

**UNIVERSIDAD CATÓLICA REDEMPTORIS MATER
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**



**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

LINEA DE INVESTIGACIÓN: Ginecoobstetricia

**Complicaciones quirúrgicas de pacientes con diagnóstico de
miomatosis uterina ingresadas en el servicio de ginecología del hospital
Bertha Calderón Roque en el período de julio a diciembre de 2017**

AUTORAS

Alfaro-García, Valeria Judith
Rivas-Solórzano, María José

TUTOR CIENTÍFICO

Dra. Katuska Guadamuz Rivera
Especialista en Ginecología y Obstetricia

TUTORA METODOLÓGICA

Dra. Jhasyra Cerda Calderón
Doctora en Medicina y cirugía

REVISORES DE LA INVESTIGACIÓN

REVISORA DE CONTENIDO

Martha de los Ángeles Galo, MD, MSc.
Salubrista Publico

Decana de Facultad de ciencias Médicas

REVISOR Y CORRECTOR DE ESTILO

Franklin Solórzano

Secretario Académico

Facultad de Ciencias Médicas UNICA

Masaya, Nicaragua

Octubre, 2018

Dedicatoria

A la mujer nicaragüense, ser especial, capaz de dar vida al mundo, poseedora del don único de salir adelante ante cualquier adversidad. Mujer abnegada, protectora incansable de su familia y sobre todo luchadora para conseguir un futuro más digno.

A las pacientes del servicio de ginecología del hospital Bertha Calderón Roque, campeonas de la vida quienes día a día hacen de la fe su mejor arma; mujeres a quienes la enfermedad las ha hecho más fuertes y ha sacado lo mejor de ellas.

Para ellas, a quienes la lucha es su rutina constante, su tarea diaria, su recurso, su estrategia.

Agradecimiento

La vida está llena de retos, siendo la carrera de medicina el más audaz e importante de mi vida, como todo reto por superar, siempre es necesaria la complicidad de terceras personas.

Dios, tu amor y bondad por mí han sido infinitos, haciéndote el protagonista de mis logros, gracias a tu ayuda toda prueba a pesar de su dificultad no fue imposible de alcanzar.

Mis padres, Jacinto Alfaro y Damaris García, el pilar base de cada uno de los escalones de mi vida, agradezco su apoyo y entrega incondicional para facilitar mis decisiones y proyectos.

Mi familia: Arnoldo, Ernestina, Karen, Ileana, Sune, Thomas, Sophia e Ileana victoria; conjunto de seres queridos ejemplo de unión y amor ilimitado, cada uno con un papel importante en mi vida, gracias por respaldar mis etapas, inculcándome siempre el valor de la responsabilidad.

Br. Valeria Judith Alfaro García.

Agradecimiento

Agradezco primeramente a Dios por permitirme completar una etapa más de mi vida, a la Virgen María Santísima y a mi Ángel de la guarda que me han acompañado en todo este caminar, por regalarme unos padres excelentes Celia Solórzano y Teófilo Rivas que me han ayudado a cumplir mis sueños, han velado por mí para convertirme en mejor persona y me han apoyado en cada subida y bajada a lo largo de estos años; a mi hermana Ana Rivas que ha compartido cada momento de alegría, cansancio y tristeza. Agradezco también a mi Alma Mater y a los médicos por haberme formado en estos 6 años de carrera en los que he tenido muchas experiencias que han forjado el amor por la Carrera de Medicina, gracias a mis amistades que me han acompañado en este caminar y por su apoyo incondicional. Todo se lo debo a Dios sin Él no hubiera podido ya que "Todo lo puedo en Cristo que me fortalece (filipense 4.13)".

Br. María José Rivas Solórzano.

Resumen

Objetivo: Demostrar las complicaciones quirúrgicas de las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el período de julio a diciembre del 2017.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal, en pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina ingresadas en el servicio de ginecología del hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de julio a diciembre de 2017, a quienes se le determinó las complicaciones relacionadas a la intervención quirúrgica.

Resultados: El estudio evidenció de las 26 pacientes las características siguientes: Grupo etario más frecuente fue el de 40-49 años con un 69%, según el estado civil el 42.3% eran casadas, el 88% eran amas de casa, referente a la procedencia el 84.6% procedían de Managua, la raza que predominó fue la mestiza en un 100%, en relación con las gestas el 81% de la población a estudio eran multíparas, en el 100% de los casos no se evidenció sobrepeso ya que no se calculó índice de masa corporal en el expediente clínico, la resolución quirúrgica que prevaleció fue la histerectomía abdominal en un 100%, concerniente a las comorbilidades presentadas el 15% de las investigadas eran diabéticas, de las pacientes a las que se realizó histerectomía abdominal el 54% no presentaron complicaciones transquirúrgicas, las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes relacionadas a la histerectomía abdominal fueron las infecciones en un 39%, la infección más frecuente que se demostró fue infección de herida quirúrgica en un 43%, de las pacientes que presentaron infecciones el 80% fue infección de herida quirúrgica siendo el total de estas diabéticas.

Conclusión: las complicaciones quirúrgicas de las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina fue la infección observada en mayor frecuencia en pacientes a las que se realizó histerectomía abdominal.

Palabra clave: Miomatosis uterina, Cirugía de mioma, Complicaciones

INDICE DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	9
6.1 GENERALIDADES	9
6.2 ETIOPATOGENIA	9
6.3 CLASIFICACIÓN.....	10
CLASIFICACIÓN DE LOS MIOMAS SEGÚN SU UBICACIÓN:	10
CLASIFICACIÓN RADIOLÓGICA DE LOS MIOMAS.....	11
6.4 FACTORES RELACIONADOS AL DESARROLLO DE MIOMAS UTERINO	11
6.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	13
6.6 DIAGNÓSTICO.....	14
EXAMEN FÍSICO	14
ESTUDIOS DE IMAGEN	14
6.7 TRATAMIENTO	15
6.7.1 CONDUCTA EXPECTANTE	15

6.7.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	16
CONDUCTA MÉDICA SEGÚN EL TIPO DE MIOMA Y HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL	18
6.7.3 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	18
6.8 COMPLICACIONES	21
6.8.1 COMPLICACIONES NATURALES DEL MIOMA	21
6.8.2 COMPLICACIONES TRANSQUIRÚRGICAS	21
6.8.3 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	22
6.8.4 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES RELACIONADOS AL DESARROLLO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS	26
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	28
7.1 TIPO DE ESTUDIO	28
7.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	28
7.3 ÁREA DE ESTUDIO	28
7.4 UNIVERSO DEL ESTUDIO.....	28
7.5 MUESTRA	28
7.6 ESTRATEGIA MUESTRAL	28
7.7 UNIDAD DE ANÁLISIS	29
7.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	29
7.9 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	29
7.10 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
7.11 FUENTE DE INFORMACIÓN	30
7.12 Procesamiento de analisis documental.....	30
7.13 VARIABLES POR OBJETIVO	31
7.14 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	33
7.15 CRUCE DE VARIABLES	41
7.16 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	42
7.17 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	42
VIII. RESULTADOS.....	43

IX. DISCUSION DE RESULTADOS.....	45
X. CONCLUSIONES.....	48
XI. RECOMENDACIONES	49
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
XIII. ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

La miomatosis uterina es la enfermedad benigna del útero más común del tracto reproductivo; es una causa importante de morbilidad siendo la mayoría asintomática, dependiendo de la localización y tamaño pueden causar hemorragia uterina anormal, infertilidad, y compresión pélvica. Tienden a crecer durante la edad reproductiva en un 20 al 50% y disminuir durante la menopausia. Su diagnóstico se hace con mayor frecuencia entre las edades de 35-54 años.

(Hoffman B, 2014).

Entre los factores de riesgo asociados a su desarrollo se encuentran como principal los antecedentes familiares, además influyen la raza negra, la menarca temprana, entre otros. Estos se clasifican dependiendo de la localización y tamaño. (Hernández V, 2017). El diagnóstico se puede realizar a través de examen físico y técnicas de imagen.

El manejo a seguir depende de la sintomatología de la paciente y deseos de fertilidad, abordándose de manera clínica o quirúrgica, siendo la cirugía el método de elección debido a la baja tasa de efectividad del manejo clínico ya sea expectante o farmacológico.

La resolución quirúrgica se puede dar a través de diferentes procedimientos y estos asociados a factores de riesgos pueden conllevar a algunas complicaciones transquirúrgicas o postquirúrgicas.

En estudios revisados tanto a nivel regional como mundial no se encontró dato exacto del número de consultas ginecológicas que representa, ya que dicha entidad continua siendo enigmática y esta incompletamente entendida, no obstante provoca un importante impacto en la calidad de vida de la mujer, aumentando así la demanda de consultas ginecológicas, y por ende incrementando los costos de

servicio de salud para el diagnóstico, tratamiento y manejo de complicaciones de esta patología. (Hoffman B, 2014)

En el presente estudio descriptivo observacional de corte transversal se analizan las complicaciones quirúrgicas de pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina ingresadas en el área de ginecología en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Julio a Diciembre del 2017. Buscando Identificar las principales complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas que se han presentado en el área de estudio, debido a que no hay datos estadísticos sobre esta patología.

II. ANTECEDENTES

Debido a la relevancia que tiene la miomatosis uterina en la morbilidad de mujeres en edades fértiles, se considera importante su abordaje, sin embargo tanto nacional como internacionalmente los estudios referentes a esta son escasos y las investigaciones existentes presentan similitud en sus resultados.

De acuerdo con un estudio realizado en México por Morgan O, Elorriaga E, Soto P & Lelevier R, 2008. Histerectomía total laparoscópica: complicaciones y evolución clínica en una serie de 87 casos. Se revisaron expedientes de pacientes con histerectomía total laparoscópica efectuada entre 2003 y 2006. Encontrando como resultado El promedio de edad fue de 39.08 años, 4.63 embarazos y paridad de 4.35. Al antecedente de cesárea correspondió 27.58%. El 43.67% de los casos tuvo, por lo menos, una intervención quirúrgica y de éstas, 47.36% fue en la línea media. El índice de masa corporal fue de 27.57 m² SC. La indicación principal de histerectomía fue por sangrado genital anormal en 79.31%, miomatosis uterina en 63.76%, hiperplasia endometrial en 10.14%, dolor pélvico crónico en 10.34% (9), tumor anexial en 6.89% (6) y lesión escamosa intraepitelial del cuello uterino (alto grado) en 3.44% (3) de los casos. Las técnicas de sedación más frecuentes fueron la anestesia combinada (bloqueo peridural y anestesia general) en 67.8% (59) y bloqueo peridural más sedación en 32.2% de las pacientes (28). El acceso principal fue por vía intraumbilical con técnica cerrada en todos los casos. Las Complicaciones transoperatorias y posoperatorias, se obtuvo como resultado que las complicaciones transoperatorias fueron: lesiones en la vejiga 1.14%, el uréter 1.14%, intestino delgado 1.14% y los vasos epigástricos 1.14%. Además Hubo complicaciones posoperatorias en tres pacientes (síndrome febril y lesión por quemadura en la región del sacro).

Según un estudio realizado por Díaz Chow (2008) Factores de riesgo y complicaciones quirúrgicas por miomatosis uterina en Hospital Alemán

Nicaragüense septiembre a diciembre 2008 ; se obtuvo como resultado que las complicaciones postquirúrgicas se encontraron en el 45% de los casos, siendo la infección de herida quirúrgicas la complicación temprana más frecuente en un 30% , seguida de hematoma de la herida quirúrgica y seroma; como complicación postquirúrgica tardía se encontró que la más común es el absceso de cúpula presentado en el 37.5% de los casos. Además se demostró que las complicaciones transquirúrgicas se presentaron en el 35% de los casos estudiados, siendo más común la lesión vesical correspondiente al 57.1%.

(Chow E, 2009)

Asimismo se señaló que según el abordaje quirúrgico de las pacientes sometidas a cirugía por miomatosis uterina, la vía abdominal incrementa el riesgo de complicaciones 2 veces más que en la vía vaginal, donde las incisiones de tipo longitudinal media tiene casi 2 veces más riesgo de complicación en relación con la incisión transversal; además se señaló que el tiempo quirúrgico menor de 2 horas disminuye el riesgo de complicaciones transquirúrgicas o postquirúrgicas en el 86% de los casos.

En el año 2013, Barbosa y Garnica. Prevalencia de complicación y factores predisponente en cirugía ginecológica por patologías benignas en el Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia. En un estudio de corte trasversal con una muestra de 200 pacientes; Tuvieron como resultado que el procedimiento más realizado fue la histerectomía en un 46% y vía de abordaje abdominal más realizada en un 65% de los casos; estas con mayor indicación en miomatosis uterina en un 46 %, hemorragia uterina anormal 39,5%, el diagnóstico de masa anexial compleja 31% y el dolor pélvico crónico 19,5%. Encontrando complicaciones con frecuencia en un 12.5%, siendo estas: mayores el 7.5% y menores el 6%; en el primer grupo se identificó: 1% lesión vesical, 1% lesión intestinal, 4% requerimiento de transfusión sanguínea; en el segundo grupo se identificó: 4.5 % infecciones superficiales y hematomas superficiales, y 1.5% dehiscencia superficial. El cual también identificaron que cirugía realizadas en un tiempo mayor de 90 minutos pueden

presentarse las complicaciones mayores ya mencionadas (Barbosa & Garnica, 2015).

III. JUSTIFICACIÓN

Los miomas uterinos son un problema de salud relevante a nivel mundial por su elevada prevalencia, se estima que su incidencia en mujeres va del 20 al 25%, pero en investigaciones en las que se utilizaron estudios ecográficos, dicha incidencia puede llegar del 70 al 80 %.

Representa un factor determinante en el aumento de la morbilidad de las mujeres repercutiendo así en su calidad de vida, en la mayoría de casos amerita de manejo quirúrgico lo que predispone a la ocurrencia de complicaciones.

En la revisión de archivos monográficos en los últimos 10 años, los registros de investigaciones relacionadas a nuestro tema son escasos, por lo que se considera un aporte importante, actualizando la información y así conocer la tendencia de complicaciones.

Con los resultados obtenidos se pretende colaborar con el ministerio de salud para la construcción de un marco de referencia para la realización de estudios posteriores como evaluación en la calidad técnica quirúrgica y así disminuir complicaciones en estos tipo de procedimiento también valorar la integración del manejo de miomatosis uterina en un protocolo de atención para que el personal médico brinde un abordaje adecuado a las pacientes con este diagnóstico, y además optimizar los recursos necesarios para la atención de esta patología en la unidad de salud.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones quirúrgicas de las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de julio a diciembre del 2017?

V. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Demostrar las complicaciones quirúrgicas de las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el período de julio a diciembre del 2017.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Caracterizar algunos aspectos sociodemográficos de las pacientes en estudio.
- b) Conocer los factores relacionados al desarrollo de miomatosis uterina de las pacientes a estudio.
- c) Determinar el tipo de resolución quirúrgica de las pacientes en estudio.
- d) Conocer los antecedentes patológicos personales relacionados al desarrollo de complicaciones quirúrgicas.
- e) Describir las principales complicaciones transoperatorias y postoperatorias secundarias al procedimiento quirúrgico.

VI. MARCO DE REFERENCIA

6.1 Generalidades

Los leiomiomas son neoplasias benignas compuestas de musculo liso que nacen por lo general en el miometrio. A menudo se les conoce como miomas uterinos, su consistencia es fibrosa dado su abundante contenido de colágeno, razón por la cual se les ha denominado de manera inapropiada fibromas, también constituidos de matriz extracelular, fibronectina y proteoglicanos. Su incidencia en mujeres, según suele citarse del 20-25% (Hoffman B, 2014, pg 247). En otras literaturas se dice que su incidencia es del 20%-40% de las mujeres entre las edades de 30-35 años ya padecen de esta patología.

Los fibromas pueden ser únicos, pero generalmente son múltiples en un 66% pueden variar de tamaño, desde tumores pequeños del tamaño de un guisante, a tumores grandes y redondos que pueden medir más de 20-25 de diámetro. A medida que crecen pueden distorsionar el interior y exterior del útero.

(The American College of Obstetricians and Gynecologist, 2010)

Aparecen en 60% de las mujeres antes de los 40 años y en 80% de las mujeres antes de los 50 años, pudiendo ocasionar infertilidad en 2-3%. Se estima que en un 60% de las mujeres llegan a tener miomatosis a lo largo de la vida con mayor incidencia en la quinta década, incluso en un 70% de la población femenina (Hernández V, 2017).

6.2 Etiopatogenia

Aunque se desconocen las causas específicas de los miomas, se ha avanzado en el conocimiento de la biología molecular de estas tumoraciones sus factores hormonales, genéticos y de crecimiento (Berek & Novak, 2013).

Cada leiomioma proviene de un solo miocito progenitor. En consecuencia, las múltiples masas dentro del mismo útero pueden tener orígenes citogenéticos independientes. Se desconoce la mutación primaria que inicia la tumorigénesis, sin embargo en cerca del 40% de los leiomiomas se identifican defectos cariotípicos. Diversos defectos peculiares en los cromosomas 6, 7, 12 y 14 (y con menor frecuencia en X, 1, 3, 10 y 13) se han correlacionado con el número de leiomiomas y la dirección de la proliferación tumoral (Hoffman B, 2014). En el desarrollo de éstos se han identificado muchos factores de crecimiento, como la activina y miostatina y, por supuesto, los estrógenos y progesterona con sus respectivos receptores que juegan un papel decisivo en su crecimiento y desarrollo. Hace poco se demostró que la testosterona participa en el crecimiento de los fibromas uterinos (Hernández V, 2017).

6.3 Clasificación

Clasificación de los miomas según su ubicación:

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propuso un esquema de clasificación de acuerdo con la ubicación del mioma:

- **Submucosos (FIGO tipo 0, 1, 2):** derivan de las células del miometrio exactamente debajo del endometrio. Estas neoplasias sobresalen en la cavidad uterina.
- **Intramurales (FIGO tipos 3, 4, 5):** crecen dentro de la pared uterina y pueden ampliarse lo suficiente como para distorsionar la cavidad o la superficie serosa. Algunos fibromas pueden ser transmurales y extenderse desde la serosa hasta la superficie mucosa.
- **Subserosos (FIGO tipo 6, 7):** se originan en la superficie serosa del útero y pueden tener una base amplia o pediculada o ser intraligamentarios.

- **Cervicales (FIGO tipo 8):** se localizan en el cuello uterino, en lugar del cuerpo (Hernández V, 2017).

Clasificación radiológica de los miomas

• Miomas de pequeños elementos	diámetro menor o igual de 2 cm
• Miomas de medianos elementos	diámetro entre 2 y 6 cm
• Miomas de grandes elementos	diámetro mayor de 6 cm hasta 20 cm
• Miomas gigantes	diámetro mayor de 20 cm

(Colombiana de salud ,2012)

6.4 Factores relacionados al desarrollo de miomas uterino

Entre los factores principales que favorecen el desarrollo de estos tumores benignos llamados miomas encontramos:

- **Edad:** el rango de edad de aparición de los miomas puede ir desde los 20 a 70 años, con mayor incidencia entre los 35 a 45 años, el porcentaje de miomas varía de 11 a 18% en mujeres de 30 a 40 años de edad hasta 33% en mujeres de 30 a 60 años de edad. (Guia practica para diagnosticos y tratamiento de miomatosis uterina, 2009). Y la menor prevalencia de dichos tumores es en la adolescencia (Hoffman B, 2014).
- **Raza:** los leiomiomas son más frecuentes en mujeres afroestadounidenses en comparación con las caucásicas, las asiáticas o las hispánicas. Se han realizado pocos estudios para dilucidar estas diferencias étnicas, pero en pacientes afroestadounidenses algunos investigadores han detectado niveles mayores de mRNA de aromatasa dentro de sus leiomiomas o mayor prevalencia de polimorfismo de los genes de receptores de estrógeno que predisponen a la aparición de esta neoplasia (Hoffman B, 2014).

- **Paridad:** índices menores de leiomiomas se observan en el embarazo. Las mujeres que dan a luz a edad temprana, las que tienen mayor paridad y aquellas con un embarazo reciente presentan menor incidencia en desarrollar leiomiomas. Este vínculo se da por la remodelación del útero que aparece durante la involución uterina en el posparto (Hoffman B, 2014).
- **La nuliparidad:** es un factor para desarrollar miomas uterinos ya que se desarrollan fácilmente por la presencia de estrógenos en su mayor cantidad (Guía de práctica clínica ,2009, pg:11)
- **Sobrepeso:** el incremento de índice de masa corporal está vinculado con un mayor riesgo de desarrollar leiomiomas por el efecto estrogénico sostenido (Hoffman B, 2014).
- **Obesidad:** las mujeres obesas producen más estrógenos por una mayor conversión adiposa de andrógenos en estrógenos. En ellas hay una menor producción de la globulina fijadora de hormonas sexuales por parte del hígado. (Hoffman B, 2014).
- **Síndrome de ovario poliquístico:** aumenta el riesgo de desarrollar miomatosis uterina debido a la exposición sostenida de estrógenos que acompaña a la anovulación crónica. (Hoffman B, 2014).
- **Historia familiar:** el riesgo se incrementa 2.5 veces cuando se tiene familiar de primer grado con este trastorno y 7.5 veces cuando el familiar lo tuvo antes de los 45 años (Hernández V, 2017).
- **Factores hormonales endógenos:** los anticonceptivos orales tiene poco o nulo efecto en crecimiento de leiomiomas.

- **El consumo de terapia de reemplazo hormonal** indican incremento de que surjan y se desarrollen leiomas, o en pacientes con leiomiomas existente que han ingeridos dosis altas por tiempo prolongado se vinculan con el crecimiento de dicho tumor, por lo que se recomienda dosis bajas de hormonas hasta por 5 años (Hoffman B, 2014).
- **Tabaquismo:** el metabolismo de los estrógenos son alterados por los estrógenos y disminuye los niveles séricos de estrógenos activos en términos fisiológicos, por lo que explica que las mujeres que fuman por lo regular tienen menor riesgo de desarrollar leiomiomas (Hoffman B, 2014).

6.5 Manifestaciones clínicas

La mayoría de los miomas son asintomáticos. Sin embargo la mayoría de las pacientes expresan expulsión de sangre, dolor, sensación de compresión o dificultad en la fecundidad. Mientras más grandes es el tamaño del leiomioma y en dependencia de la localización es mayor la posibilidad de presentar síntomas.

Perdida hemática: el 30% de las mujeres con miomas presentan anomalía menstrual, suele asumir la forma de menorragia. El mecanismo fisiopatológico pudiera depender de la dilatación de vénulas. Los tumores voluminosos ejercen presión y compresión del sistema venoso del útero lo cual hacen que se dilaten las venas dentro del miometrio y endometrio. Por lo que los tumores intramurales y suberosos tienen la misma progresión de ocasionar menorragias que los submucoso. La hemorragia excesiva puede ocasionar debilidad, anemia, disnea e incluso insuficiencia cardíaca.

Molestias pélvicas y dismenorrea: un útero agrandado origina sensación compresiva, polaquiuria, incontinencia o estreñimiento. Pueden provocar

hidronefrosis por compresión del uréter cuando leiomioma se extiende a un lado. También las mujeres presentan dispareunia o dolor cíclico de tipo pélvico.

Dolor pélvico: aparece cuando el mioma alcanza el tamaño para comprimir algún órgano o cuando se produce torsión. Es menos frecuente pero este suele aparecer cuando el leiomioma está en fase de degeneración o prolapso. Estas masas anormales pueden degenerarse esto se produce cuando el mioma crece y supera el aporte sanguíneo produciendo muerte celular o necrosis.

Infecundidad: no existen un mecanismo claro pero los leiomiomas pueden acompañarse de infecundidad siendo el 2-3% de estos casos. Entre los efectos esta la oclusión de los orificios tubáricos y la alteración de contracción uterinas normales que impulsan al espermatozoide o al ovulo. La deformidad de la cavidad endometrial también disminuye la facilidad de la implantación y transporte del espermatozoide.

También los leiomiomas se acompañan de inflamación endometrial y cambio vascular que pueden entorpecer o impedir la implantación (Hoffman B, 2014).

6.6 Diagnóstico

Examen físico

Los miomas subserosos e intramurales pueden ser diagnosticados mediante la exploración pélvica, en la cual podemos encontrar un útero agrandado, de forma irregular, de superficie firme e indolora (Berek & Novak, 2013).

Estudios de imagen

Los estudios de imagen nos facilitan la correcta evaluación del tamaño, el número y la posición de los miomas, para así elegir el tratamiento acorde con las necesidades de cada paciente.

- **Ultrasonografía.** El ultrasonido abdominal o transvaginal es el patrón de referencia para despejar la sospecha de miomatosis uterina. Es de fácil acceso y permite la confirmación con una sensibilidad incluso de 85% en miomas de 3 cm o más. Sin embargo, la utilidad para determinar la localización precisa de miomas en úteros de mayor tamaño y múltiples es limitada.
- **Histerosonografía.** Permite identificar miomas submucosos y la proximidad de los intramurales a la cavidad endometrial. El advenimiento de las técnicas de imagen tridimensional ha permitido que el ultrasonido tridimensional sea una herramienta de utilidad para la investigación de la patología miometrial debido a la posibilidad de efectuar cortes del útero en un plano coronal.
- **Histeroscopia.** Es un método auxiliar que permite diagnosticar y diferenciar un mioma submucoso de un pólipo endometrial. Se realiza en una unidad ambulatoria y no requiere de anestesia.
- **Resonancia magnética nuclear.** Es la mejor técnica para visualizar la totalidad de los miomas y obtener información de su cantidad, tamaño y localización. Tiene la mayor sensibilidad y especificidad que el resto de los exámenes de imagenología pero su limitante es el costo. Esta técnica permite identificar la vascularidad del mioma y su relación con la cavidad endometrial, la superficie serosa y los límites con el endometrio sano. Al igual que con el ultrasonido, la resonancia magnética no permite diagnosticar con certeza la malignidad de los miomas.
- **Tomografía axial computada.** Tiene poca utilidad para delimitar la posición de los miomas en relación con el miometrio o endometrio (Hernández V, 2017).

6.7 Tratamiento

6.7.1 Conducta expectante

Este tipo de conducta se puede realizar en los siguientes casos:

- Miomas pequeños que no produzcan síntomas y que sean verificados con controles periódicos cada 6-12 meses mediante examen ginecológico y una ecografía pélvica.
- Miomas pequeños y que produzcan síntomas en mujeres con proximidad a la menopausia, pues tras esta el sangrado se detiene y los miomas disminuyen de tamaño (Colombiana de Salud, 2012).

6.7.2 Tratamiento farmacológico

Los objetivos del tratamiento son: alivio de los síntomas y reducción del tamaño del tumor (Colombiana de Salud ,2012).

Antiinflamatorios no esteroideos (NSAID).

Las mujeres con dismenorrea tienen mayores niveles endometriales de prostaglandinas F2 α y E2 que las mujeres asintomáticas. Por la razón expuesta, el tratamiento de la dismenorrea y la menorragia que surgen con los leiomiomas se basa en la actividad de las prostaglandinas como mediadoras de tales manifestaciones anormales (Hoffman B, 2014).

Acetato de ulipristal

Además de los estrógenos, la progesterona también estimula el crecimiento de los miomas mediante el incremento de la actividad de factores de crecimiento (factor de crecimiento epidérmico y proteína Bcl-2). El acetato de ulipristal es un modulador selectivo del receptor de progesterona con efecto tisular antiprogesterona; regula a la baja la actividad proliferativa e incrementa la apoptosis de las células de los leiomiomas; esto hace que, clínicamente, disminuyan el volumen de los tumores uterinos, el factor de crecimiento del endotelio vascular y la vascularidad de los

leiomiomas. Los estudios clínicos han demostrado el control del sangrado en los primeros siete días de tratamiento.

(Trefoux B , 2015).

Hormonoterapia

En algunas pacientes con miomatosis los anticonceptivos orales de dosis bajas y los progestágenos son eficaces en el control a corto plazo de la hemorragia uterina anormal, ya que induce atrofia endometrial y disminuye la producción de prostaglandinas. No estimulan el crecimiento de los miomas existentes y pueden prevenir la aparición de miomas nuevos (Hoffman B, 2014).

Andrógenos.

Se ha observado que el danazol y la gestrinona contraen el volumen de los leiomiomas y mejoran los síntomas hemorrágicos. Por desgracia, sus efectos adversos notables, que incluyen acné e hirsutismo, impiden utilizarlos como agentes de primera elección (Hoffman B, 2014)

Mifepristona

La mifepristona es un compuesto sintético esteroideo que inhibe el ciclo ovárico, mantiene un estado hormonal similar a la fase folicular temprana, y afecta el aporte vascular de los miomas, siendo eficaz en la regresión de los mismos (Barbara L.Hoffman, 2014).

Otras opciones farmacológicas

Antagonistas de la GnRH, antagonistas de los receptores de estrógenos (Fulvestrant), moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (Selective Estrogen Receptor Modulators; SERMs), inhibidores de la aromatasa, danazol. No existe evidencia que demuestre verdadera utilidad clínica de estos fármacos en pacientes con miomatosis. (Hoffman B, 2014).

Conducta médica según el tipo de mioma y hemorragia uterina anormal

Tipo 0. No susceptibles de tratamiento médico.

Tipo 1. Miomectomía histeroscópica para leiomiomas menores de 3 cm. Si el mioma mide más de 3 cm o la paciente tiene anemia puede indicarse tratamiento con agonistas de la GnRH o acetato de ulipristal.

Tipo 2. El tratamiento con leuprolide o ulipristal disminuye considerablemente el tamaño de los miomas y facilita la cirugía histeroscópica. Los miomas pueden reducir tanto su tamaño que, inclusive, ya no distorsionan la cavidad uterina, con lo que es posible evitar el procedimiento quirúrgico.

Tipos 2 a 5 (miomas múltiples). Si los miomas son múltiples y de varios tipos puede indicarse tratamiento médico con agonistas de la GnRH o acetato de ulipristal. Esto se reflejará en menor tamaño de los miomas, control de la hemorragia y evitar la cirugía. Otra opción es que la paciente busque el embarazo si ha acudido por esta situación clínica.

Cuando la regresión parcial del tamaño es menor de 25%, las pacientes son susceptibles de ser operadas si los miomas siguen causando síntomas o continúan teniendo problemas de infertilidad porque aun así los miomas distorsionan la cavidad uterina. (Donnes & Dolmans, 2016).

6.7.3 Tratamiento quirúrgico

La cirugía es el pilar terapéutico de los miomas uterinos. La histerectomía es el procedimiento definitivo, aunque existen tratamientos alternativos, como la

miomectomía por diversos accesos: ablación endometrial, embolización de las arterias uterinas, cirugía con ultrasonido dirigido por resonancia magnética y la miólisis.

Las principales indicaciones para el tratamiento quirúrgico: sangrado uterino anormal o síntomas relacionados con el tamaño de los miomas, infertilidad o pérdida gestacional recurrente.

Para el tratamiento quirúrgico lo fundamental es conocer los deseos de fertilidad que tenga la paciente, las técnicas conservadoras como la miomectomía, la resección histeroscópica, se pueden utilizar en pacientes que tengan deseos de conservar su fertilidad.

La única indicación de histerectomía en pacientes asintomáticas son los leiomiomas que incrementan sus dimensiones después de la menopausia y sin terapia hormonal.

Histerectomía.

La extracción del útero es el tratamiento operatorio definitivo y más frecuente contra los leiomiomas (Hoffman B, 2014).

La histerectomía se sugiere en mujeres con hemorragia aguda que no reacciona a otros tratamientos, en quienes han completado su paridad y tienen algún riesgo de otras enfermedades que se elimina o disminuye con la histerectomía.

La técnica mencionada se puede realizar por vía vaginal, abdominal o por laparoscopia (Hoffman B, 2014). Esta se debe elegir de acuerdo con el adiestramiento y experiencia del cirujano, se recomienda el acceso menos invasor.

- **Histerectomía abdominal.** Se utilizan dos tipos de incisiones abdominales quirúrgicas para este tipo de histerectomía (incisión en línea media e incisión transversal).
- **Histerectomía vaginal.** En este tipo de histerectomía, los cortes que se hacen para extraer el útero se realizan en el interior de la vagina.
- **Histerectomía laparoscópica.** En este tipo de histerectomía, se hacen pequeños cortes en el abdomen. Estos permiten al cirujano introducir un pequeño instrumento de visualización (laparoscopia) e instrumentos quirúrgicos.

Miomectomía

La miomectomía consiste en la extracción de las masas anormales y es una opción para las pacientes que no han completado su paridad o desean mantener el útero. Aun cuando la miomectomía es un tratamiento efectivo para las alteraciones del sangrado y la presión pélvica, su desventaja es el riesgo de más miomas a partir de nuevos clones o miocitos anormales. La posibilidad de recurrencia es de 15% y 10% de las pacientes con miomectomía eventualmente requerirán de histerectomía 5 a 10 años después. El riesgo de recurrencia tiene relación con la edad, número preoperatorio de leiomiomas, tamaño uterino, enfermedades concomitantes y partos después de la miomectomía. La extirpación de miomas se puede realizar por vía laparoscópica, histeroscópica o mediante una laparotomía. Con la miomectomía por lo común mejoran el dolor, la infertilidad y la pérdida hemática (Hoffman B, 2014)

Ablación endometrial

Se conoce como la destrucción del epitelio endometrial quirúrgicamente, por medio de dos técnicas:

- La de primera generación: esta comprende la ablación endometrial bajo la visualización directa con instrumental electroquirúrgico.
- La de segunda generación: dependen de un dispositivo que se inserta en la cavidad uterina, el cual proporciona la energía para destruir uniformemente el endometrio.

La ablación es considerada una opción terapéutica con un bajo riesgo quirúrgico en pacientes con miomatosis uterina de pequeños elementos, los cuales presentan hemorragia uterina anormal (Scarely, Chamy & Sobino, 2011).

Embolización de las arterias uterinas

Es una opción mínimamente invasora para tratar los síntomas relacionados con los leiomiomas; es una técnica con excelentes resultados en pacientes con deseos de conservar el útero, pero sin deseo reproductivo. Este procedimiento disminuye 30-46% el tamaño de los leiomiomas. Se usan partículas de alcohol polivinílico superior a 500 ug con el fin de ocluir ambas arterias uterinas mediante partículas, con el objetivo de producir infarto isquémico de los miomas, y con ello, reducir su tamaño y controlar los síntomas (Loyola, Fava, Macaya & Meneses, 2007).

6.8 Complicaciones

6.8.1 Complicaciones naturales del mioma

Por ser las hemorragias la manifestación clínica más frecuente se deriva de ellas la anemia y el choque. En caso de torsión del mioma se presenta un cuadro de abdomen agudo. Y en menos del 0.1% hay degeneración sarcomatosa, sobre todo en casos de crecimiento rápido o etapa de la menopausia. (Clarke & Geller, 2013).

6.8.2 Complicaciones Transquirúrgicas

Lesión de vejiga

Se estima que ocurren lesiones genitourinarias en una tasa del 1-2% y el 75% se da por la histerectomía. La tasa de lesión de la vejiga es del 1% para histerectomía abdominal, el 2.1 % para laparoscopia y el 1.2 % para vaginal.

Lesión uretral

La lesión uretral es menos frecuente que la vesical; ya que ocurre con mayor frecuencia por la disección pre vesical.

Lesión gastrointestinal:

Estas lesiones varían de 0.3 a 1% en la histerectomía. 1.3% para histerectomía abdominal, y 0.2% para histerectomía laparoscópica. La incidencia de la lesión intestinal es de 0.1% a 1% en histerectomía vaginal. Hay tres tipos de lesión intestinal durante la histerectomía:

- **Lesión térmica:** es común por conductancia de corriente de un instrumento monopolar al intestino durante la disección pélvica, especialmente en un área profunda de la pelvis, el manguito o el saco donde la visión no es muy clara.
- **Lesión mecánico:** puede ocurrir tanto con instrumentos cortantes como los romos o al colocar instrumentos laparoscópico
- **Lesión indirecta:** por interrupción del suministro vascular que corre del mesenterio al intestino.

Hemorragia

Están asociadas con el tipo de histerectomía realizada. La media estimada de pérdida de sangre para histerectomía abdominal es 238-660.5 ml; para histerectomía laparoscópica es 156-568 ml; histerectomía vaginal es de 215-287ml. (Clarke& Geller, 2013).

6.8.3 Complicaciones postoperatorias

Infecciones

El índice es variable; 10.5% en histerectomía abdominal, 13% en histerectomía vaginal, 9% para histerectomía laparoscópica. También se basan en diversos factores incluyendo : estado inmune, obesidad, hospitalización, experiencia del cirujano mayor pérdida de sangre, tiempo operatorio más de 3 horas ,mala alimentación, tejido desvitalizado como se puede encontrar en pedículos mayores, comorbilidades como diabetes Mellitus, tabaquismo ,falta de antibiótico.

La infección operatoria se diferencia de síndrome febril. La enfermedad febril en periodo postoperatorio se define como temperatura mayor de 38°C en dos ocasiones con más de 6 horas de diferencia en 24 horas después de la cirugía.

Entre las infecciones encontramos:

- **Infección de herida:** suele ocurrir ya sea al final de la estancia hospitalaria o poco después del alta. La mayoría de las histerectomías se clasifican como procedimientos "limpios-contaminados" con entrada controlada hacia el tracto GU (vagina). La histerectomía puede ser un procedimiento "contaminado" si está presente una infección en el momento de la cirugía, ya sea en forma de una infección del tracto urinario o como una infección por vaginosis bacteriana. Es poco común que se considere un procedimiento "sucio" o "infectado", con una perforación en el intestino y contaminación fecal o una infección bacteriana aguda con secreción purulenta (por ejemplo, enfermedad pélvica inflamatoria o endometrial. La incidencia de la infección de la herida oscila entre 0%-22.6%. Las infecciones de aparición temprana son más comúnmente causadas por estreptococos β -hemolíticos del grupo A o posiblemente estreptococos β hemolíticos del grupo B. Las infecciones de aparición tardía son a menudo atribuibles al *Staphylococcus aureus*.

- **Celulitis del manguito vaginal:** Una de las complicaciones infecciosas más comunes después de la histerectomía, que es específica para este procedimiento, es la celulitis del manguito vaginal. Esto suele ocurrir al final de la estancia hospitalaria o poco después del alta. La incidencia varía de 0% a 8.3% después de la histerectomía. Los síntomas pueden incluir fiebre, secreción vaginal purulenta (que se debe distinguir de un flujo fisiológico), y dolor pélvico, abdominal. Las bacterias asociadas a dicha infección es polimicrobiana.
- **Hematoma pélvico infectado o absceso:** un hematoma pélvico infectado o absceso suele presentarse después del alta hospitalaria, a menudo después de que se presenta celulitis del manguito. Las estimaciones de la incidencia de una acumulación de fluido después de la histerectomía van desde 19.4% hasta 90% con estimado de hematoma del 0%- 14.6%.
- **Infección de vías urinarias:** las infecciones del tracto urinario se presentan por lo general en la etapa temprana del período postoperatorio .la incidencia va de 0 -13%. Los patógenos probables incluyen anaerobios facultativos procedentes de la flora intestinal. Aunque El patógeno más común es la *Escherichia coli*.
- **Infección respiratoria:** en el período postoperatorio temprano puede aparecer neumonía. En una paciente sin enfermedad pulmonar, la incidencia de neumonía después de la histerectomía es baja (0-2.16%).²⁴ El riesgo es significativamente mayor en pacientes con enfermedad pulmonar subyacente. Los principales agentes causantes de neumonía nosocomial incluyen *haemophilus influenzae*, y *streptococcus* y *staphylococcus sp*, así como *E. coli*, y *enterobacter*, *klebsiella*, *proteus*, y *serratia sp*. (Clarke & Geller, 2013).

Dehiscencia

La dehiscencia por herida es la separación de las capas de una herida quirúrgica. Las capas de la superficie se separan o se abre la división de la herida por completo.

La dehiscencia por herida varía dependiendo del tipo de cirugía al que se someta. Entra ellas se encuentran:

- Infección en la herida
- Presión sobre puntos de sutura
- Suturas demasiado ajustadas
- Lesión en el área de la herida
- Tejido o músculo débil en el área de la herida
- Técnica incorrecta de sutura usada para cerrar el área operatoria
- Mala técnica de cerrado al momento de la cirugía
- Uso de corticosteroides en alta dosis o a largo plazo
- Deficiencia severa de vitamina C (escorbuto).

Seroma

El seroma es la acumulación de líquidos corporales claros en un lugar del cuerpo de donde se ha extirpado tejido mediante cirugía.

Los seromas pueden aparecer entre siete y diez días después de la cirugía.

La mayoría de los seromas se reabsorben en el cuerpo en un mes aproximadamente, pero en algunos casos esto puede llevar hasta un año. Si el área se vuelve dolorosa o el seroma no mejora, puede ser drenado. En algunos casos, el seroma quizá deba drenarse más de una vez. (Breastcancer.org, 2012)

Complicaciones tromboembólica venosa

Aunque las complicaciones tromboembólicas venosas después de la histerectomía son comunes y pueden ser potencialmente mortales, son eventos prevenibles. No se sabe cuál es la incidencia precisa de la enfermedad tromboembólica venosa profunda (trombosis venosa profunda o embolia pulmonar).

En la miomectomía son más frecuentes las adherencias intraabdominales y la reaparición de los leiomiomas, en comparación con la histerectomía. Los índices de reincidencia de las masas después de su extirpación varían del 40 al 50%. Al parecer en mujeres que se embarazan después de la miomectomía, disminuye la aparición de nuevos leiomiomas, tal vez por los efectos protectores del incremento de la paridad (Hoffman, 2014).

6.8.4 Antecedentes patológicos personales relacionados al desarrollo de complicaciones quirúrgicas

- **Obesidad:** se sabe que la obesidad aumenta la morbilidad y la mortalidad en la población general y, por lo tanto, se percibe como un factor de riesgo para los resultados quirúrgicos adversos.

Las células grasas que pasaron de ser conceptualizadas como almacenadoras de energía, además producen moléculas asociadas a la inflamación crónica sistémica que facilitan estados inflamatorios crónicos y por este mecanismo, colaboran en la aparición de variadas patologías.

(Cubillo, 2014)

- **Diabetes:** La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad común y constituye un importante factor de riesgo para el paciente quirúrgico. Las complicaciones crónicas propias de la enfermedad favorece la aparición de complicaciones tales como:

- La polineuropatía diabética que condiciona una menor sensibilidad a pequeños traumatismos facilita la apertura de puertas de entrada a los microorganismos.
- El vaciado más lento de la vejiga urinaria por neuropatía autonómica favorece las infecciones urinarias.
- La arteriopatía diabética condiciona la isquemia de los tejidos periféricos por la ausencia, en algunas oportunidades, de flujo sanguíneo.
(Valenzuela, 2012).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio

Observacional descriptivo de corte transversal.

7.2 Enfoque de la investigación

Enfoque cuantitativo.

7.3 Área de estudio

Managua, Hospital Bertha Calderón Roque, servicio de ginecología. El cual en sala de hospitalización cuenta con 20 camas, y en sala de operaciones posee 4 quirófanos para cirugías programadas y 1 para cirugías de emergencias, siendo la atención totalmente gratuita por tratarse de un hospital público de referencia nacional.

7.4 Universo del estudio

Para el presente estudio el universo estuvo conformado por 26 pacientes intervenidas quirúrgicamente por miomatosis uterina y que presentaron complicaciones en el periodo de julio a diciembre del 2017.

7.5 Muestra

Para este estudio la muestra corresponde al 100% de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por miomatosis uterina y que presentaron complicaciones en el periodo de julio a diciembre del 2017.

7.6 Estrategia muestral

El método de muestreo es probabilístico, debido a que todas las unidades de análisis que cumplieron los criterios de inclusión fueron incluidas en la muestra.

7.7 Unidad de análisis

Toda paciente ingresada al servicio de ginecología que fueron intervenidas quirúrgicamente por miomatosis uterina y que presentaron complicaciones transoperatorias y postoperatorias.

7.8 Criterios de inclusión

- Expediente completo.
- Pacientes ingresadas al área de ginecología.
- Pacientes ingresadas con diagnóstico de miomatosis uterina y que fueron intervenidas quirúrgicamente.
- Pacientes que presentaron complicaciones transoperatorias secundarias a la técnica quirúrgica.
- Pacientes que presentaron complicaciones postoperatorias secundarias a la técnica quirúrgica.

7.9 Criterios de exclusión

- Expediente incompleto.
- Pacientes que no fueron ingresadas al área de ginecología.
- Pacientes ingresadas con diagnóstico de miomatosis uterina y que no fueron intervenidas quirúrgicamente.
- Pacientes que no presentaron complicaciones transoperatorias secundarias a la técnica quirúrgica.
- Pacientes que no presentaron complicaciones postoperatorias secundarias a la técnica quirúrgica.
- Pacientes que presentan complicaciones secundarias a una patología de base.
- Pacientes que presentaron complicaciones secundarias a la anestesia.

7.10 Instrumentos de recolección de datos

Para este estudio se elaboró una ficha de recolección de información que reúne cada una de las variables concebidas en los objetivos específicos.

7.11 Fuente de información

Fuente primaria: Expediente clínico.

Fuente secundaria: libros, artículos, revistas científicas, estudios monográficos.

Técnica utilizada: revisión documental.

7.12 Procedimiento de análisis documental

Se realizó una carta de solicitud a la dirección de docencia del Hospital Bertha Calderón Roque para la revisión de expediente clínico donde se revisaron 127 expedientes de las cuales 60 se realizaron Histerectomía Abdominal por miomatosis uterina, de estos, 26 expedientes cumplían con los criterios de inclusión, como nuestra unidad de análisis, forman parte de nuestra universo siendo así el 100% de nuestra muestra.

7.13 Variables por objetivo

1. Conocer las características sociodemográfica de los pacientes en estudio.

- a) Edad
- b) Estado civil
- c) Ocupación
- d) Procedencia

2. Identificar los factores relacionados al desarrollo de miomas uterinos de las pacientes a estudio.

- a) Raza
- b) Paridad
- c) Sobrepeso

3. Determinar el tipo de resolución quirúrgica de las pacientes en estudio.

- a) Histerectomía Vaginal
- b) Histerectomía Abdominal
- c) Histerectomía Laparoscopia
- d) Miomectomía
- e) Ablación endometrial
- f) Embolización de las arterias uterinas

4. Conocer los antecedentes patológicos personales relacionados al desarrollo de complicaciones quirúrgicas

- a) Obesidad
- b) Diabetes mellitus

5. Describir las principales complicaciones transoperatorias y postoperatorias secundarias a la técnica quirúrgica.

- a) Hemorragia
- b) Lesión gastrointestinal
- c) Lesión de vejiga
- d) Lesión de uréter
- e) Ninguna en el transoperatorio
- f) Seroma de herida
- g) Infección
- h) Tromboembolismo venosa
- i) Ninguna en el postoperatorio

7.14 Operacionalización de variable

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Edad	Número de años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha.	Según expediente clínico	<30 31-39 40-49 50-59 >60	Ordinal
Estado civil	Condición legal que caracteriza a una persona al vincularse con individuos de otro sexo o mismo sexo.	Según expediente clínico	Soltera Unión libre Casada	Nominal
Ocupación	Actividad u oficio que realiza la paciente.	Según expediente clínico	Ama de casa Asalariada	Nominal

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Procedencia	Lugar donde procede o habita la paciente.	Según expediente clínico	Managua Masaya León	Nominal
Paridad	Número de partos que ha tenido la paciente.	Según expediente clínico	Nulípara Multípara Granmultípara	Ordinal
Sobrepeso	Estado o condición nutricional de una persona con índice de masa corporal mayor 25 kg/m ² a 29.9 kg/m ²	Según expediente clínico	Si No No consignado	Nominal

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Tabaquismo	Consumo habitual o esporádico de tabaco.	Según expediente clínico	Si No	Nominal
Histerectomía vaginal	Cirugía que se realiza por vía vaginal para extraer el útero.	Según expediente clínico	Si No	Nominal
Histerectomía abdominal	Cirugía que se realiza por vía abdominal para extraer el útero.	Según expediente clínico	Si No	Nominal
Histerectomía Laparoscopia	Técnica quirúrgica para extirpar miomas conservando el útero.	Según expediente clínico	Si No	Nominal

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Miomectomía	Cirugía que se realiza para extirpar miomas del útero. Dejando el mismo intacto y por lo tanto es el tratamiento preferido para eliminar los miomas en la mujer que busca tener hijos.	Según expediente clínico	Si No	Nominal
Ablación endometrial	Procedimiento que se realiza para extraer el tejido de revestimiento del útero.	Según expediente clínico.	Si No	Nominal

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Embolización de las arterias uterinas	Cierre de ambas arterias uterinas mediante partículas de alcohol vinílico.	Según expediente clínico	Si No	Nominal
Hemorragia	Pérdida hemática de las arterias, venas o capilares por donde circula según tipo de procedimiento.	Según expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Histerectomía abdominal: 238-660.5ml. • Histerectomía laparoscópica: 156-568ml. • Histerectomía vaginal: 215-287ml. 	Ordinal
Lesión Gastrointestinal	Solución de continuidad en cualquier área del intestino grueso o delgado en el momento de la cirugía.	Según expediente clínico	Si No	Nominal

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Lesión de vejiga	Solución de continuidad en vejiga durante la cirugía.	Según expediente clínico	Si No	Nominal
Lesión de uréter	Solución de continuidad del uréter en el momento de la cirugía.	Según expediente clínico.	Si No	Nominal
Seroma de herida	Acumulación de líquido o fluidos corporales bajo la superficie de la piel.	Según expediente clínico.	Si No	Nominal

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Antecedentes patológicos personales relacionados al desarrollo de complicaciones quirúrgicas	Enfermedades crónicas que posee una persona.	Según expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad Si No No consignado • Diabetes Si No No consignado 	Ordinal Nominal
Infección	Invasión y multiplicación de agentes patógenos en un tejido.	Según expediente clínico.	<ul style="list-style-type: none"> • Infección de herida. • celulitis del manguito vaginal. • Hematoma pélvico infectado o absceso. • Infección de vías urinarias. • Infección respiratoria. 	Nominal

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Seroma	Acumulación de sangre y líquido entre la herida y las capas de la piel.	Según expediente clínico	Si No	Nominal
Dehiscencia	Separación de las capas de una herida quirúrgica	Según expediente clínico	Si No	Nominal
Trombo embolismo	Formación de un coagulo dentro de una vena.	Según expediente clínico	Si No	Nominal

7.15 Cruce de variables

1. Frecuencia de edad.
2. Frecuencia de estado civil.
3. Frecuencia de ocupación.
4. Frecuencia de procedencia.
5. Frecuencia de raza.
6. Frecuencia de paridad.
7. Frecuencia de sobrepeso.
8. Frecuencia de tipo de resolución quirúrgica.
9. Frecuencia de antecedentes relacionados al desarrollo de complicaciones.
10. Complicaciones transquirúrgicas según tipo de resolución quirúrgica
11. Complicaciones postquirúrgicas según tipo de resolución quirúrgica.
12. Frecuencia de infecciones.
13. Infección según antecedentes relacionados al desarrollo de complicaciones.

7.16 Análisis y procesamiento de la información

En nuestro estudio se utilizara Microsoft Word 2013 para la organización de la información. Los datos obtenidos se digitalarán y procesaran en Microsoft Excel 2013, se presentaran en tablas y gráficos, resumiendo los datos en razones, tasas, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión.

7.17 Consideraciones éticas

En este estudio hemos requerido de la autorización escrita de la directora docente del Hospital Bertha Calderón Roque para la revisión de los expedientes clínicos.

Se garantizaran los principios de confidencialidad, respeto y no divulgación de los datos obtenidos de cada uno de los expedientes de los pacientes que participaran en esta investigación. Así mismo manteniendo el cuidado de no revelar la identidad de los pacientes en estudio.

VIII. RESULTADOS

Tabla n° 1. El grupo etario más frecuente en este estudio fueron las pacientes entre 40-49 años de edad con un 69%(18 casos), seguido de 30-39 años con un 27% (7 casos) y 50-59 un 4% (1 caso).

Tabla n° 2. Del 100% de las pacientes el 42%(11 casos) son casadas, seguido de solteras con un 34.6% (9 casos) y pacientes en unión libre con un 23.1%(6 casos).

Tabla n° 3. El 88%(23 casos) de las pacientes son amas de casa seguida de asalariadas con un 12%(3 casos).

Tabla n° 4. Del 100% de las pacientes, el 85%(22 casos) proceden de Managua, seguido de León y Masaya con un 8% cada uno (2 casos).

Tabla n° 5. La raza más encontrada fue la mestiza en un 100% (26 casos).

Tabla n° 6. La paridad que más predominó fue la múltipara con un 81%(21 casos), seguida de nulíparas 12%(3 casos) y la granmúltipara en un 8% (2 casos).

Tabla n° 7. En el 100% (26 casos) de las pacientes no se consignó si presentaban sobrepeso debido a que no se calculó índice de masa corporal en el expediente clínico.

Tabla n° 8. El tipo de resolución quirúrgica que predominó fue la histerectomía abdominal en un 100% (26 casos) en las pacientes a estudio.

Esto a causa de que en nuestro país aún no se ha generalizado la vía laparoscópica u otras técnicas quirúrgicas para realizar esta cirugía.

Tabla n° 9. Del 100% de las pacientes estudiadas el 15% (4 casos) son diabéticas y en el 100% (26 casos) de las pacientes no se consignó obesidad debido a que el índice de masa corporal no está calculado en el expediente.

Tabla n° 10. Del 100% de las histerectomía abdominal que se realizaron el 54%(14 casos) de las pacientes no presentó ninguna complicación transquirúrgica, seguida de un 42% (11 casos) que presentaron hemorragia y en un 4%(1 caso) se presentó lesión de vejiga.

Tabla n° 11. Del 100% de las histerectomía abdominales encontramos que las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes fueron las infecciones en un 39%(14 casos), seguido de seroma en un 25%(9casos) y dehiscencia con un 8%(3 casos).

Tabla n° 12. La Infeccion más frecuente que se encontró fue infección de herida quirúrgica en un 43%(6casos), seguido de Infección respiratoria con un 21%(3casos) e infección de vías urinaria en un 14%(2casos), de las cuales 3 pacientes presentaron 2 tipo de infecciones y 2 pacientes presentaron 3 tipos de infecciones.

Tabla n° 13. Del 100% de las pacientes diabéticas que presentaron infecciones, el 80% (4 casos) fueron infección de herida, seguido de infección de vías urinarias con un 20% (1 caso).

IX. DISCUSION DE RESULTADOS

Las pacientes del presente estudio que desarrollaron miomas uterinos se encontraban entre las edades de 40-49 años con un 69% lo cual no difiere con el estudio realizado en México por Morgan, Elorriaga y Lelevier (revisión de 87 casos), la literatura de Williams de Ginec Obstetricia y con la guía práctica para diagnóstico y tratamiento de miomas uterino donde refieren que las mujeres que presentaban con más frecuencia miomas uterinos eran entre las edades de 30-45 años.

La mayoría de las pacientes en estudio eran casadas en un 42%, predominando las amas de casas en un 88%, de las cuales el 85% procedían de Managua posiblemente por la ubicación geográfica accesible a la zona y también porque es el hospital de referencia nacional en patologías ginec obstétricas. Hasta la fecha no se encontró estudios y literaturas donde se describieran dichos aspectos.

En nuestro estudio se encontró que la mayoría de las pacientes eran multípara en un 81%, este resultado difiere con la literatura de Williams de Ginec Obstetricia donde describe que la nuliparidad es factor a desarrollar miomas uterinos y que las mujeres que tienen mayor paridad tienen menos incidencia a la aparición de dicha patología. Esto puede deberse a que en nuestro país la mayoría de mujeres consumen anticonceptivos sin ser prescrito por un médico desde muy temprana edad, otros factores como la obesidad, sobre peso y factores genéticos entre otros, que se desconocen.

Un dato deficiente fue que no se consignó el Índice de masa corporal en los expedientes clínicos para determinar el sobrepeso, ya que el personal del centro asistencial solo pesó y no talló a las pacientes, lo que es un dato importante para el cálculo del IMC y así conocer el estado nutricional de la paciente.

Hasta la fecha el procedimiento quirúrgico más realizado en el hospital Bertha Calderón es la Histerectomía abdominal en un 100%, coincidiendo con un estudio

realizado en Bogotá, Colombia por Barbosa y Garnica en el año 2013, el cual resultó que el procedimiento quirúrgico más realizado fue la histerectomía siendo la vía de abordaje más realizada la abdominal en un 65%, pero difiere con un estudio de México por Morgan et al (87 casos) ya que la resolución quirúrgica de elección fue la histerectomía laparoscópica; esto a causa de que en nuestro país aún no se ha generalizado la vía laparoscópica u otras técnicas quirúrgicas para realizar esta cirugía.

Entre los factores de riesgos relacionados para desarrollo de complicaciones encontramos: la diabetes en un 15 % de nuestras pacientes, lo cual no coincide con el estudio de Garnica et al en Colombia en el año 2013, donde demuestra que el 3% de sus pacientes eran diabéticas, en Nicaragua un análisis sanitario en el 2005 expresó que la diabetes mellitus alcanza la tasa más alta como causa de mortalidad en un 80.9%. La obesidad como un factor a desarrollar complicaciones es una debilidad en el manejo del expediente clínico debido a que no se logró documentar por personal del centro asistencia los datos necesarios antes mencionados para el cálculo del índice de masa corporal. Siendo de suma importancia ya que según la literatura de Cubillo 2014 la obesidad aumenta la morbimortalidad desarrollando complicaciones en las pacientes que se someten a cirugía.

Un estudio realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense por Díaz Chow en el 2008 y un estudio realizado en México por Morgan et al (87 casos) se demostró que la lesión vesical fue la complicación transquirúrgica más frecuente lo cual difiere con el presente estudio ya que encontramos como principal complicación la hemorragia en un 42%, en las pacientes puede deberse al tipo de histerectomía realizada en este caso la abdominal, tiempo de la cirugía, enfermedades preexistentes, la friabilidad de los órganos y que la mayoría de pacientes presentaban miomatosis de grandes y medianos elementos; sin embargo continúa presentándose la lesión vesical como complicación a pesar de que esta no es la principal.

También se presentaron complicaciones postquirúrgicas, en el estudio realizado por Díaz Chow y un estudio realizado por Barbosa et al demostró que las principales complicaciones fueron las infecciones lo que coincide con nuestro estudio donde la complicación más frecuente fueron las infecciones en un 39%, seguidas de seroma y dehiscencia, dado que el 100% de las pacientes se les realizó histerectomía abdominal. Según la literatura Clark y Geller 2013 las histerectomía abdominales son las que más presentan infecciones. Esto debido a la a exposición de tejidos, el tiempo quirúrgico, antecedentes patológicos ya que estos aumentan 2 veces el riesgo de complicaciones.

Según la literatura de Clark y Geller 2013 las complicaciones postquirúrgicas más comunes son las infecciones de herida seguido de hematoma, infección de vía urinaria e infección respiratoria, otro estudio, de Díaz Chow y el de Barbosa et al donde se encontró entre las más comunes la infección de herida quirúrgica, hematoma y absceso de cúpula, lo cual no difiere con nuestro estudio donde encontramos que la más frecuente fue infección de herida quirúrgica en un 43% esto es debido a presencia de comorbilidades, la técnica de sutura, tiempo de la cirugía, técnica de asepsia y antisepsia, entre otras, y menos frecuente pero presentes la infección respiratoria e infección de vías urinaria. Las infecciones respiratorias y las infecciones de vías urinarias puede deberse a las comorbilidades de las pacientes y el uso de medios invasivo.

Las comorbilidades tienden aumentar las complicaciones postquirúrgicas pudiendo estas alterar el proceso de cicatrización y la inmunidad del paciente, en nuestro estudio se encontraron 5 casos de pacientes diabéticas, las cuales presentaron: infección de herida quirúrgica, infección de vías urinaria, esto puede ser secundario a la descompensación de dicha patología o por complicaciones de la misma. No se encuentra datos o estudios donde nos muestren que las pacientes diabéticas hayan presentado complicaciones postquirúrgicas.

X. CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes que desarrollaron miomas uterinos se encontraron en la cuarta década de vida siendo estas casadas procedentes de Managua.
2. Los factores relacionados para el desarrollo de miomas uterinos más encontrados fueron las multípara siendo todas mestizas. No se determinó el sobrepeso en las pacientes ya que no se encontró consignada la talla en el expediente clínico.
3. La resolución quirúrgica que se realizó en las total de las pacientes fue la histerectomía abdominal ya que aún no se ha generalizado la vía laparoscópica u otras técnicas quirúrgicas para realizar esta cirugía.
4. El antecedente patológico personal más frecuente fue la Diabetes. La obesidad no se determinó ya que no se consignó la talla en el expediente clínico para el cálculo de índice de masa corporal por lo que no se pudo conocer el estado nutricional.
5. La complicación transquirúrgica que predominó fue la hemorragia y Las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes fueron las infecciones.

XI. RECOMENDACIONES

A. Al Hospital y al servicio de ginecología

- Supervisar y remarcar el cumplimiento de la normativa 004 sobre llenado adecuado del expediente clínico en todos sus acápite.
- Incidir sobre el personal médico, remarcando la importancia del peso y talla de las pacientes para elaborar el IMC.
- Incentivar la realización de estudios o investigaciones donde se logre evaluar la calidad técnica de los procedimientos quirúrgicos logrando así disminuir las complicaciones quirúrgicas.
- Evaluación para la integración del manejo de miomatosis uterina en un protocolo de atención ginecológica.
- Hacer gestiones a nivel del ministerio de salud para la adquisición de nuevos equipos médicos y capacitación del personal para así mejorar las alternativas quirúrgicas de las pacientes.

B. A la Universidad

- Fomentar a los estudiantes a dar seguimiento acerca de la patología a estudio.
- Fortalecer el perfil investigativo de los alumnos de la facultad de ciencias médicas.

C. Al Médico

- Cumplir con las técnicas de asepsia y antisepsia para así prevenir complicaciones postquirúrgicas
- Toma de peso y talla de las pacientes para conocer el Índice de masa corporal.

XII. Referencias bibliográficas

- (2009). *Guía práctica para diagnósticos y tratamiento de miomatosis uterina*. Mexico.
- Los fibromas uterinos. (2010). *Patient education the american college of obstetricians and gynecologist womens health care physician*, 1.
- (2012). *Guía de manejo consulta especializadas Ginecobstetricia, Miomatosis*. Colombia.
- Barbara L.Hoffman, J. O. (2014). *Ginecología de Williams*. Mexico: McGRAW-HILL.
- Barbosa Gabriel, & Garnica Lina. (2015). Prevalencia de complicaciones y factores predisponentes en cirugía ginecológica por patología benigna en el Hospital Universitario San Ignacio. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*.
- Chow Diaz Elisa. (2009). *Factores de riesgo y complicaciones quirúrgicas de las cirugías por miomatosis uterina en el Hospital Aleman Nicaraguense septiembre a diciembre 2008*. Managua.
- Clarke-Pearson, & Geller. (2013). Complicaciones de la Histerectomía. *The American College of Obstetricians and Gynecologist*.
- Donnes J, & Dolmans M-M. (2016). Uterine fibroid management: from the present to the future. *Human Reproduction Update*.
- Hernandez Valencia M, V. C. (2017). Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 612.
- Loyola Z, S., Fava Mario, Macaya Rodrigo, & Meneses Luis. (2007). Embolización de arterias uterinas en el tratamiento de miomas uterinos sintomáticos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*.
- Morgan OF, Elorriaga EG, Soto PJM, & Lelevier RHB. (2008). Histerectomía total laparoscópica: complicaciones y evolución clínica en una serie de 87 casos. *Ginecología y obstetricia de Mexico*, 520-525.
- NOVAK, BEREK. (2013). *Ginecología* (15a ed.).
- Scarella, A., Chamy, v., & Sobino, H. (2011). Ablación endometrial por histeroscopia: resultados, prevención y manejo de complicaciones. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*.

Trefoux Bourdet, A., Luton D, & Koskas , M. (2015). Clinical utility of ulipristal acetate for the treatment of uterine fibrosis. *International Journal of womens health*.

Toledo, Cubillo, Gómez (2014). Asociación entre obesidad e infecciones: un estudio de corte transversal. *Revista Med* . Volumen 22.

Valenzuela P. (2012). Infecciones y diabetes. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. Volumen 10.

XIII. ANEXOS



ANEXO .1



**Instrumento de recolección de información
Ficha de recolección de datos
Hospital Bertha Calderón Roque**

**Complicaciones quirúrgicas de las pacientes con diagnóstico de
miomatosis uterina ingresadas en el servicio de ginecología**

I. Datos generales

Edad: _____

Procedencia_____

Estado civil: 1. Soltera _____

2. Unión libre _____

3. Casada _____

4. Viuda _____

Ocupación: Ama de casa _____

Asalariada _____

II. Factores relacionados

Raza: _____

Paridad: Nuliparidad _____

Multiparidad _____

Granmultipara _____

Sobrepeso: Si _____ No _____

III. Tipo de resolución quirúrgica

Histerectomía Vaginal_____

Histerectomía Abdominal_____

Laparoscopia_____

Miomectomía_____

Ablación endometrial_____

Embolización de las arterias uterinas_____

IV. Antecedentes relacionados al desarrollo de complicaciones

Obesidad: Si_____ No_____ No consignado_____

Diabetes: Si_____ No_____

V. Complicaciones transoperatorias

Hemorragia_____

Lesión gastrointestinal_____

Lesión de vejiga_____

Lesión uréter_____

Ninguno _____

VI. Complicaciones post operatorios

Seroma de herida _____

Infección _____

Hematoma _____

Absceso de cúpula _____

Tromboembolismo venoso _____

Ninguna _____

ANEXO. 2

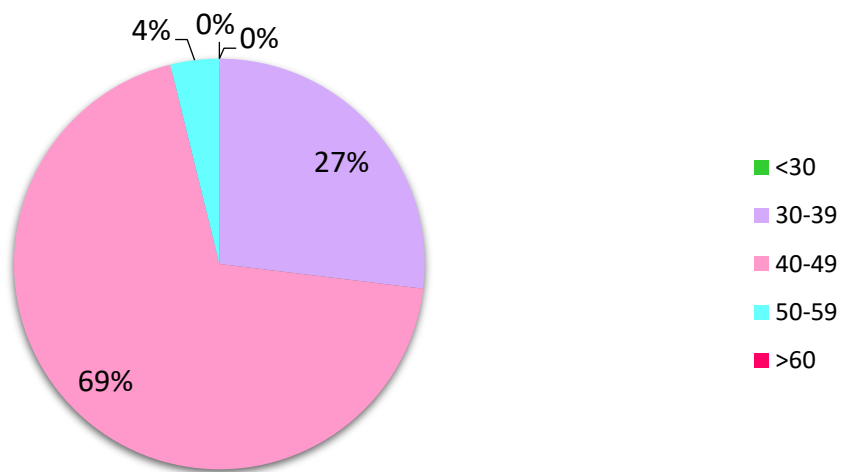
Tablas de salida y gráficos

Tabla n° 1
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de edad
Julio a diciembre de 2017

Rango de edad	Edad	
	Frecuencia	%
<30	0	0%
30-39	7	27%
40-49	18	69%
50-59	1	4%
>60	0	0%
TOTAL	26	100%

Fuente: expediente clínico

Gráfica n° 1
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de edad
Julio a diciembre de 2017

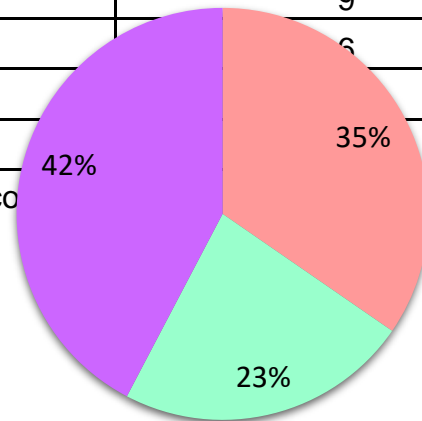


Fuente: tabla n°1

Tabla n° 2
Hospital Bertha Calderón Roque

Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de estado civil
Julio a diciembre de 2017

VALOR	Estado civil	
	Frecuencia	%
Soltera	9	34.6%
Unión libre	6	23.1%
Casada	15	42.3%
TOTAL		100%



Fuente: expediente clínico

Fuente: tabla n°2

Tabla n° 3
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de ocupación
Julio a diciembre de 2017

VALOR	Ocupación	
	Frecuencia	%
Ama de casa	23	88%
Asalariada	3	12%
TOTAL	26	100%

Fuente: expediente clínico

Gráfica n° 3
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de ocupación
Julio a diciembre de 2017

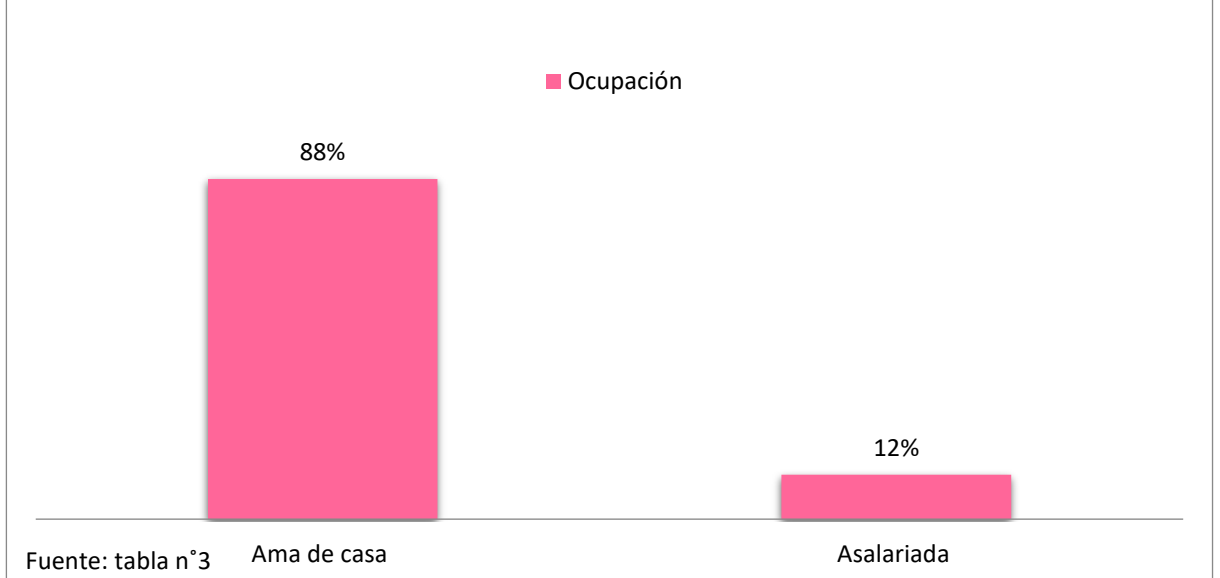
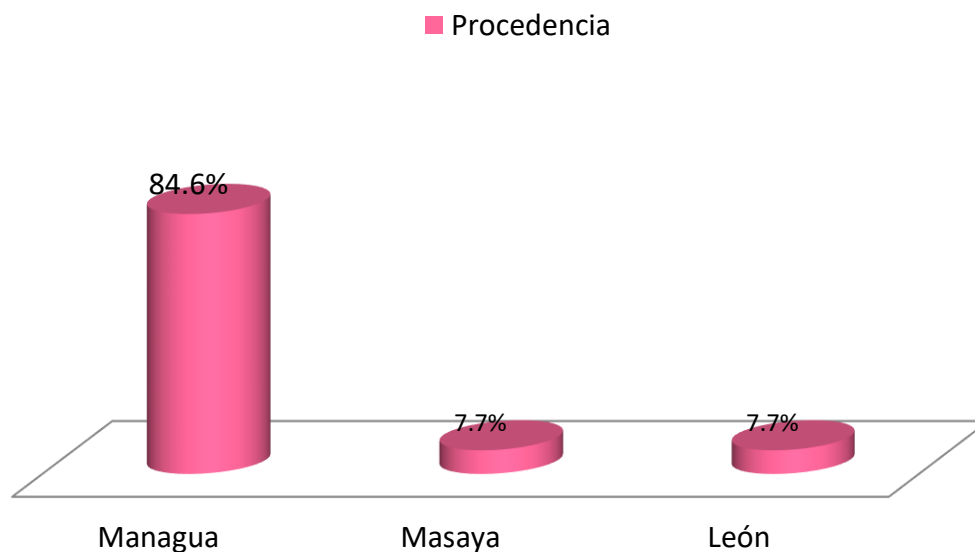


Tabla n° 4
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de procedencia
Julio a diciembre de 2017

VALOR	Procedencia	
	Frecuencia	%
Managua	22	84.6%
Masaya	2	7.7%
León	2	7.7%
TOTAL	26	100%

Fuente: Expediente clínico

Gráfica n° 4
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de procedencia
Julio a diciembre de 2017



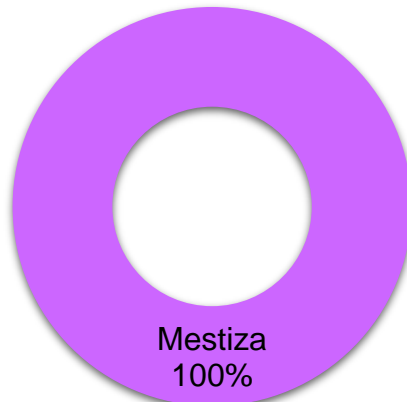
Fuente: tabla n°4

Tabla n° 5
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de raza
Julio a diciembre de 2017

VALOR	Raza	
	Frecuencia	%
Mestiza	26	100%
TOTAL	100%	100%

Fuente: expediente clínico

Gráfica n° 5
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de raza
Julio a diciembre de 2017



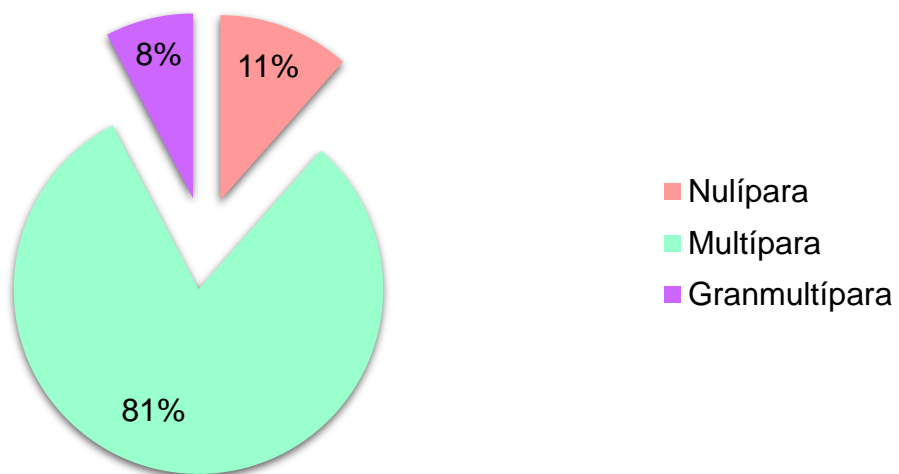
Fuente: tabla n°5

Tabla n° 6
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de paridad
Julio a diciembre de 2017

VALOR	Paridad	
	Frecuencia	%
Nulípara	3	11%
Múltipara	21	81%
Granmúltipara	2	8%
TOTAL	26	100%

Fuente: expediente clínico

Gráfico n° 6
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de paridad
Julio a diciembre de 2017



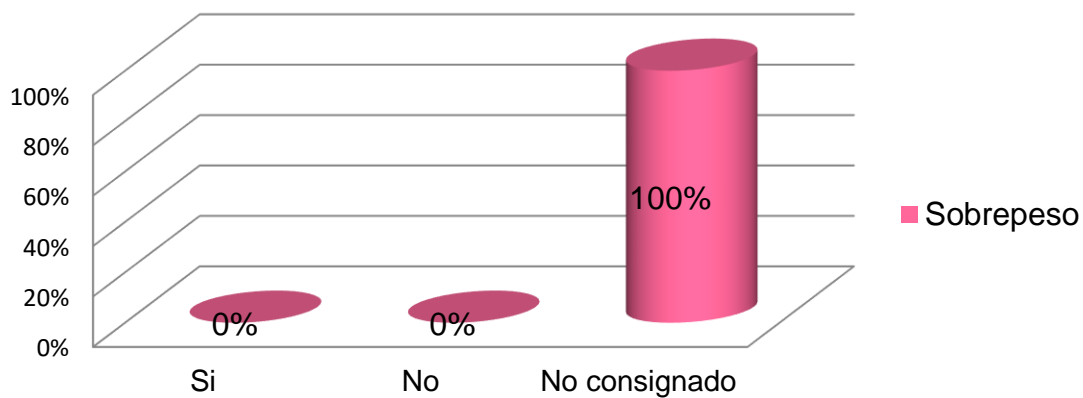
Fuente: tabla n°6

Tabla n° 7
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de sobrepeso
Julio a diciembre de 2017

VALOR	Sobrepeso	
	Frecuencia	%
Si	0	0%
No	0	0%
No consignado	26	100%
TOTAL	0	100%

Fuente: expediente clínico

Gráfica n° 7
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de sobrepeso
Julio a diciembre de 2017



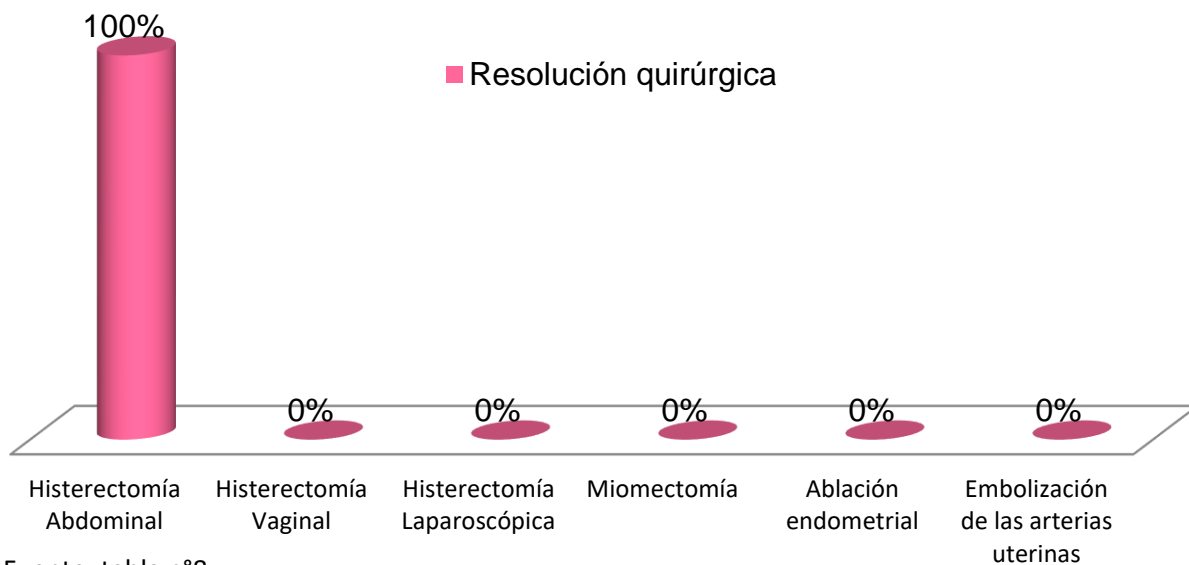
Fuente : tabla n°7

Tabla n° 8
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de tipo de resolución quirúrgica
Julio a diciembre de 2017

VALOR	Frecuencia de tipo de resolución quirúrgica				TOTAL	
	Si		No			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Histerectomía Abdominal	26	100%	0	0%	26	100%
Histerectomía Vaginal	0	0%	0	0%	0	0%
Histerectomía Laparoscópica	0	0%	0	0%	0	0%
Miomectomía	0	0%	0	0%	0	0%
Ablación endometrial	0	0%	0	0%	0	0%
Embolización de las arterias uterinas	0	0%	0	0%	0	0%
Total	26	100%	0	0%	26	100%

Fuente: Expediente clínico

Gráfica n° 8
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de tipo de resolución quirúrgica
Julio a diciembre de 2017



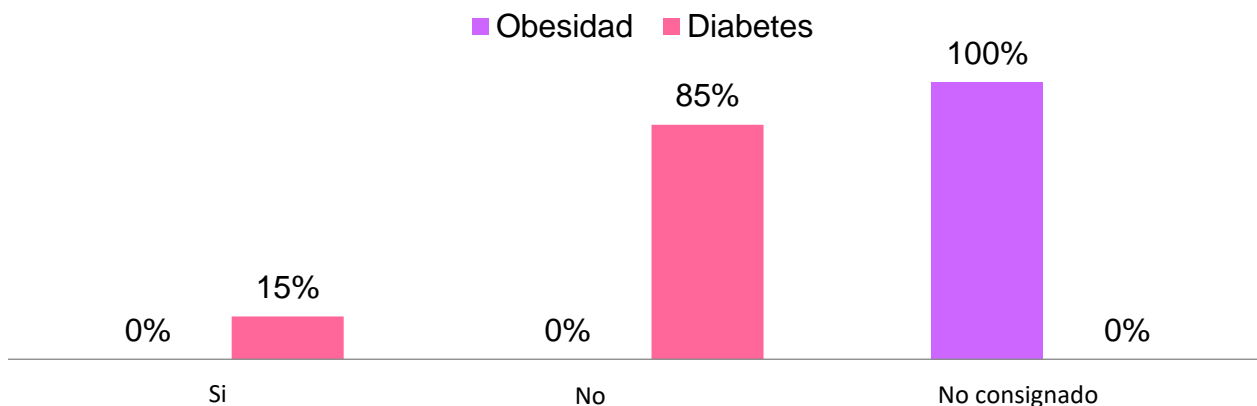
Fuente: tabla n°8

Tabla n° 9
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de antecedentes relacionados al desarrollo de complicaciones
Julio a diciembre de 2017

VALOR	Frecuencia de antecedentes relacionados al desarrollo de complicaciones						TOTAL	
	Si		No		No consignado		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Obesidad	0	0%	0	0%	26	100%	26	100%
Diabetes	4	15%	22	85%	0	0%	26	100%

Fuente: expediente clínico

Gráfico n° 9
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de antecedentes relacionados al desarrollo de complicaciones
Julio a diciembre de 2017



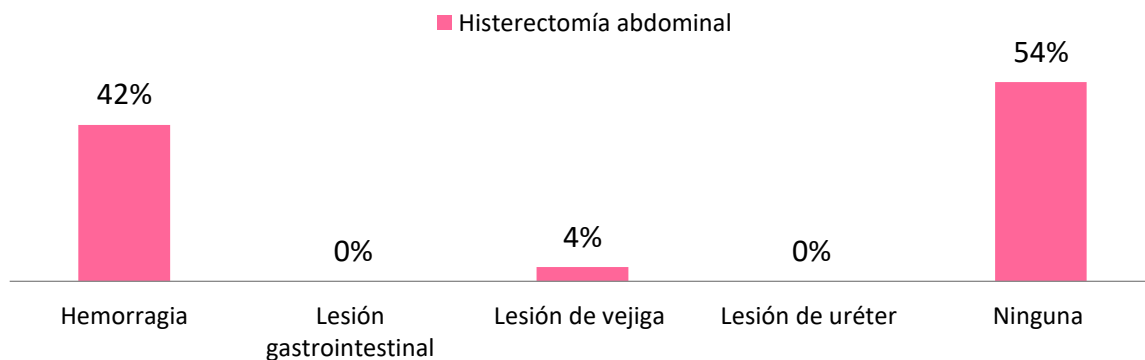
Fuente: tabla n°9

Tabla n° 10
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Complicaciones transquirúrgicas según el tipo de resolución quirúrgica
Julio a diciembre de 2017

Complicaciones transquirúrgicas	Tipo de resolución quirúrgicas		TOTAL	
	Histerectomía abdominal			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hemorragia	11	42%	11	42%
Lesión gastrointestinal	0	0%	0	0%
Lesión de vejiga	1	4%	1	4%
Lesión de uréter	0	0%	0	0%
Ninguna	14	54%	14	54%
Total	26	99.98%	26	100%

Fuente: expediente clínico

Gráfica n° 10
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Complicaciones transquirúrgicas según el tipo de resolución quirúrgica
Julio a diciembre de 2017



Fuente: tabla n°10

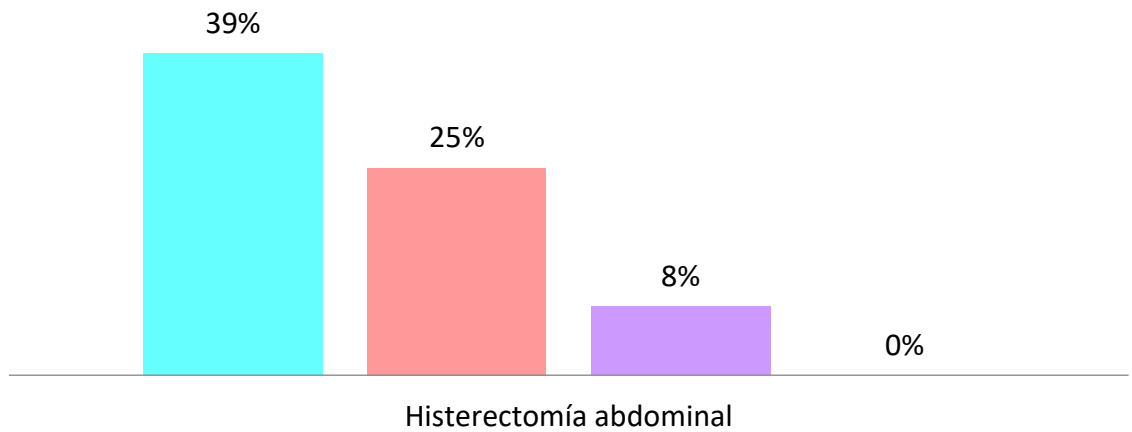
Tabla n° 11
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Complicaciones postquirúrgicas según tipo de resolución quirúrgica
Julio a diciembre de 2017

Complicaciones Postquirúrgicas	Tipo de resolución quirúrgica		Total	
	Histerectomía Abdominal			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Infecciones	14	39%	14	39%
Seroma	9	25%	9	25%
Dehiscencia	3	8%	3	8%
Tromboembolismo	0	0%	0	0%
Ninguna	10	28%	10	28%
Total	36	100%	26	100%

Fuente: expediente clínico.

Gráfica n°11
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
**Complicaciones postquirúrgicas según tipo de resolución
quirúrgica**
Julio a diciembre de 2017

Infecciones Seroma Dehiscencia Tromboembolismo



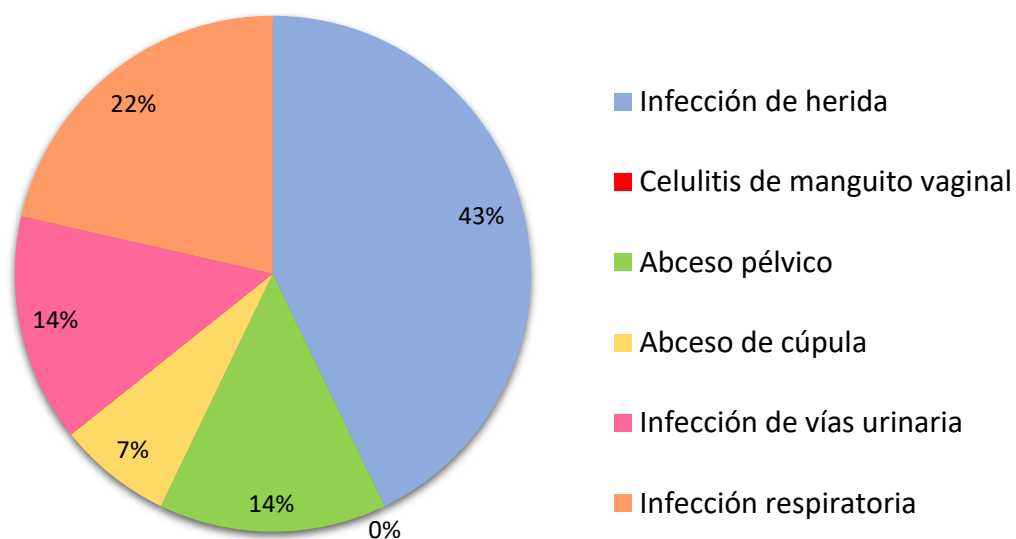
Fuente tabla n°11

Tabla n °12
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de infecciones
Julio a diciembre de 2017

VALOR	Frecuencia de Infección	
	Frecuencia	%
Infección de herida	6	43%
Celulitis de manguito vaginal	0	0%
Abceso pélvico	2	14%
Abceso de cúpula	1	7%
Infección de vías urinaria	2	14%
Infección respiratoria	3	21%
Total	14	100%

Fuente: expediente clínico

Tabla n °12
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Frecuencia de infecciones
Julio a diciembre de 2017



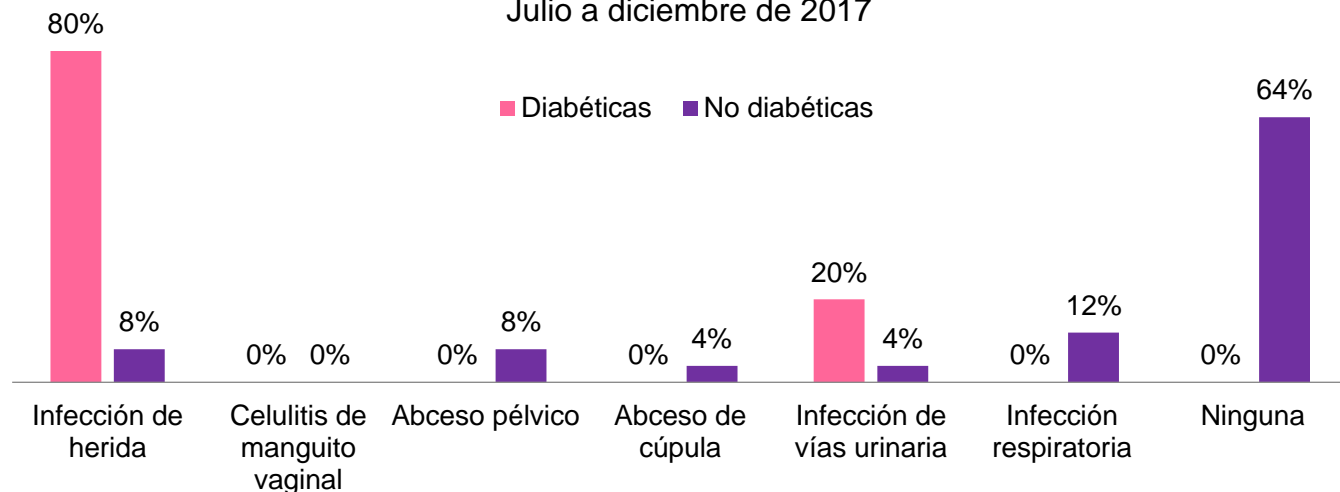
Fuente: tabla n°12

Tabla n°13
Hospital Bertha Calderón Roque
Servicio de ginecología
Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Infección según antecedentes relacionados al desarrollo de complicaciones
Julio a diciembre de 2017

INFECCIONES	Antecedentes relacionados al desarrollo de complicaciones					
	Diabetes					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
Infección de herida	4	80%	2	8%	6	20%
Celulitis de manguito vaginal	0	0%	0	0%	0	0%
Abceso pélvico	0	0%	2	8%	2	7%
Abceso de cúpula	0	0%	1	4%	1	3%
Infección de vías urinaria	1	20%	1	4%	2	7%
Infección respiratoria	0	0%	3	12%	3	10%
Ninguna	0	0%	16	64%	16	53%
Total	5	100%	25	100%	30	100%

Fuente: expediente clínico

Gráfico n°13
 Hospital Bertha Calderón Roque
 Servicio de ginecología
 Complicaciones quirúrgicas de miomatosis uterina
Infección según antecedentes relacionados al desarrollo de complicaciones
 Julio a diciembre de 2017



Fuente: tabla n°13