario drenaje quirúrgico, y mantener abierta la herida hasta el cierre por segunda intención. (12)

INFECCIONES SISTEMICAS Y A DISTANCIA: Otro tipo de complicaciones infecciosas que se pueden presentar durante el postoperatorio, son aquellas infecciones no localizadas en el sitio propio de la intervención quirúrgica; sino que afectan otros aparatos y sistemas, o bien tienen como característica ser multiorgánicas. (12)

- Infecciones del tracto urinario: Estas infecciones están asociadas al cateterismo vesical que se realiza durante todos los procedimientos, sin importar que el tipo de abordaje sea abdominal, vaginal o endoscópico. Generalmente aparece entre el 4º y el 10º día posteriores a la intervención quirúrgica. El tratamiento es ambulatorio y tiene como pilar principal la antibioticoterapia e hidratación. (12)
- Infecciones respiratorias: Son poco frecuentes, suelen ser habituales en pacientes que presentan complicaciones pulmonares previas como: enfermedad pulmonar crónica. Su génesis puede ser explicada debido a aspiración durante el procedimiento quirúrgico. Entre la microbiota involucrada encontramos a el *Haemophilus sp.* y el *Streptococcus pyogenes* entre los más comunes. Los pilares del tratamiento consisten en antibioticoterapia de amplio espectro, sumado a medidas que faciliten la expectoración. (12)
- Flebitis Periférica: La causa de las infecciones venosas está relacionada con la introducción de catéteres endovenosos, su incidencia puede ser de hasta el 30%. Se caracterizan por ser de aparición rápida, y cursar con dolor, eritema e induración en el área donde ha sido colocado el catéter. Este tipo de infecciones debe ser manejado con medios locales, a menos que existan signos de sepsis, en cuyo caso será necesaria la instauración de tratamiento antibiótico anti estafilocócico. (12)
- Fascitis necrotizante: Definida como afectación de los tejidos subcutáneos y de la fascia de forma rápidamente progresiva, y de

aparición mediata. Los agentes asociados incluyen el *Estreptococo Beta Hemolítico* sumado a otras bacterias Gram positivas y Gram negativas. Está relacionada con comorbilidades entre las que destacan diabetes mellitus, enfermedades de tipo oncológicas, enfermedades de tipo inmunosupresoras, y desnutrición (12)

- Gangrena gaseosa: Es causada por *Clostridium Perfringens*. Es de aparición rápida, pocas horas posteriores a la contaminación. Entre la signo-sintomatología que se presenta, destaca el dolor. Puede presentarse también edema en piel fría y engrosada. Otro signo característico es la crepitación y el olor fétido los cuales pueden estar ausentes al inicio.
- Sepsis: La sepsis es considerada como la respuesta del organismo ante una infección de tipo sistémica. Puede conducir a disfunción orgánica y presentarse como acidosis metabólica, hipoxemia, oliguria, hipotensión, encefalopatía o coagulopatías.

El tratamiento se basa en eliminar la fuente de infección, el uso de antibioticoterapia sistémica, y medidas de soporte orgánico. (12)

2.3 MARCO LEGAL

La constitución del Ecuador manifiesta en su art 32: “*La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir*”.

Tomando en consideración la definición de salud de la OMS como el estado de completo bienestar físico, social y mental, la presencia de complicaciones infecciosas derivadas de un procedimiento quirúrgico atentan contra el estado de bienestar del paciente, por tal motivo buscar los mecanismos para disminuir su incidencia debe ser parte de las labores del estado ecuatoriano

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGICO

3.1 METODOLOGÍA

El presente estudio realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la Ciudad de Guayaquil, se caracteriza por ser:

- a) De enfoque: Cuantitativo.
- b) Diseño de investigación: De tipo no experimental.
- c) Tipo de investigación: De corte transversal descriptivo,
- d) Método de investigación empírico: De tipo observacional
- e) Método de investigación teórico: De tipo comparativo y analítico.

3.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El estudio fue ejecutado en:

Nacional: Ecuador,

Zona: Zona 8

Provincia: Guayas

Cantón: Guayaquil

Local: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

El hospital Teodoro Maldonado Carbo pertenece a la red del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que brinda atención médica a todas las personas de cualquier condición social que se encuentren afiliados al IESS, incluyendo trabajadores públicos y privados, afiliados voluntarios, hijos menores de edad de afiliados, jubilados y afiliados al seguro social campesino. Se encuentra localizado al Sur de la Ciudad de Guayaquil, ciudad más poblada del Ecuador, localizada en la región Costa del mismo.

3.3. UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

El universo en estudio comprende a todas las pacientes, del Área de Ginecología perteneciente al Servicio Materno-Infantil del Hospital Teodoro

Maldonado Carbo que fueron sometidas al procedimiento de Histerectomía y presentaron complicaciones de tipo infecciosas derivadas de la misma; y que cumplan con los criterios de inclusión, durante el periodo de Enero de 2014 a Diciembre de 2016.

Muestra

La muestra está representada por aquellos pacientes que integran el Universo en estudio, Pacientes con complicaciones infecciosas posteriores a la realización de Histerectomía. El tipo de muestreo estadístico es probabilístico y al azar.

Criterios De Inclusión

- Pacientes con Complicaciones infecciosas derivadas de Histerectomía.
- Pacientes con datos completos en historia clínica

Criterios De Exclusión

- Pacientes con complicaciones infecciosas derivadas de otras causas diferentes a Histerectomía.
- Pacientes con datos incompletos en Historia Clínica

3.4 VIABILIDAD

El presente estudio es viable, en primer lugar debido a la importancia de conocer datos estadísticos acerca de las complicaciones infecciosas derivadas de procedimientos Quirúrgicos de tipo Ginecológico, ya que estas complicaciones aumentan la estancia hospitalaria y perjudican la recuperación de las pacientes.

El Hospital donde se realizará el estudio, presenta las facilidades para la realización de este estudio, gracias a que los datos clínicos de los pacientes se encuentran guardados en el sistema informático manejado por la institución.

Cabe mencionar además que durante el presente estudio se cumple con los principios éticos básicos.

3.5 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Variable Dependiente:

Complicaciones Infecciosas Post Histerectomía

Variables Independientes:

Tipos de Abordaje Quirúrgico

Variables Intercurrentes:

Edad.

Comorbilidades.

Tabaquismo.

3.6 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio Retrospectivo, Descriptivo, Analítico.

3.7 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

Recursos humanos:

- Pacientes sometidas a histerectomía.
- Médicos especialistas de área de Ginecología del HTMC
- Personal de estadística de HTMC
- Tutor de Tesis: Dr. Armando Salcedo Arana
- Estudiantes realizadores de tesis: Santiago D. Freire De la A, Santiago P López Romero

Recursos físicos.

- Computadores personales.
- Computadores y sistema informático del HTMC
- Libros y apuntes sobre Ginecología
- Impresora
- Dispositivo de almacenamiento
- Material de Papelería (Hojas, bolígrafos, libretas)

3.8 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA

Los datos fueron recolectados a partir de la revisión exhaustiva de las historias clínicas de las pacientes que cumplen con los criterios de inclusión. Dichos datos se encuentran en el sistema informático, AS400, del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Para realizar una correcta y ordenada recolección de datos se elaboró un instrumento creado en el paquete de Microsoft Office 2007, y hojas estadísticas en Microsoft Office Excel 2007.

3.9 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos obtenidos previamente, fueron analizados y con el uso del programa informático Excel se realizaron cálculos estadísticos.

3.10 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Debido a la naturaleza del presente estudio, fue necesaria la búsqueda de los registros médicos de las pacientes que cumplieron con los criterios de ingreso, sin embargo se tomó todas las precauciones posibles para evitar que los datos obtenidos sean utilizados en cualquier situación ajena a la investigación científica.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1 RESULTADOS

Los datos obtenidos de las historias clínicas del sistema informático del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de estudio (2014-2016) mostraron los siguientes resultados:

- Del total de la muestra estudiada en la presente investigación 350 (100%), se encontró que la incidencia de complicaciones infecciosas fue de 55 equivalentes a 15,71%.
- Las complicaciones que se presentaron fueron: celulitis en el sitio quirúrgico en 20 casos, absceso de pared en 15 casos, infección de vías urinarias en 9 casos (el número total de infecciones de vías urinarias era mayor pero fueron descartados de la contabilización final aquellas pacientes que ya presentaban IVU previas al procedimiento quirúrgico), absceso de cúpula vaginal en 8 casos, y absceso intrapelvico en 3 casos.
- En relación a la vía de abordaje más utilizada y su relación con la incidencia de complicaciones infecciosas; se encontró que el 59.14% de los pacientes fueron sometidos a histerectomía por vía vaginal y el 40.86% a histerectomía abdominal. En cuanto a su relación con las complicaciones infecciosas: el número de casos en el abordaje de tipo vaginal fue de 26, equivalente al 12%, mientras que en el abordaje abdominal fue de 29, equivalente al 20,27%.
- Por último considerando los factores de riesgo asociados se encontró lo siguiente en cuanto a la edad: el 47.27% de las pacientes tiene más de 60 años de edad, lo cual corresponde a un total de 26 pacientes; 29.90% es decir 16 pacientes al grupo comprendido entre los 46 – 60 años de edad y el 23.63% con un total de 13 pacientes al grupo entre 31 - 45 años de edad. No se evidencio complicación alguna en el rango de edad entre 15 – 30 años.
- En lo referente a las comorbilidades presentes, se determinó que el 58.18% del universo presento diabetes mellitus, 74.54 % hipertensión arterial y el 41.81% fumaban. Otro dato estudiado fue la exposición a profilaxis antibiótica observándose que el 85.45% de dicho universo no recibió ningún tratamiento profiláctico.

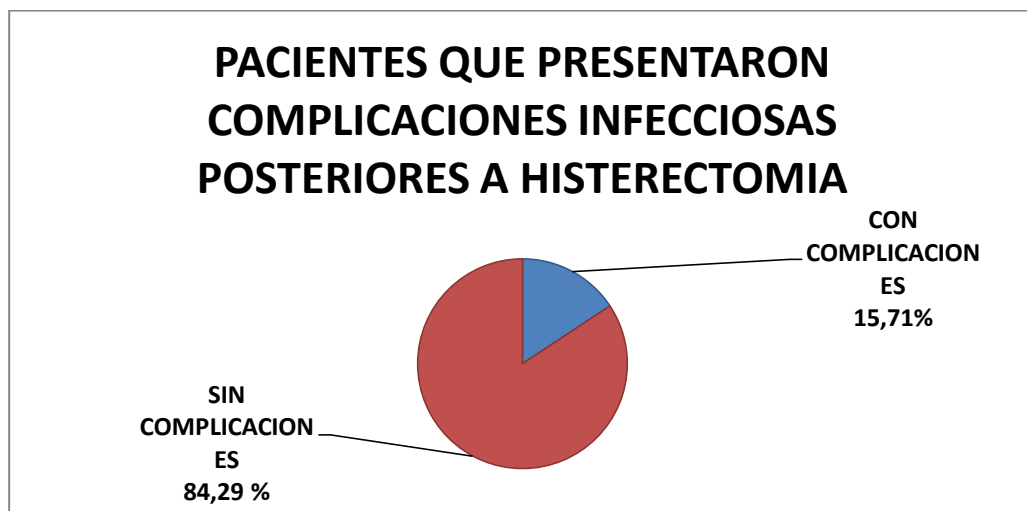
CUADRO 1

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS POSTERIORES A HISTERECTOMIA.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS POSTERIORES A HISTERECTOMIA	
MUESTRA DE PACIENTES SOMETIDOS A HISTERECTOMIA	350 (100%)
PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES	55 (15,71%)

Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A
Fuente: Historias clínicas del HTMC

GRAFICO 1



Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A
Fuente: Historias clínicas del HTMC

CUADRO 2

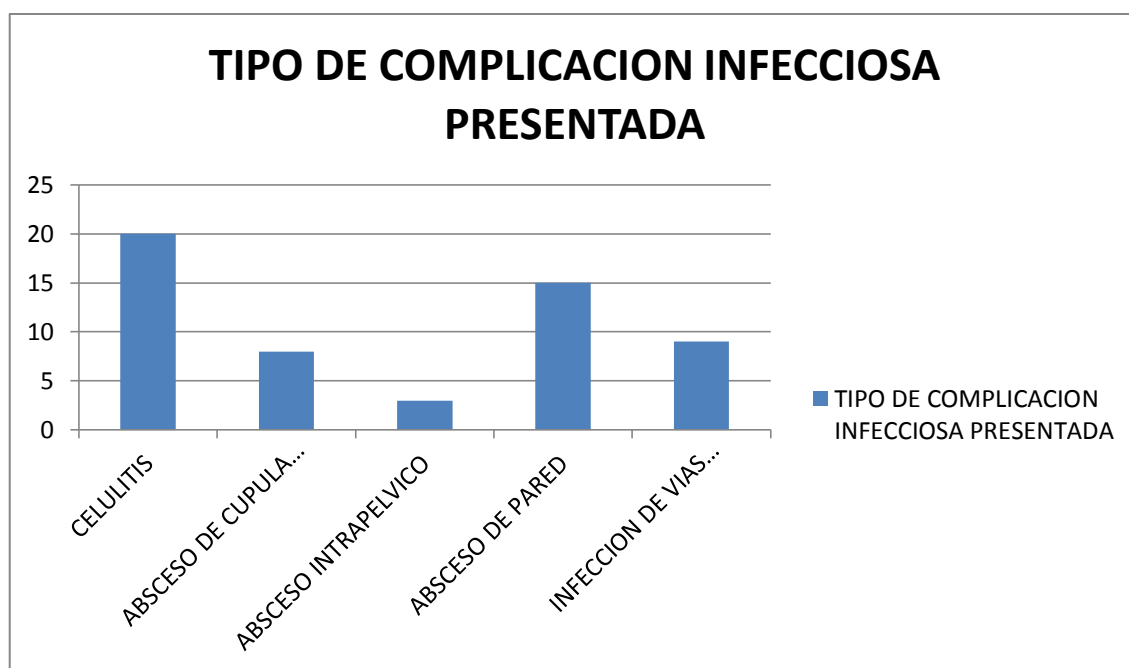
TIPO DE COMPLICACIÓN INFECCIOSA PRESENTADAS POR PACIENTES EN EL ESTUDIO.

TIPO DE COMPLICACIÓN INFECCIOSA PRESENTADAS POR PACIENTES EN EL ESTUDIO	
CELULITIS EN SITIO QUIRURGICO	20
ABSCESO DE CUPULA VAGINAL	8
ABSCESO INTRAPELVICO	3
ABSCESO DE PARED	15
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	9
TOTAL	55

Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

GRAFICO 2



Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

CUADRO 3

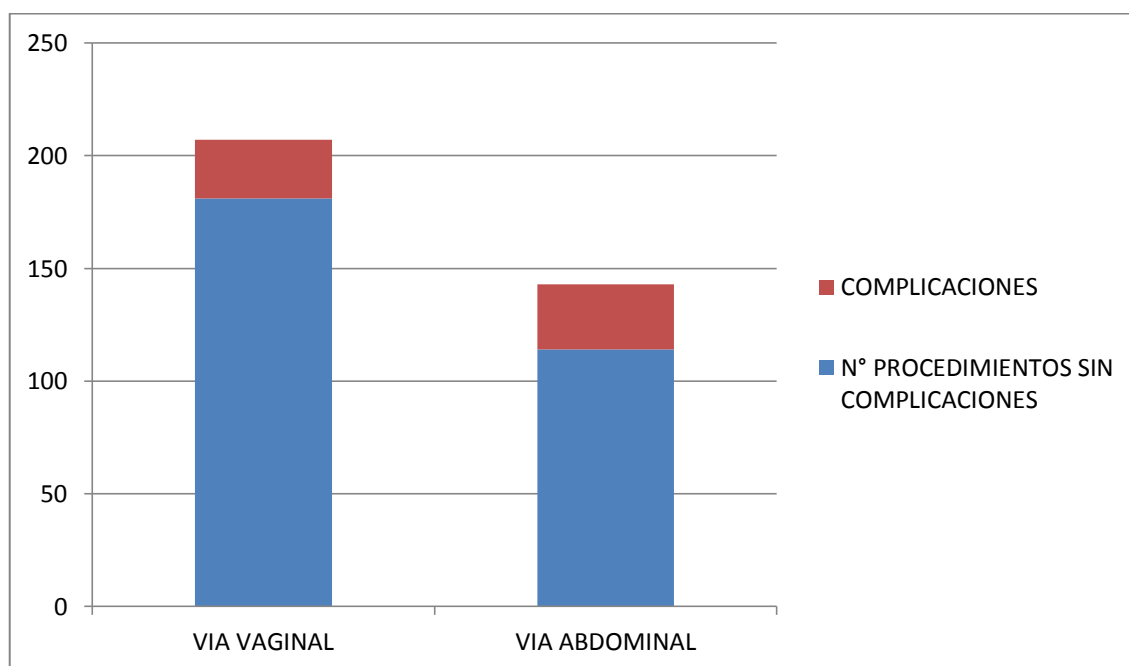
TIPO DE ABORDAJE QUIRURGICO UTILIZADO Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS.

TIPO DE ABORDAJE QUIRURGICO UTILIZADO Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS.		
TIPO DE ABORDAJE	Número de procedimientos	número de procedimientos que presentaron complicaciones
VIA VAGINAL	207	26
VIA ABDOMINAL	143	29
TOTAL	350	55

Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

GRAFICO 3



Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

CUADRO 4

RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y LA EDAD

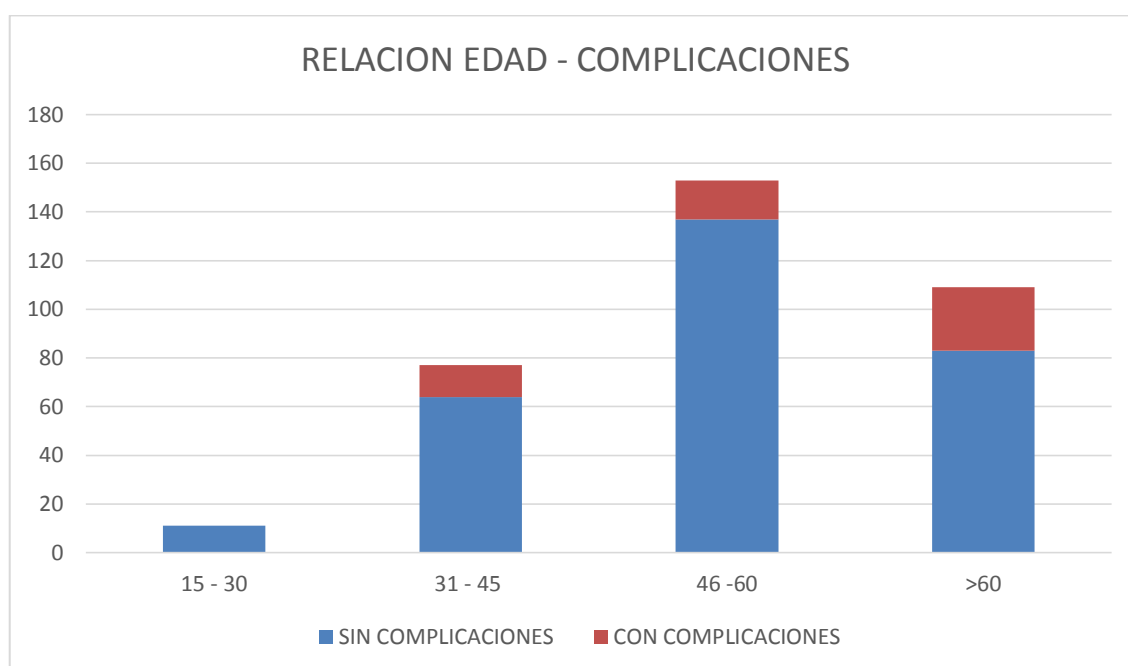
RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y LA EDAD			
EDAD	SIN COMPLICACIONES	CON COMPLICACIONES	TOTAL
15 - 30	11	0	11
31 - 45	64	13	77
46 - 60	137	16	153
>60	83	26	109
TOTAL	295	55	350

Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

GRAFICO 4

RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y LA EDAD



Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

CUADRO 5

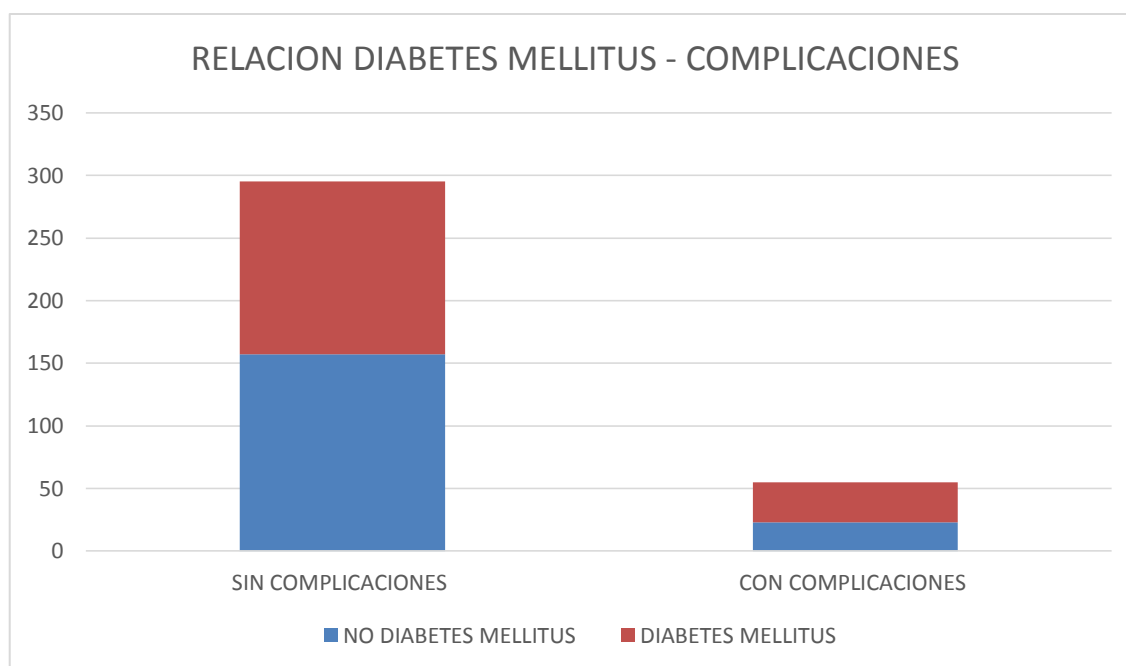
RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y PRESENCIA DE DIABETES MELLITUS

	SIN DIABETES MELLITUS	CON DIABETES MELLITUS	TOTAL
SIN COMPLICACIONES	157	138	295
CON COMPLICACIONES	23	32	55
TOTAL	180	170	350

Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

GRAFICO 5



Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

CUADRO 6

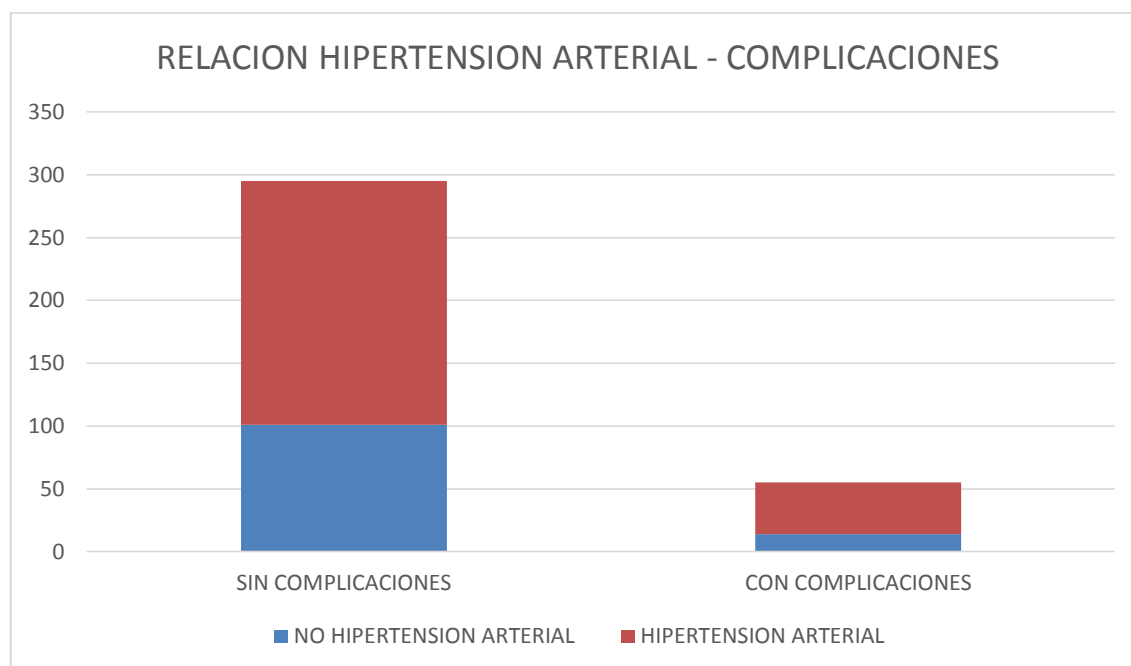
RELACION ENTRE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

	SIN HIPERTENSION ARTERIAL	CON HIPERTENSION ARTERIAL	TOTAL
SIN COMPLICACIONES	101	194	295
CON COMPLICACIONES	14	41	55
TOTAL	115	235	350

Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

GRAFICO 6



Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

CUADRO 7

RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y TABAQUISMO

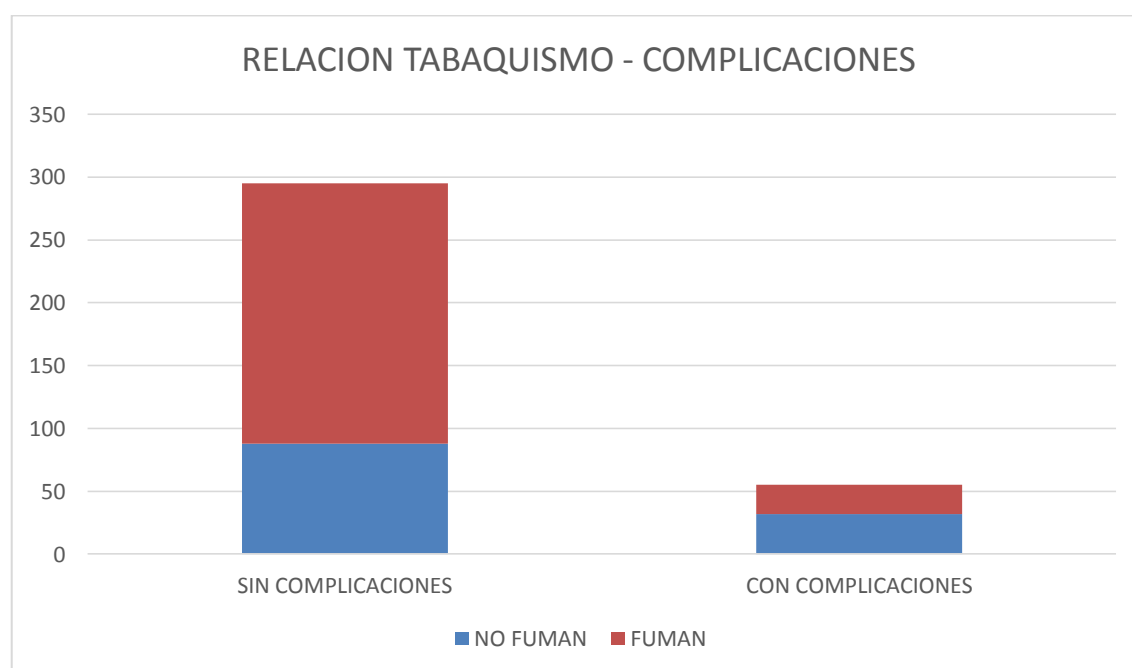
	NO FUMAN	FUMAN	TOTAL
SIN COMPLICACIONES	88	207	295
CON COMPLICACIONES	32	23	55
TOTAL	120	230	350

Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

GRAFICO 7

RELACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS



Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

CUADRO 8

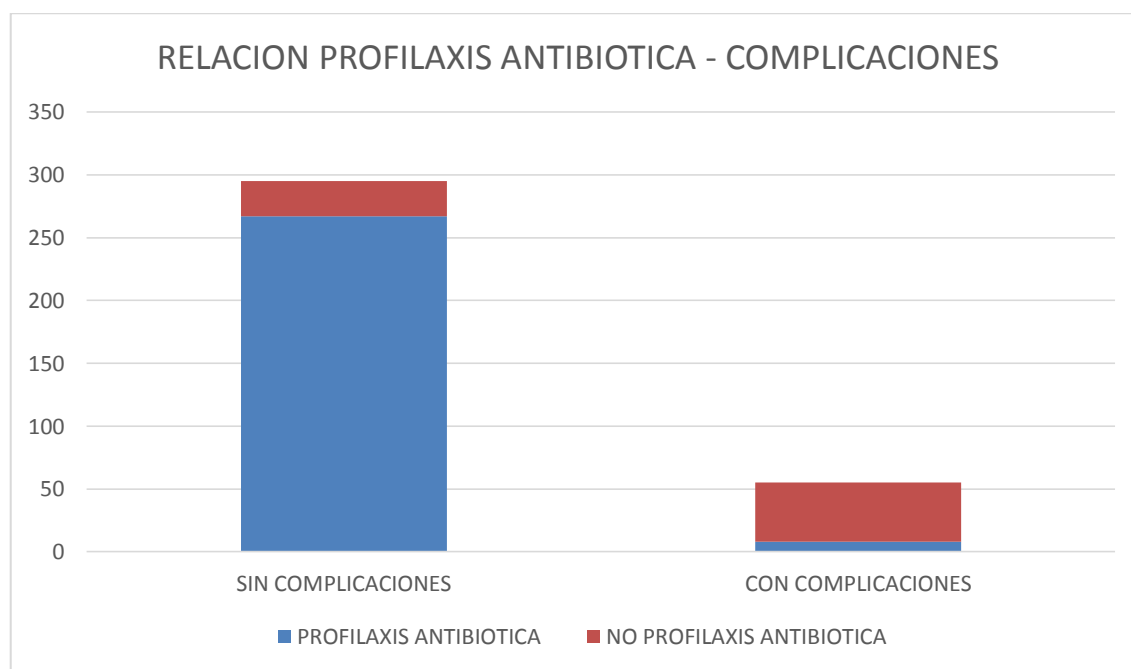
RELACION ENTRE COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y PROFILAXIS ANTIBIOTICA.

	PROFILAXIS ANTIBIOTICA	NO PROFILAXIS ANTIBIOTICA	TOTAL
SIN COMPLICACIONES	267	28	295
CON COMPLICACIONES	8	47	55
TOTAL	275	75	350

Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

GRAFICO 8



Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A

Fuente: Historias clínicas del HTMC

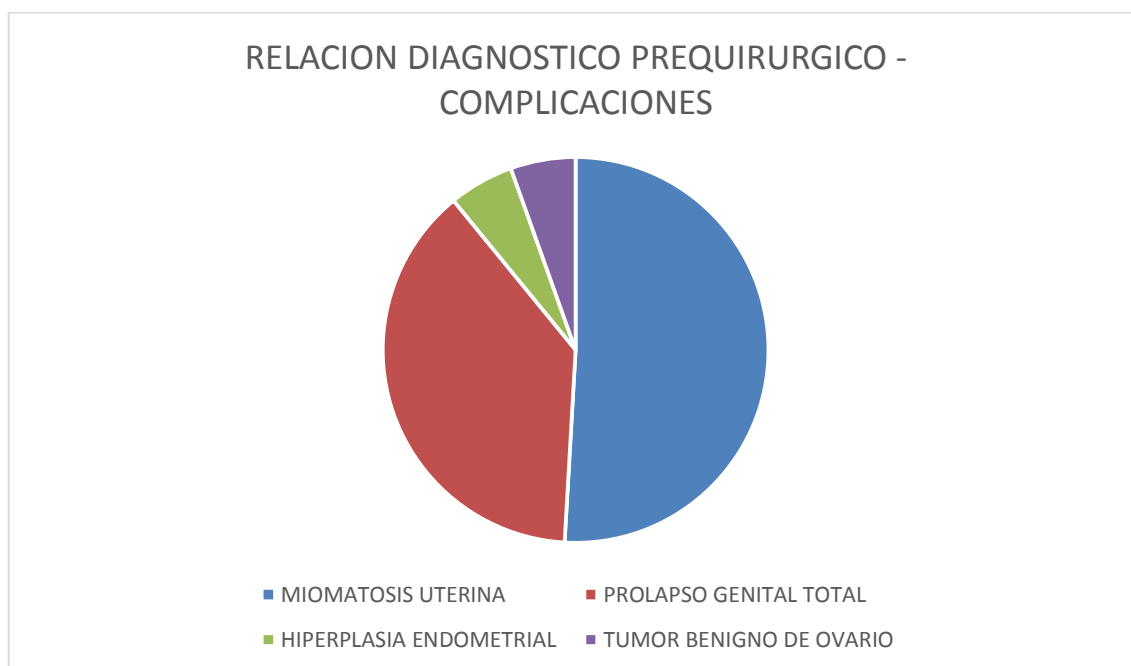
CUADRO 9

RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO.

DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO	PACIENTES CON COMPLICACIONES
MIOMATOSIS UTERINA	28
PROLAPSO GENITAL TOTAL	21
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	3
TUMOR BENIGNO DE OVARIO	3
TOTAL	55

Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A
Fuente: Historias clínicas del HTMC

GRAFICO 9



Elaborado por: Santiago López R. – Santiago Freire de la A
Fuente: Historias clínicas del HTMC

DISCUSIÓN:

La incidencia de complicaciones infecciosas en nuestra investigación fue de 15.71%. Lo cual se encuentra acorde a los valores recogidos por Recari (10) en su trabajo de complicaciones en cirugía ginecológica que ubica la incidencia entre 0,2% y 26%. Otro estudio que recoge valores muy similares, fue el estudio realizado por Juan Pablo Hollman-Montiel el cual encontró una incidencia de 15.06% (8).

En el presente estudio se confirmó que la vía abdominal es la más utilizada representando un 59.14% del total de los pacientes, y la vaginal un 40.86%. Al igual que lo determino López P. en un estudio muy similar que realizó en el hospital SAN FRANCISCO DE QUITO (18). Así mismo se identificó que la vía que más frecuentemente se realiza y la que más complicaciones puede presentar es la vía abdominal, lo cual también fue confirmado por López P. en su estudio (18); sin embargo, difiere de lo encontrado por Clarke-Pearson (9) quien encontró mayor incidencia en los casos de abordaje por vía vaginal.

La complicación infecciosa más común que encontramos en nuestro estudio fue la presencia de celulitis del muñón vaginal, Clarke-Pearson en su estudio "Complications of Hysterectomy" también se encontró con dicha complicación (9).

En cuanto a los factores de riesgo asociados al desarrollo de complicaciones postquirúrgicas podemos mencionar la presencia de comorbilidades como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y el tabaquismo, situaciones clínicas que también demostraron tener relevancia clínica en el estudio de Hollman-Montiel en el IMIEM (8).

Un hallazgo importante dentro de este estudio fue que el 85.45% de la población de pacientes que presentaron complicaciones posteriores al acto quirúrgico, no recibieron profilaxis antibiótica alguna. Contrastando con el estudio de García R et al. Donde se evidencio la importancia de la misma.

El grupo etario que más destaco dentro del grupo de pacientes que presentaron complicaciones fueron las pacientes mayores de 60 años.

Mientras que Hollman-Montiel determino que sus pacientes tenían menos de 60 años (8).

Así como también observamos que la principal indicación para la realización de histerectomía abdominal fue la presencia de miomatosis uterina tal como lo justifica el SOGC y lo confirma el estudio de Colmenares et al. (19)

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

CONCLUSIONES:

- La incidencia de complicaciones infecciosas encontradas en la presente investigación, en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, se encuentra dentro de los rangos descritos en la literatura médica.
- En nuestro estudio no se encontraron complicaciones infecciosas de tipo sistémica, la gran mayoría eran de tipo localizado destacando la celulitis en el sitio quirúrgico, como la complicación más común; seguida por el absceso pélvico.
- Nuestro estudio no encontró una diferencia marcada en relación al tipo de abordaje quirúrgico, si bien la mayoría de complicaciones se encontró en el abordaje de tipo abdominal, la diferencia no es significativa.
- En cuanto a la incidencia de complicaciones infecciosas en relación al tipo de abordaje en nuestra investigación no se correlacionado por lo descrito generalmente en la literatura médica, donde destaca principalmente el abordaje de tipo vaginal.
- En cuanto a los comorbilidades tampoco se encontró una relación significativa, no existía una tendencia clara en los pacientes diabéticos que indique que predispone a la aparición de complicaciones, de igual forma en los pacientes hipertensos tampoco se muestra una diferencia marcada.

RECOMENDACIONES

:

- Realizar estudios sobre las complicaciones infecciosas secundarias a Histerectomía, con mayor número de casos, en periodos de tiempo mayores, y en otros hospitales, con el objetivo de obtener mayor información que nos permita tomar medidas para disminuir las tasas de incidencia de complicaciones.
- Investigar más a fondo, sobre otro tipo de complicaciones que afectan a las pacientes sometidas a cirugías gineco-obstétricas, para mejorar la calidad de vida del paciente durante su recuperación postquirúrgica y disminuir costos para el sistema de salud.
- Realizar historias clínicas más exhaustivas y detalladas, sin olvidar posibles factores de riesgo que por el momento no están siendo recolectados, entre ellos peso, estatura, índice de masa corporal, duración de la cirugía.

BIBLIOGRAFIA

1. Vargas-Lejarza S, Villagra-Blanco V. Analisis de causas de reingreso en pacientes hysterectomizadas. Acta méd costarric. 2016; 58 (1):27-31
2. 14. Rock, Jones. Te Linde Ginecologia Quirurgica. 9na edición. Nashville Tennessee. Editorial Panamericana. 2011
3. 13. Schorge, Schaffer, Halvorson, et al. Williams Ginecologia. Primera edición. Dallas, Texas. McGraw Hill 2009
4. Sparic R. et al. Hysterectomy Throughout History. Acta Chirurgica iugoslavica 2011 Vol 58
5. Garcia M, et al. Histerectomia vaginal en úteros no prolapsados en mujeres nulíparas. Rev. Universidad de Ciencias Medicas Camaguey, Cuba. 2013
6. Siu A, Huarsaya R, et al. Significado de la colección en la cúpula vaginal en el postoperatorio inmediato de las hysterectomías vaginales. Ginecol. Obstet. 2003; 49 (4): 243-247
7. Whiteman MK, et all. Inpatient hysterectomy surveillance in the United States, 2000-2004. Am J Obstet Gynecol. 2008; 198:34.e1-34.e7.
8. Hollman-Montiel J, et al. Complicaciones de la hysterectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. Investigación Materno Infantil. 2014; 6(1):25-30
9. Clarke-Pearson D, et al Complications of Hysterectomy. Obstet Gynecol. 2013. 121:654-73
10. Recari E, et al. Complicaciones de la cirugía ginecológica. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32(1): 65-79
11. Garcia F, et al. Factores de riesgo asociados a hematoma de cúpula infectado post hysterectomía vaginal. Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57: 107-112
12. Chávez JC et al. Profilaxis antibiótica con Metronidazol vrs Cefalosporinas en pacientes sometidas a hysterectomía en el instituto Hondureño de seguridad social. Rev Med Hondur, 2014 vol. 82(2)
13. Stany M, et al. Complications of gynecologic Surgery. Surg Clin n Am. 2008. 88: 343-359
14. Berek. Berek y Novak Ginecologia. 15va edición. Standord California. Editorial Wokters Kluwer Health. 2013
15. Deffieux X, et al. Hysterectomy for benign disease: clinical practice guidelines from the French College of Obstetrics and Gynecology. Eur J Obstet Gynecol. 2016.
16. Casas R. Frecuencia, Indicaciones y complicaciones de la hysterectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010 Estudio de Cohorte. Rev Colomb Obstet Ginecol 2013;64:121-125

17. Castillo M, et al. Hematoma retroperitoneal posterior a Histerectomía vaginal con colporrafia anterior y posterior en Bogotá (Colombia): reporte de un caso y Revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2015; 66(2):131-137
18. Lopez P. Incidencia de Complicaciones posteriores a Histerectomia abdominal vs Histerectomia vaginal en el hospital San Francisco de Quito de Enero 2014 a Diciembre 2015.
19. Colmenares et al. Factores de Riesgo Asociados a complicaciones infecciosas en pacientes sometidas a histerectomía. *Rev. Cien. Salud. Bogota*. 2003. 1 (1); 45-57
20. Lefebvre G, Allaire C, et al. Hysterectomy; SOGC Clinical Practice Guidelines. 2002. Vol 109
21. Lake AG, et al. Surgical site infection after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2013; 209:409 e1-9
22. Kamat A, et al. Wound Infection in Gynecologic Surgery. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*. 2000. Vol 8:230-234
23. Díaz, M,. (2012). Evaluación y manejo clínico de las complicaciones gineco-obstétricas. 2012, de Clínica de Maternidad Rafael Calvo
24. Reveles J, et al. Histerectomía obstétrica: Incidencia, indicaciones y complicaciones. *Ginecol Obstet Mex*. 2008; vol 76(3);156-60
25. Barbosa G, et al. Prevalencia de complicaciones y factores predisponentes en cirugía ginecológica por patología benigna en el hospital universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2015; 80(6)
26. Vivas, C., Ríos, J., Romero, A. (2012). Pólipos endometriales, fisiopatología y factores de riesgo. *Revista CES Med*. 26, 175 – 184.
27. Rechkemmer, A. (2012). Manejo de la endometriosis e infertilidad. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 15, 101 – 105.
28. Noguera M. et al. La histerectomía laparoscópica como procedimiento de primera línea en el tratamiento de mujeres con patología benigna del utero. *Ginecol Obstet Mex*. 2013; 81: 448-453
29. Casas R, et al. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de cohorte. *Rev Col Obstet Ginecol*. 2013. 64(2).
30. Ramirez J, et al. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2013-2015. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet* 2017. Vol 63(1)
31. Sardiñas R et al. Histerectomia laparoscópica, experiencia de 12 años. *Rev Cubana Cir*. 2014 Vol 53(3)

ANEXOS

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

[illegible]