



UNIVERSIDAD DE MACHALA
“Calidad, Pertinencia y Calidez”

UNIDAD ACADÉMICA CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TEMA

HISTERECTOMÍA EN LAS PACIENTES INGRESADAS EN EL
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL EN EL CANTÓN PASAJE
EN EL AÑO 2012.

AUTOR

KARLA SIGSIG GUAYARA

TUTORA

LCDA. SANDRA FALCONI PELÁEZ

MACHALA - EL ORO - ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

LCDA. SANDRA V. FALCONI PELÁEZ

CERTIFICA:

Haber revisado la tesis : **HISTERECTOMÍA EN LAS PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL EN EL CANTÓN PASAJE EN EL AÑO 2012.**Cuya autora es la Egresada en Enfermería **KARLA SIGSIG GUAYARA** la que se encuentra con los requisitos técnicos estipulados por la Carrera De Enfermería de la Unidad Académica De Ciencias Químicas y de la Salud por lo que autorizo su presentación.

LCDA. SANDRA V. FALCONI PELÁEZ

TUTORA

CESION DE DERECHOS DE AUTORIA

Yo, **KARLA SIGSIG GUAYARA**, con número de cedula 0705837052, egresada de la Carrera de Enfermería de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, responsable de la presente tesis : **HISTERECTOMÍA EN LAS PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL EN EL CANTÓN PASAJE EN EL AÑO 2012.** Certifico que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobado por mi tutora de tesis autorizando su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mis derechos de autoría a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que sea conveniente.

KARLA SIGSIG GUAYARA

C.I.: 0705837052

AUTORA

RESPONSABILIDAD

Todas las opiniones, criterios, conclusiones, recomendaciones, análisis, estadísticas vertidas en el presente trabajo de tesis son de absoluta responsabilidad de la autora.

KARLA SIGSIG GUAYARA
AUTORA

DEDICATORIA

Es importante dedicar este esfuerzo y sacrificio a Dios por guiarme, darme su protección, bendiciones innumerables, dando su mano cuando sentía caer, además a mí querida Madre por brindarme su apoyo incondicional quien ha dejado sus necesidades de lado para complacer las mías, gracias a ella he subido un peldaño más en mi vida, a mi querido hijo por darme las fuerzas y el empuje diario de seguir adelante al saber que su presente y futuro está en mi por ti mi hijo lindo por nuestro futuro y nuestro presente.

.

KARLA SIGSIG

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por sus bendiciones derramadas en mi por darle a las autoridades de la Universidad Técnica De Machala el conocimiento y sabiduría necesario para darme esa oportunidad y por apoyarme y formarme como Licenciada en Enfermería, A mis maestros/as por sus conocimientos, disposición y ayuda brindada. Ya que no es fácil llegar, se necesita esfuerzo, lucha y deseos, pero sobre todo el apoyo como el que he recibido durante todo este tiempo. Ahora más que nunca se acredita nuestra admiración y respeto a mi Tutora por haberme guiado en este trabajo y haberme enseñado a ser paciente hasta alcanzar mi meta deseada.

KARLA SIGSIG

LA AUTORA

INDICE

| Temas | Pág. |
|--|-------------|
| Portada | |
| Certificación | |
| Cesión de derechos de autoría | |
| Responsabilidad | |
| Dedicatoria | |
| Agradecimiento | |
| Resumen | 1 |
| Introducción | 2 |
| Planteamiento del problema | 4 |
| Formulación del problema | 5 |
| Objetivos | 6 |
| Justificación | 7 |
| Hipótesis | 8 |
| Operacionalización de variables | 9 |
| Capítulo I | 11 |
| 1.Marco Teórico | 11 |
| 1.1 Generalidades del aparato reproductor femenino | 11 |
| 1.1.1 Genitales externos | 11 |
| 1.1.2 Genitales internos | 12 |
| 1.1.2.1 Útero | 12 |
| 1.1.2.2 Trompas de Falopio | 12 |
| 1.1.2.3 Ovario | 13 |
| 1.1.2.4 Vagina | 13 |
| 1.1.2.5 Vejiga Urinaria | 13 |
| 1.1.2.6 Uréter | 14 |
| 1.1.2.7 Periné | 14 |
| 1.1.3 ANATOMIA FISILOGIA DEL UTERO LOCALIZACION Y MORFOLOGIA EXTERNA | 15 |
| 1.1.3.1 Medios de fijación | 16 |
| 1.1.3.2 Relaciones del útero | 17 |
| 1.1.3.3 Irrigación sistema arterial | 18 |
| 1.1.3.4 Fisiología | 18 |
| 1.2 LA HISTERECTOMIA | 19 |
| 1.2.1 Definición | 19 |
| 1.2.2 Indicaciones de la histerectomía | 20 |
| 1.2.2.1 Esterilización | 20 |
| 1.2.2.2 Leiomiomas Uterinos | 21 |
| 1.2.2.3 Relajación Pélvica | 23 |
| 1.2.2.4 Endometriosis | 23 |
| 1.2.2.5 Adenomiosis | 25 |
| 1.2.2.6 Hiperplasia Endometrial | 26 |
| 1.2.2.7 Tratamiento de reposición de estrógenos | 27 |

| | |
|--|----|
| 1.2.2.8 Prevención del cáncer | 27 |
| 1.2.2.9 Dolor Pélvico Crónico | 28 |
| 1.2.3 ABORDAJE QUIRURGICO DE LA HISTERECTOMIA | 29 |
| 1.2.3.1 Comparación de abordajes en la histerectomía | 30 |
| 1.2.3.2 Selección de la vía para la histerectomía | 32 |
| 1.2.4 COMPLICACIONES DE LA HISERECTOMIA | 34 |
| 1.2.4.1 Hemorragia | 34 |
| 1.2.4.2 Hemorragia transoperatoria | 34 |
| 1.2.4.3 Hemorragia Postoperatoria | 35 |
| 1.2.4.4 Infección | 35 |
| 1.2.4.5 Fiebre no explicada | 35 |
| 1.2.4.6 Infección de la herida quirúrgica | 35 |
| 1.2.4.7 Infecciones alejadas del sitio quirúrgico | 36 |
| 1.2.5 LESIONES DE ORGANOS ADYACENTES | 37 |
| 1.2.5.1 Lesiones Vesicales | 37 |
| 1.2.5.2 Lesiones Intestinales | 37 |
| 1.2.5.3 Daño de uréteres | 37 |
| 1.2.6 TRASTORNOS DIVERSOS | 38 |
| 1.2.6.1 Enfermedad Tromboembolica | 38 |
| 1.2.6.2 Dehiscencia de herida quirúrgica | 39 |
| 1.2.6.3 procedimientos quirúrgicos mayores no intencionales | 39 |
| 1.2.7 OTRAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA | 39 |
| 1.2.7.1 Trastornos Psicosexuales | 39 |
| 1.2.7.2 Disfunción de la porción inferior del aparato urinario | 40 |
| 1.2.7.3 Disfunción Intestinal | 40 |
| 1.3 ESTUDIOS REALIZADOS | 41 |
| CAPITULO II | 44 |
| 2 MATERIALES Y METODOS | 44 |
| 2.1 Área de estudio | 44 |
| 2.2 Periodo de Investigación | 44 |
| 2.2.1 Recursos | 44 |
| 2.3 UNIVERSO Y MUESTRA | 45 |
| 2.4 METODO | 46 |
| 2.4.1 Tipo de investigación | 46 |
| 2.4.2 Criterios de inclusión y exclusión | 46 |
| 2.6 METODOLOGIA | 47 |
| 2.7 EVALUACION | 48 |
| 2.8 TABULACION | 49 |
| CAPITULO III | 50 |

| | |
|--|----|
| 3 PROCESAMIENTO DE DATOS | 50 |
| 3.1 ANALISIS DE LA FASE DE INVESTIGACION | 50 |
| Cuadro 1 | 50 |
| Cuadro 2 | 51 |
| Cuadro 3 | 52 |
| Cuadro 4 | 53 |
| Cuadro 5 | 54 |
| Cuadro 6 | 55 |
| Cuadro 7 | 56 |
| Cuadro 8 | 57 |
| Cuadro 9 | 58 |
| 3.2 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACION | 59 |
| EVALUACION DEL PROCESO | 59 |
| Cuadro 1 | 59 |
| Cuadro 2 | 60 |
| Cuadro 3 | 61 |
| Cuadro 4 | 62 |
| Cuadro 5 | 63 |
| Cuadro 6 | 64 |
| Cuadro 7 | 65 |
| Cuadro 8 | 66 |
| Cuadro 9 | 67 |
| Conclusiones | 69 |
| Recomendaciones | 70 |
| Bibliografía | 71 |
| Anexos | |
| Anexo 1 | |
| Anexo 2 | |
| Anexo 3 | |
| Anexo 4 | |
| Anexo 5 | |
| Anexo 6 | |
| Anexo 7 | |
| Cronograma de charlas educativas | |
| Programa | |
| Anexo 8 | |

RESUMEN

La histerectomía es considerada un procedimiento invasivo quirúrgico el cual se realiza durante el proceso de parto o después además está indicado como tratamiento resolutivo de complicaciones que pueden causar la muerte a las pacientes, siendo imposible controlarlas. Motivo por el cual se realizó el siguiente trabajo de investigación el mismo que tuvo como objetivo general: Determinar las características de la histerectomía en las pacientes ingresadas en el hospital San Vicente de Paúl en el cantón pasaje en el año 2012. Utilizando un estudio transversal, se realizó la investigación revisando 72 historias clínicas que corresponden al universo de la población en estudio, utilizando el método deductivo analítico y sintético se divide el estudio en tres fases la primera donde se realiza la investigación y se obtienen los resultados para lo cual se utilizó un cuestionario para la revisión de historias clínicas donde se dio valor a las variables en estudio; Perfil materno, ginecológico, morbimortalidad de las usuarias, la segunda fase donde se ejecutó un plan educativo dirigido a las mujeres que acuden a la consulta externa del hospital, en la tercera fase se evaluó el plan mediante el proceso, producto e impacto, del cual se obtuvo que el 100% de usuarias manifestaron que el plan lleno sus expectativas, además que fue oportuno, de los resultados de mayor significancia son el total de pacientes sometidas al procedimiento fue de 72. El 44% estaban entre la tercera y cuarta década de vida, siendo la paridad igual o mayor de 3 en el 75%. El 96% ocurrió durante el tercer trimestre. En el 68% había antecedente de cirugía, siendo la cesárea segmentaria el 64%. La histerectomía obstétrica, se realizó en un 76% de los casos por atonía uterina, en un 12%, por miomatosis y en un 2% por ruptura uterina. En el 92% hubo anemia, 1% se dio por atonía y ruptura del útero, se concluye que la histerectomía es un procedimiento que salva la vida de las pacientes que presentan complicaciones además que estas son inevitable e impredecibles siendo la mayor indicación del procedimiento fue la atonía uterina en un 76%. La mayor morbilidad fue la anemia, en un 92%.

El grupo beneficiario de la investigación fueron las mujeres atendidas en la consulta externa en el hospital San Vicente de Paul del cantón Pasaje.

INTRODUCCIÓN

Una histerectomía (del griego ὑστέρα hystera "útero" y εκτομία ektomia "sacar por corte") es la extracción del útero, ya sea por causas naturales o por causa de una intervención quirúrgica. La pérdida de útero provoca la imposibilidad absoluta de anidar el ovocito o huevo fecundado, lo que impide el desarrollo del embrión y posteriormente el feto, lo que provoca esterilidad.

Está considerada como la última alternativa en situaciones donde las medidas conservadoras no logran controlar la hemorragia postparto. Es una cirugía habitualmente urgente y de riesgo vital que pone a prueba las habilidades del equipo quirúrgico a cargo de la resolución de esta grave complicación. Este procedimiento se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, y seguirá siendo utilizada en futuras generaciones, probablemente con mejores técnicas y novedosas aproximaciones tecnológicas, pero sin duda como medida última en el manejo de la hemorragia postparto. (EREKSON, 2009)

En la actualidad, cada vez menos médicos indican la histerectomía obstétrica debido diversas razones, entre ellas: disponibilidad de antibióticos de amplio espectro, de hemoderivados, agentes uterotónicos, y al refinamiento y estandarización de la cirugía. El procedimiento puede realizarse de manera electiva o de urgencia, que es la más frecuente. Los factores de riesgo más identificados son: antecedentes de cesárea previa, ser mayor de 35 años de edad, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y embarazos múltiples, por mencionar algunos. (VALLE, 2009)

Ahora bien en la bibliografía de los textos básicos nos menciona este procedimiento como tratamiento en la presentación de la hemorragia post parto o atonía uterina, existen estudios que las causas están siendo combinadas con patologías presentes en el embarazo como la placenta previa, acresentismo placentario, además de la

presentación de miomatosis, es así que este tema necesita nuevos enfoques y conductas terapéuticas, además que se observa que es más infrecuente ya que en la actualidad existen mejores condiciones asépticas el uso de útero inhibidores, la mayor disponibilidad de antibióticos y hemoderivados, sin embargo es importante caracterizarla para enfocar las actividades en los grupos de mayor riesgo.

Estudios internacionales como los realizados en Perú, son mayormente en relación a la cesárea - histerectomía, es así que Castillo y Espinoza en el IMP reportaron 49 casos entre enero de 1993 a diciembre de 1995, encontrando como factores de riesgo la multiparidad, edad mayor a 35 años, placenta previa, HTA, cesárea previa, situación transversa, trabajo de parto disfuncional y corioamnioitis entre otros. García en el Hospital Guillermo Almenara reporta que entre 1991 a 1998 el 0.33% de las cesáreas terminaron en histerectomía haciendo una incidencia de 0.94 por 1000 partos. Ramírez reporta entre 1980 a 1992.20 casos de cesárea histerectomía en los hospitales Guillermo Almenara y Centro Médico Naval entre 1980 y 1992 dando una incidencia de 1 en 1076 partos en el Hospital Almenara y 1 en 1954 partos en el Centro Médico Naval. ¹⁵ (NICHOLS, 2001) Otros autores tanto a nivel nacional como en otros países reportan que entre el 0.05% hasta 1.6% de las cesáreas terminan en histerectomía. ²⁶ (NEIL, 2009) Navia y col. En Chile evalúan 52 casos de histerectomía obstétrica, obteniendo una incidencia de 1 por cada 2283 partos (0.44 por 1000), el 15.39% durante el 1 y 2do bimestre y el 84.61% en el 3er trimestre, la principal indicación fue la atonía uterina (25.00%), seguida del acretismo (21.15%). (TOMA, 2011)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel provincial existe un vacío del conocimiento ya que no se cuenta actualmente con datos estadísticos que demuestran la prevalencia del problema, sin embargo en el cantón Machala se reportó un total de 82 casos en el 2011 aumentando el número de casos para el 2012 a 98, entre las principales causas de histerectomías obstétricas reportadas son; ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa con una incidencia calculada de 12%, placenta ácrata con 4,1%, placenta previa 0,5%, abrupción placentaria 23,5% atonía uterina 23,5% (MSP, 2014).

A nivel local en el cantón Pasaje se registró para el año 2011 un total de 43 pacientes que se les realizó histerectomía, aumentando para el año 2012 en 72 pacientes, denotando así el aumento de la morbimortalidad de las mujeres para indicar histerectomía, además el cuidado del embarazo para la prevención de procesos que en el parto ocasionen atonía uterina, es importante mencionar también que el número de hijos de las mujeres es un factor común, además aquellas que habitan en zona rural y que tienen su parto en casa son las que con seguridad llegan a una histerectomía, por otra parte están las mujeres a partir de la cuarta década es así que estas presentan patología en el órgano como miomatosis y terminan en una histerectomía. Entre las complicaciones más observadas después de una histerectomía son shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, hipotensión intraoperatoria, lesión de vejiga y/o uréteres y relaparotomía por persistencia del sangrado, además Si bien la histerectomía de emergencia no tiene comentarios, la que se practica en ausencia de emergencia y la electiva son muy controversiales. La ventaja es que se puede solucionar un problema ginecológico con una sola intervención, un sólo riesgo y a un costo discretamente mayor. La desventaja es el tiempo quirúrgico más largo, una morbilidad mayor y el requerir un mejor entrenamiento quirúrgico.

FORMULACION DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es la incidencia de la histerectomía en las mujeres atendidas en el hospital san Vicente de Paúl en el año 2012?

SISTEMATIZACIÓN

- ¿Cuáles son las características individuales de las mujeres sometidas a histerectomía ingresadas en el hospital San Vicente de Paul en el año 2012?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las mujeres sometidas a histerectomía ingresadas en el hospital San Vicente de Paul en el año 2012?
- ¿Cuál es la morbi-mortalidad de las mujeres sometidas a histerectomía ingresadas en el hospital San Vicente de Paul en el año 2012?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la incidencia característica de histerectomía en las mujeres atendidas en el hospital San Vicente de Paul en el año 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer las características individuales de las mujeres sometidas a histerectomía ingresadas en el hospital San Vicente de Paul en el año 2012.
- Identificar las características obstétricas de las mujeres sometidas a histerectomía ingresadas en el hospital San Vicente de Paul en el año 2012.
- Determinar la morbi-mortalidad de las mujeres sometidas a histerectomía ingresadas en el hospital San Vicente de Paul en el año 2012.
- Ejecutar un programa educativo sobre los factores de riesgo obstétrico de las embarazadas dirigido a las pacientes que asisten a la consulta externa del hospital San Vicente de Paul en el año 2012.

JUSTIFICACIÓN

La histerectomía considerada como un procedimiento de elección para los casos de hemorragia post parto grave, atonía uterina, miomatosis es un procedimiento que en la actualidad es dado después de haber realizado los esfuerzos y las opciones actualizadas, siendo este que conlleva en si algunas complicaciones como mayor incidencia de shock hipovolémico, hipotensión arterial, coagulación intravascular diseminada, además de esta fundamentación fue importante desarrollar la investigación a partir de la necesidad del tratamiento en mujeres donde el proceso se torna inevitable, porque tienden a proyectarse a la histerectomía como el término de su vida sexual además como el termino de función hormonal, estos mitos en la sociedad femenina actual tienen que ser descartados, con la educación continua siendo este el trabajo y el fundamento del cuidado de la enfermera actual, resaltando la prevención y el trabajo extramural.

Por tal motivo se decidió realizar la siguiente investigación la misma que para su materialización conto con los recursos humanos y materiales necesarios, además del apoyo de las instituciones trabajando con el grupo beneficiario de las mujeres atendidas en la consulta ginecológica del hospital aplicando un programa de enfoque educativo, el mismo que se obtendrá la concienciación de las mujeres sobre la histerectomía en caso que sea necesario este procedimiento.

Considerando también que se aportara con los resultados de esta investigación al personal al hospital para que puedan tomar medidas pertinentes y se centren las actividades a los principales grupos de riesgos y así se estará fomentando y aportando con los objetivos del Plan del Buen Vivir sobre todo con el tercer objetivo que es mejorar la calidad de vida de la población mediante la promoción para la prevención de enfermedades.

HIPÓTESIS

La histerectomía está asociada al perfil materno, obstétrico y a la morbimortalidad de las mujeres ingresadas al hospital San Vicente de Paul en el año 2012.

VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Perfil materno
- Perfil obstétrico
- Morbi- mortalidad materna

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Histerectomía

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variables | Definición conceptual | Indicador | Escala |
|-------------------------------------|--|--|---|
| Características individuales | <p>Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento</p> <p>Ocupación: acción de ocuparse, un trabajo.</p> <p>Nivel Educativo: Título que fija los conocimientos, habilidades y destrezas, que indica la amplitud y profundidad de los mismos</p> <p>Antecedentes patológicos Presentación de situaciones que pueden complicar la cirugía.</p> | <p>Años</p> <p>Tipo</p> <p>Nivel</p> <p>Tipo</p> | <p>20-29 40 - 49 30-39 50 - 59</p> <p>E. pública, privada, Q.D. Comerciante</p> <p>Primaria Secundaria Superior Ninguna</p> <p>Tabaquismo Diabetes Hta Anemia</p> |

| | | | |
|------------------------------------|---|--|--|
| Características obstétricas | <p>Paridad: Número de partos</p> <p>Cirugías Uterinas Previas: Cesáreas, miomectomias</p> <p>Atonía Uterina: Cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento,</p> <p>Ruptura Uterina: Presencia de cualquier desgarro, de continuidad supracervical.</p> <p>Infección Puerperal: Cuadro clínico en el cual se produce una infección de los órganos genitales consecutiva al parto o a un aborto.</p> | <p>Numero</p> <p>Número de hijos</p> <p>Tipo</p> <p>Presentación</p> <p>Presentación</p> <p>Tipo</p> <p>Presentación</p> | <p>2-4 5-7 8-10</p> <p>1-3 4-6 mas</p> <p>Cesárea – mioma Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Placenta Previa Ácrata Sí No</p> |
| | Variables | Definición conceptual | Indicador |
| Morbi mortalidad | <p>Diagnostico anatomico patológico es el resultado que se encontró después de la histerectomía</p> <p>Tipo de histerectomía Es el tipo de cirugía que se realizó.</p> <p>Muertes o complicaciones causadas por una enfermedad o suceso determinado.</p> | <p>Tipo</p> <p>Tipo</p> <p>Complicaciones</p> | <p>Miomatosis Adenomatosis Endometriosis Hiperplasia endometrial otros</p> <p>abdominal Abdominal más anexectomía. Vaginal</p> <p>Hemorragia Lesión vesical Lesión uretral</p> |

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 GENERALIDADES DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

1.1.1 GENITALES EXTERNOS

La vulva está constituida por aquellas partes del aparato genital femenino que son visibles en la región perineal. El monte de Venus es una prominencia adiposa que está situada por encima de la sínfisis del pubis a partir de la cual se originan dos pliegues longitudinales de piel constituyendo los labios mayores, que rodean a su vez a los labios menores, formados por unos pliegues cutáneos delgados y pigmentados, con abundantes glándulas sebáceas y sudoríparas, que carecen de folículos pilosos. Los labios menores se unen por delante formando el prepucio del clítoris mientras que por la parte posterior se fusionan formando parte de la horquilla perineal. El clítoris es un órgano eréctil de pequeño tamaño situado en el borde inferior de la sínfisis del pubis, formado por los cuerpos cavernosos y sus envolturas.

La separación de los labios permite observar el vestíbulo y el meato uretral, a unos 2 cm por debajo del clítoris. En el vestíbulo vaginal se halla el himen, los conductos de Skene y de Bartholino. El himen es una membrana cutáneo mucosa, delgada y vascularizada, que separa la vagina del vestíbulo, presentando una gran variabilidad respecto a su grosor, forma y tamaño. Los conductos de las glándulas de Skene desembocan a ambos lados del meato uretral. Los conductos de las glándulas de Bartholino se hallan a ambos lados del vestíbulo, a nivel del tercio medio del orificio vaginal, en la hendidura que separa el himen de los labios menores. (OTTOSEN, 2009)

1.1.2 GENITALES INTERNOS

Están constituidos por el útero, la vagina, los ovarios y las trompas de Falopio, todos ellos relacionados con el resto de las vísceras de la pelvis menor: el colon, la vejiga urinaria y la uretra. (BOTBOL, 2011)

1.1.2.1 Útero

Órgano muscular hueco que se compone de cuerpo y cuello uterino, separados entre sí por un ligero estrechamiento que constituye el istmo uterino. El cérvix o cuello uterino presenta una porción supravaginal (2/3) y una porción intravaginal (1/3) denominada hocico de tenca, que muestra en su superficie el orificio cervical externo con un labio anterior y otro posterior. Este orificio constituye un extremo del conducto del cuello uterino, abierto por el otro lado en la cavidad uterina. El cuerpo uterino tiene forma aplanada y triangular y en sus dos extremos laterales superiores se abren las trompas de Falopio. Está formado por tres capas: el endometrio, que es la capa mucosa interna, el miometrio, que es la capa de musculo liso y el perímetro o cubierta peritoneal que se refleja a nivel del istmo para cubrir la cara superior de la vejiga, formando el espacio uterovesical y por la pared posterior recubre el cuerpo uterino y la porción superior del cérvix extendiéndose hasta el recto, formando el espacio recto uterino o fondo de saco de Douglas.

1.1.2.2 Trompas uterinas o de Falopio

Las trompas de Falopio, de unos 12 cm de longitud, comunican las cavidades uterina y peritoneal. Están situadas en el borde superior libre del ligamento ancho (mesosalpinx), entre los ligamentos redondos y útero - ovárico. Se divide en tres zonas: la porción intersticial de ≈ 1 cm, que es la que se introduce en los cuernos uterinos y se abre en la cavidad, la porción ístmica, de 2- 4 cm y la porción ampular, que es la zona más gruesa que termina en forma de embudo en las fimbrias denominándose pabellón y constituyendo la zona de contacto entre trompa y ovario.

1.1.2.3 Ovario

Órgano bilateral situado cada uno en la fosa ovárica, en el Angulo formado por la bifurcación de la arteria iliaca primitiva. Por la base de la fosa discurre el nervio y los vasos obturadores, mientras que por su borde posterior desciende el uréter y los vasos hipogástricos. El polo superior del ovario está en contacto con la trompa mientras que el polo inferior está orientado hacia el útero y fijado a él por el ligamento útero ovárico. Por su borde anterior se encuentra unido a la hoja posterosuperior del ligamento ancho por el meso del ovario que es por donde llega la innervación y vascularización ovárica.

1.1.2.4 Vagina

Conducto musculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12 cm. Atraviesa el suelo pélvico y acaba abriéndose en el vestíbulo entre los labios menores. Alrededor de la porción intravaginal del cuello uterino se forman los fondos de saco de la vagina constituidos por un fondo de saco posterior, más profundo, otro anterior, y dos laterales. La pared posterior de la vagina es más larga, unos 11 cm, mientras que la anterior mide unos 8 cm.

1.1.2.5 Vejiga urinaria

Tiene forma de tetraedro. Está situada por detrás de la sínfisis del pubis y por delante del útero y de la vagina. Los uréteres llegan a la misma por los dos ángulos posterolaterales mientras que su ángulo inferior se prolonga a la uretra. Su superficie superior se halla tapizada en toda su extensión por el peritoneo, en contacto con el cuerpo y cuello uterino, formando así el fondo de saco anterior o plica vesicouterina. El espacio de Retzius se sitúa entre el pubis y la vejiga urinaria, cubierto por tejido adiposo extraperitoneal.

1.1.2.6 Uréter

El uréter penetra en la pelvis cruzando por delante de la bifurcación de la arteria iliaca común y alcanza el suelo pélvico siguiendo la pared lateral de la pelvis. A nivel de la espina isquiática se dirige hacia delante y hacia dentro, por debajo del ligamento ancho y entre las arterias uterinas y vaginales, para alcanzar el fornix vaginal lateral. En este punto se encuentra a 2 cm del cérvix. Después asciende por delante de la vagina hasta alcanzar el triángulo vesical, penetrando en la vejiga en sentido oblicuo.

1.1.2.7 Periné

El periné se halla limitado hacia delante por el arco púbico, lateralmente por las ramas isquiopubianas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacro ciático mayor y menor. Todo ello hace que tenga una forma romboidal. La línea transversa que une las tuberosidades isquiáticas divide el periné en un triángulo anterior urogenital, donde se encuentra el diafragma urogenital, y un triángulo posterior o ano rectal donde están las fosas isquiorrectales.

El periné anterior está formado por tres planos musculoponeuroticos:

- Un plano profundo, un plano medio y
- Un plano superficial.

El plano profundo o diafragma pélvico está constituido por una formación musculotendinosa con forma de embudo que sirve de sujeción a las vísceras pélvicas y abdominales. Incluye el musculo elevador del ano y el musculo coccígeo, recubiertos por una capa superior y otra inferior de fascia.

El músculo elevador del ano se fija a la pelvis en las ramas descendentes y horizontales del pubis, espina ciática, aponeurosis del obturador interno y bordes del coxis. Sus fibras se dirigen a la línea media y se entrecruzan con las del lado opuesto.

El músculo coccígeo se inserta en la espina ciática y sus ramas se abren en abanico fijándose en las caras laterales de los segmentos sacros inferiores y cóccix. El plano musculo aponeurótico medio, también llamado diafragma urogenital, se encuentra atravesado por la uretra y la vagina. Está formado por una capa superior y otra inferior que recubren los músculos perineales profundos, que se originan en la rama isquiopubiana y terminan en el triángulo recto vaginal, el músculo esfínter externo de la uretra y los vasos y nervios pudendos.

1.1.3 ANATOMÍA FISIOLÓGÍA DEL ÚTERO LOCALIZACIÓN Y MORFOLOGÍA EXTERNA

El útero se encuentra a nivel pélvico, por debajo o a nivel de las últimas vértebras coccígeas. Se ubica por encima de la vejiga y tiene la parte superior del cuerpo recubierta por peritoneo.

- El útero es el órgano femenino donde se produce la gestación del embrión.
- El útero consta de cuerpo (con fondo), istmo y cuello.
- Tiene una forma tronco cónica con su base hacia cefálica.
- El útero tiene diferentes partes:
- Fundus: borde superior
- Cuerpo: cavidad principal y masa más grande del útero

Posee los ángulos laterales: desde donde salen las trompas. Se encuentran en la parte superior.

- Cuernos: es la parte del útero que entra en los ángulos laterales.
- Istmo: estrechamiento del cuerpo del útero

Cuello: nuevo ensanchamiento del útero que asoma en la vagina y que posee una mucosa con abundantes repliegues.

- Morfología interna
- El útero se distribuye por capas:

- Cavidad uterina de reducido tamaño
- Perimetrio: la capa más externa del útero. Es la capa serosa que recibe del peritoneo.
- Miometrio: puede sufrir tumores benignos (mioma) tiene tres capas diferenciadas:

Capa externa: fibras longitudinales que se extienden hacia la trompa, el ligamento ovárico y el ligamento útero-ovárico.

Capa media: más gruesas que tiene fibras en todos los sentidos (plexiforme).

Tiene muchos vasos sanguíneos (estrato vascular). Una rotura de esta capa provoca hemorragias abundantes y es una urgencia médica muy grave.

Capa interna: fibras musculares que poseen la función de “descamación” del endometrio y la liberación de la mucosa uterina en la menstruación.

Endometrio: la capa más interna del útero y más proliferativa, con lo que aumenta la probabilidad de sufrir tumores. Es esta capa la que sufre cambios periódicos durante la fase menstrual en la que se encuentra la mujer.

1.1.3.1 Medios de fijación

Ligamento ancho: es un pliegue del peritoneo que cae sobre el útero. Discurre desde la pared lateral de la pelvis hacia el útero y sirve como sostén de las vías de conducción (arteria y vena uterina y uréter) para los órganos genitales internos y vejiga. Se divide en:

- Mesometrio: segmento ligamentoso que se inserta en el útero.
- Mesosálpinx: segmento ligamentoso que se une a la trompa
- Mesovario: segmento ligamentoso que se une al ovario
- El parametrio es el espacio de tejido conectivo que se encuentra entre las dos hojas peritoneales del ligamento.

Ligamento cardinal o cervical transverso: lo constituyen haces de tejido conectivo que discurren desde la pared pelviana al cuello del útero de manera transversa. Es el denominado paracérvix.

Ligamento redondo del útero: es un resto del gubernáculo genital. Discurre desde el ángulo de la trompa por el conducto inguinal hasta el tejido conectivo subcutáneo y parcialmente en los labios mayores.

Pliegue recto-uterino: es un pliegue de tejido conectivo con recubrimiento peritoneal entre el útero y el recto, con frecuencia contiene musculatura lisa (músculo recto uterino).

1.1.3.2 Relaciones del útero son :

Por delante y abajo La cara vesical del útero está cubierta de peritoneo, cubre el cuerpo. Se relaciona con la vejiga de la orina (fondo de saco vesico-uterino)

Por detrás y arriba La cara intestinal del útero está cubierta de peritoneo, cubre el cuerpo, cuello y parte superior de la vagina. Se relaciona con las asas intestinales y el colon sigmoide, que descansan sobre ellas.

El cuello se relaciona por detrás con el recto (fondo de saco útero-rectal o de Douglas). Entre el cuello y el recto quedan los pliegues recto-uterinos, a cada lado, delimitando el saco de Douglas lateralmente.

A los lados Ligamento ancho del útero. A nivel del cuello, ligamento cervical transverso de Mackenrodt , acompañando a la arteria uterina. La arteria cruza en las proximidades por delante del uréter.

Ángulos laterales Trompas de Falopio. Ligamento redondo del útero. Ligamento útero-ovárico o propio del ovario.

1.1.3.3 Irrigación sistema arterial

El útero recibe ramas arteriales de la arteria uterina que proviene de la arteria iliaca interna. La arteria uterina da diferentes ramas:

- Rama tubárica que irriga la porción superior del útero y la parte proximal de las trompas de Falopio.
- Ramas directas de la uterina que irriga el cuerpo del útero
- Ramas vaginales que irrigan la parte superior de la vagina y el cuello del útero.

Sistema venoso

- El útero drena al plexo venoso uterino.
- Este plexo forma la vena uterina que va a la iliaca interna. Además el plexo recibe sangre que proviene del plexo venoso vaginal.

Sistemas linfáticos

- El útero tiene dos sistemas linfáticos principales:
- Los ganglios parauterinos que drenan a los ganglios iliacos internos
- Los ganglios inguinales superficiales que drenan a los ganglios iliacos (externos e internos).

Inervación

- El útero como todas las vísceras recibe inervación simpática y parasimpática que corre a cargo del plexo hipogástrico inferior.
- Este plexo origina el plexo uterovaginal que es el que dará inervación directa al útero.

1.1.3.4 Fisiología

Ángulos del útero

Las diferentes partes del útero forman entre sí diferentes ángulos fisiológicos:

- La recta de la cavidad uterina forma un ángulo de unos 120° con la del conducto cervical.

- Entre la recta del conducto y la recta de la cavidad vaginal existe un ángulo de aproximadamente 90°.

Cambios en la posición:

Según el recto o la vejiga estén vacíos o llenos, el útero se ubica en el abdomen de diferentes formas:

- Con la vejiga llena y el recto vacío el útero se acopla a la pared posterior de la pelvis, en una posición casi vertical.
- Con la vejiga y el recto vacíos, el útero cae sobre la vejiga.
- Con la vejiga y el recto llenos el útero se encuentra a medio camino entre ambas posiciones, con una posición diagonal.

Restos embrionarios

- Existen restos del tubo de Wolf en el mesosálpinx.
- Epoóforo: conducto de Gartner y conductillos transversales
- Paraoóforo: está entre epoóforo y útero, son restos de túbulos.
- Apéndice vesiculoso o hidátide de Morgagni .

1.2 LA HISTERECTOMÍA

1.2.1 DEFINICIÓN

Procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación del útero, con conocimientos que son necesarios para formular indicaciones apropiadas para la histerectomía, incluyen comprensión cabal de la fisiología y la patología de los órganos reproductores femeninos, las manifestaciones clínicas de las enfermedades pelvianas y el desarrollo psicosocial sexual normal y anormal. Las vías de abordaje son: abdominal, vaginal y asistida por vía laparoscópica. (BOUKERROU, 2011)

1.2.2 INDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA

Durante los últimos 25 años múltiples factores han modificado la frecuencia con la que se hace histerectomía. Los cambios ocurridos en la era de la atención administrada han intensificado el debate en cuanto a las indicaciones clínicas del procedimiento quirúrgico. Numerosos autores han intentado ubicar en una perspectiva clínica adecuada éstas diversas influencias. A pesar de todos los datos científicos revisados, la decisión de operar todavía depende de la interpretación subjetiva de los síntomas por la paciente y su médico.

A continuación se revisan las indicaciones particulares de histerectomía desde la perspectiva de los cambios al parecer recientes respecto a la manera en que el gineco-obstetra en ejercicio los considera.

1.2.2.1 Esterilización

Los ginecólogos en entrenamiento en el decenio de 1960 y principios de 1970 a menudo hacían histerectomía vaginal cuando la paciente deseaba una esterilización (para muchas mujeres católicas la histerectomía por “menorragia” servía como “salpingoclasia católica”), los médicos insistían sistemáticamente en la prevención del cáncer del cuerpo y el cuello uterinos juntos con la eliminación de la menstruación como ventajas a favor de la histerectomía en comparación con la ligadura uterina.

La probabilidad de que una mujer de 50 años presente cáncer del cuerpo uterino en toda su vida es de casi 2.4% y cervicouterino de 0.6%. La probabilidad de muerte por éstos cánceres es de 0.2 y 0.3%, respectivamente. Es tal vez este cambio en la práctica el de mayor participación en la declinación aparente del número total de histerectomías realizadas en Estados Unidos, de 750.000 en 1975 a cifras calculadas más recientemente cercanas a 590.000, a pesar del crecimiento de la población femenina.

1.2.2.2 Leiomomas uterinos

La prevalencia de los Leiomomas uterinos (“fibromas”) es de casi 16.9 por 1000 mujeres negras y 8.2 por 1000 blancas. Estos tumores uterinos benignos constituyen la indicación de la histerectomía en casi 30% de los casos. Los síntomas clínicos que más a menudo aceleran la intervención quirúrgica son el tamaño o el crecimiento rápido, la hemorragia o el dolor.

Más a menudo se ha utilizado una dimensión uterina equivalente a un embarazo de 12 semanas como umbral para recomendar la histerectomía. El útero de estas dimensiones o mayor con fibromas asintomático se extirpa para evitar síntomas potenciales futuros y tal vez un aumento del riesgo de la operación conforme crece.

Aunque la histerectomía o un aumento del tamaño uterino hasta el correspondiente a 20 semanas pueden relacionarse con una pérdida moderada de sangre, no hay una mayor tasa concomitante de transfusión sanguínea o ningún otro incremento de la morbilidad quirúrgica. Los fibromas más grandes coexisten con una mayor prevalencia de hemorragia, más intensa e irregular, aunque no se ha delineado lo suficiente la evolución natural de esta relación.

A menudo se menciona la obstrucción uretral silenciosa como otra indicación para la extirpación de un útero crecido, aunque se desconoce la prevalencia real de este trastorno, lo más probable es que sea muy raro, y tampoco se ha comprobado su impacto sobre la función renal.

Alternativos de los fibromas son la miomectomía y la administración de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (gnrh). Cuando se encuentran cuatro fibromas o menos, la posibilidad de recrecimiento en los 10 años posteriores a la miomectomía es de casi 20%. Esta es una cifra menor que la que se ha enseñado tradicionalmente. La apreciación de estos datos puede llevar a la realización de más miomectomías en lugar de histerectomías en el futuro. Aún no se demuestra la eficacia en cuanto al costo final de este esquema en comparación con la

histerectomía durante la vida de una persona. Técnicas quirúrgicas novedosas para la terapia de los fibromas en proceso de desarrollo son el uso de electrocauterio bipolar y la crioterapia, que son experimentales en este momento. Ambos dejan tejido miomatoso íntegro, por lo que hay un nuevo crecimiento relativamente rápido y frecuente. Con refinamientos adicionales podrían ser procedimientos viables para pacientes muy seleccionados.

El tratamiento de los fibromas con agonistas de la GNRH producen una disminución del tamaño de 40 a 60%, pero los esquemas con estrógenos agregados y progesterona para reposición no han sido aun completamente valorados en cuanto a su capacidad para conservar estable el tamaño de los fibromas o el útero. Inclusive si pudiera comprobarse tal estabilización, el costo exorbitante de los agonistas de gnrh con toda probabilidad los harían imprácticos para el tratamiento a largo plazo.

Cuando se trata la menorragia, la presencia de fibromas puede disminuir el buen resultado de las opciones terapéuticas farmacológicas y quirúrgicas. La posibilidad de disminuir la pérdida sanguínea a cifras eumenorreicas después de la ablación endometrial histeroscópica por resectoscopio o la técnica de esfera giratoria es casi 10% menor en una mujer con fibroma submucosos. De manera similar, éstos disminuyen las posibilidades de un tratamiento hormonal con buenos resultados, de la hemorragia uterina irregular.

Todos los métodos de tratamiento diferentes a la histerectomía son paliativos. Para algunas situaciones clínicas está establecida su participación en el diferimiento de la operación; su papel en la prevención completa de la histerectomía requiere valoración adicional. Desafortunadamente, el tratamiento más eficaz además de la histerectomía (miomectomía) es un procedimiento más mórbido en términos de pérdida sanguínea, fiebre posoperatoria y formación de adherencias.

1.2.2.3 Relajación pélvica

El descenso del cuerpo y el cuello uterino al conducto vaginal puede coexistir con síntomas de presión o pesantez pélvica, incontinencia urinaria, molestias rectales y dispareunia. Cuando el cuello protruye más allá del introito vaginal, se presenta irritación o ulceración del tejido exteriorizado. El prolapso genital es indicación de casi 15% de las histerectomías y es más frecuente en mujeres blancas que negras.

Se sabe poco de la evolución natural del prolapso, por lo que debe evitarse la tendencia a realizar histerectomía vaginal en etapas tempranas del procedimiento. En muchas mujeres, los grado leve a moderado de prolapso pueden permanecer estables durante muchos años.

Cuando se hacía histerectomía vaginal como procedimiento de esterilización, a menudo se agregaba colporrafía anterior y posterior para disminuir un pequeño cistocele y prevenir dificultades futuras del sostén pélvico. La utilidad de esta práctica se pone en duda excepto en los casos más extremos. La excepción de esta generalización puede ser cuando el cistocele se relaciona con retención urinaria e infecciones repetidas, comprobadas, del aparato urinario.

1.2.2.4 Endometriosis

El trastorno es uno de los mejores ejemplos del impacto de la proliferación de tratamientos médicos y quirúrgicos en la toma de decisiones clínicas. Aunque hay más opciones también hay más dudas. La endometriosis es indicación de casi 20% de las histerectomías y su frecuencia ha aumentado en los años recientes. La conducta biológica de la endometriosis es muy variable. La mayoría de las afortunadas mujeres afligida por el trastorno tienen grados relativamente leves de enfermedad que cambian en forma lenta. En este grupo es difícil valorar la reacción al tratamiento desde el punto de vista clínico, porque puede manifestarse sólo por dolor mal localizado durante la exploración pélvica.

La laparoscopia repetida es la única forma válida demostrable de valorar el grado de regresión producido por un tratamiento médico particular. Sabiendo esto, la mujer con endometriosis de este tipo tiene como guía del estado de su enfermedad sólo al dolor. Las variaciones en la intensidad del dolor de una semana a otra, o de un mes a otro, por tanto, puede interpretarse correcta o incorrectamente como avance de la enfermedad, lo que se agrega a las molestias generales. Los anticonceptivos orales administrados en la forma cíclica sistemática constituyen la primera línea terapéutica y ofrecen las ventajas de protección anticonceptivas y costos relativamente pequeños. Los anticonceptivos orales continuos, sin permitir la menstruación, son un siguiente paso lógico.

Cuando persisten los síntomas el ginecólogo suele prescribir medroxiprogesterona oral o inyectable de depósito (u otros Progestágenos) o un agonistas de GnRH. En comparación con los agonistas de GnRH, el tratamiento con Progestágenos conlleva las ventajas de un costo relativamente bajo, un efecto leve de ahorro del calcio y síntomas vasomotores menos frecuentes e intensos. La terapéutica con agonistas de GnRH se ha vuelto muy popular, aunque es muy poco más eficaz que la medroxiprogesterona. Algunos clínicos utilizan agonistas de GnRH en combinación con un Progestágenos y añaden así las acciones directas de este último sobre los implantes de endometriosis a los efectos indirectos del agonista de GnRH por supresión de la función ovárica.

La sabiduría clínica prevaleciente sugiere que todo tratamiento médico, incluido el de agonistas de GnRH, es ineficaz en presencia en lesiones tumorales de endometriosis, con un diámetro mayor de 1 a 2 cm. La resección conservadora de la endometriosis por laparoscopia o laparotomía es suficiente para la mujer que desea conservar la fecundidad. Las tasas de recurrencias de endometriosis después del tratamiento quirúrgico laparoscópico son variables y los informes más optimistas señalan una cifra de casi el 20% durante los 5 años posteriores al tratamiento excisional por laparoscopia.

En la práctica clínica es frecuente que una mujer con endometriosis se le haga 2 o más laparoscopias. Cuando separadas por al menos varios años, estas observaciones

ofrecen una valoración objetiva del avance. Esta conducta aporta un juicio clínico razonable acerca de la relación prevista del beneficio de cada tratamiento laparoscópico. Dependiendo del medio clínico, puede ser muy razonable continuar este esquema hasta la edad de la menopausia y después de ella. Los costos relativos, así como los riesgos y beneficios, son ciertamente debatibles y la elección, por tanto, debe hacerse después de una consulta detallada e informada con la paciente.

Dadas las múltiples modalidades terapéuticas de que se disponen en la actualidad y su razonable eficacia, rara vez es adecuado urgir el principio apresurado o la conclusión de la procreación en cualquier periodo prescrito. Esta recomendación solo sirve para crear la profecía auto cumplida de que la histerectomía finalmente será la única opción terapéutica razonable.

1.2.2.5 Adenomiosis

La adenomiosis es un diagnóstico histopatológico definido por la presencia de glándulas endometriales íntegras en 3 o más campos de gran aumento por debajo de la superficie miometrial. Se cree que estas glándulas son contiguas a la cavidad endometrial y tradicionalmente se han considerado causales de dolor menstrual y fases luteínicas así como menorragia. En la fase premenstrual inmediata, el útero puede estar crecido y reblandecido en su textura. No obstante, el grado de adenomiosis presente es difícil de cuantificar y no se ha relacionado rigurosamente con los síntomas clínicos descritos.

Suele observarse el mismo hallazgo histopatológico en el útero de una mujer asintomática extraído por otros motivos y los estudios recientes de imagen por resonancia magnética han demostrado que esto puede ser tan prevalente en la paciente asintomática como en aquellas con los síntomas descritos. Se pueden usar algunas técnicas elaboradas, como la biopsia con aguja bajo guía ultrasonográfica del útero, para hacer el diagnóstico antes de la histerectomía, aunque desde el punto de vista cuantitativo es incierto el significado del tejido obtenido.

Los intentos de tratamiento médico para este trastorno no han demostrado los beneficios de los anticonceptivos orales o la medroxiprogesterona cíclica, aunque muchos clínicos consideran que pueden servir en casos aislados. La histerectomía por adenomiosis debe reservarse para las pacientes en las que se pueden demostrar cambios cíclicos reales en el tamaño y la textura uterinos por exploración pélvica seriada.

1.2.2.6 Hiperplasia endometrial

La hiperplasia simple del revestimiento endometrial avanza hasta cáncer endometrial en menos de 1% de los casos. La transición requiere de 3 a 5 años. La hiperplasia compleja con atipias hasta cáncer endometrial hasta casi 20% de los casos. Ambos trastornos se pueden tratar con agentes progestacionales en forma cíclica o continua. Un tratamiento de 3 meses es seguido por biopsia endometrial repetida para demostrar inversión a un endometrio normal.

No poca veces, inclusive después de tal inversión a la normal, la hiperplasia puede recurrir y requerir tratamiento adicional y seguimiento con biopsia endometrial. En algún momento de esta secuencia muchas mujeres deciden que la incertidumbre y la ansiedad relacionada con este esquema y son inaceptables y eligen la histerectomía.

Dado el pequeño pero muy real riesgo de no detectar un cáncer endometrial por biopsia, ultrasonografía transvaginal, o ambas, el optar por la intervención quirúrgica sigue siendo una opción clínica válida. Esto es especialmente cierto para las mujeres que esperan obtener en máximo beneficio de la reposición de estrógenos después de la menopausia, dado que su necesidad de vigilancia continuara.

Durante muchos años. Conforme mejoran las técnicas quirúrgicas muy poco invasoras, más mujeres elegirán esta opción. Aunque se realiza ocasionalmente, por lo general la ablación endometrial para tratar la hiperplasia se considera contraindicada, dada la posibilidad de que una biopsia endometrial subsiguiente sea más difícil debido a las sinequias intrauterinas producidas por el procedimiento de ablación mismo.

1.2.2.7 Tratamiento de reposición de estrógenos

El motivo más aislado más frecuente de interrumpir el tratamiento de reposición de estrógenos después de la menopausia es la persistencia de la hemorragia uterina. Los esquemas cíclicos de estrógenos y progesterona producirán cuando menos alguna hemorragia regular, en tanto que la administración simultánea continua de ambos producirá hemorragia irregular intermitente en casi 20 a 30% de las usuarias, inclusive después del ajuste a este régimen en cuatro a seis meses, lo que deja un número relativamente grande de mujeres que necesitan aceptar la hemorragia periódica impredecible, interrumpir el tratamiento de reposición de estrógenos, o considerar la extirpación del útero para eliminarla.

Esto da origen a la interrogante no tan retórica de si la hemorragia que continúa después de la menopausia en una 'enfermedad'. Parece probable que la aprobación de una histerectomía posmenopáusica por este motivo se volverá algo parecido a un fútbol político en la época de atención administrada. En este medio clínico, la ablación endometrial puede causar amenorrea hasta en 60% de las mujeres, lo que hace potencialmente útil en pacientes seleccionadas.

1.2.2.8 Prevención del cáncer

Investigaciones recientes han demostrado un riesgo de cáncer ovárico de casi 50% en mujeres con dos o más pacientes de primer grado afectadas por la enfermedad. La ooforectomía profiláctica una vez que se completa la procreación, es adecuada para tales mujeres, aunque hacer una histerectomía al mismo tiempo posiblemente seguirá siendo una opción clínica frecuente, porque elimina cualquier hemorragia uterina durante el tratamiento de reposición de estrógenos. Una opción razonable es la de realizar sólo ooforectomía bilateral. La facilidad de este procedimiento quirúrgico por vía laparoscópica hace más atractivo este esquema.

1.2.2.9 Dolor pélvico crónico

En todas las categorías antes revisadas, los puntos terminales subjetivos interpretados de manera personal, son medulares para la distinción de lo adecuado de la intervención quirúrgica. En ninguna categoría es esto más válido que en el problema del dolor pélvico crónico.

Las publicaciones al respecto se ven confundidas por las interpretaciones variables, producto de la de la experiencia en la atención primaria, en comparación con grupos de referencia centrales. Por ejemplo el grupo de Carlson y colaboradores, describió resultados positivos en 95% de las mujeres a las que se hizo histerectomía por dolor pélvico, realizada por su ginecólogo de atención primaria.

Sólo 8% de este grupo presentó nuevos síntomas en el año siguiente a la operación, lo que sugiere que es relativamente frecuente 'la sustitución de síntomas'. Por el contrario, las series informadas de poblaciones de referencia de centros médicos sugieren que el dolor pélvico crónico no se alivia hasta en 22 a 50% de los casos.

Los resultados de varios estudios sobre el síndrome de intestino irritable pueden ser informativos como comparación. Parece que el tipo y la intensidad de los síntomas son similares en grupo de mujeres que reciben atención primaria de médicos a ello dedicados, en comparación con las que son enviadas a centros médicos. Sin embargo, la población referida tuvo una prevalencia mucho mayor de estrés psicosocial, antecedentes de abuso físico y sexual y dificultades sexuales.

Es peligroso estudiar grupos de centros de referencia y sacar conclusiones de ellos que sean aplicables al contexto de la atención primaria. Viendo la situación en forma optimista, el método de atención primaria promedio tiene un sentido intuitivo y clínico relativamente preciso de las posibilidades de éxito de la intervención quirúrgica en mujeres con dolor pélvico crónico. Las que tienen más probabilidades de dificultades posoperatorias con dolor continuo, deben enviarse para atención terciaria.

Para los médicos que tratan estas pacientes en el medio de la atención terciaria, el optar por un abordaje quirúrgico requiere juicio clínico cuidadoso tanto para la selección como la programación así como el prestar atención a otras formas del tratamiento del dolor. En el proceso del desarrollo del dolor pélvico crónico, muchas mujeres atendidas en centros de atención terciaria tienen síntomas confusos de órganos circundantes, como los del tubo digestivo, del aparato urinario y trastornos músculo esqueléticos.

Los factores de estrés maritales y psicosociales de otros tipos, que se han vuelto parte del síndrome de dolor pélvico crónico, a menudo participa del motivo para el envío, porque la conexión entre enfermedad orgánica y dolor se ha vuelto oscura. Las mujeres en este grupo también tienen algo más de probabilidades de haber experimentado abuso físico, sexual, o de ambos tipos. Aunque es obviamente importante comprender esta relación, el clínico debe evitar la conclusión prematura de que hay una relación de causa entre el antecedente de trauma psicológico y el problema actual de dolor. Dicho antecedente de ninguna manera evita la resolución satisfactoria de los síntomas después del tratamiento médico y quirúrgico adecuado. Al mismo tiempo, si el estrés coexiste con estas experiencias permanece activo en la actualidad, con impacto en la función, la vida y las relaciones, la atención adecuada de la salud mental debe ser parte integral del esquema terapéutico.

1.2.3 ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA HISTERECTOMÍA

Las primeras histerectomías de que se informa se realizaron sólo como procedimientos desesperados que potencialmente salvarían la vida. Para fines del siglo XIX la histerectomía se había vuelto un procedimiento más seguro y ganó popularidad en Europa para el prolapso uterino y la miomatosis. Se favoreció el abordaje vaginal debido al riesgo de la laparotomía.

Una vez que se considera necesaria la intervención quirúrgica, el médico debe decidir se la hace por vía abdominal o vaginal. Las primeras constituyen 70% del número total de las realizadas, pero no se ha logrado un consenso en cuándo es más

adecuada una técnica que la otra. De hecho, este proceso de toma de decisiones parece variar mucho de una institución a otra y de un cirujano a otro. La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia ofrece una alternativa adicional.

1.2.3.1 Comparación de abordajes en la histerectomía

La única circunstancia en que la histerectomía abdominal es casi exclusivamente la operación ideal en caso de cáncer. La vía abdominal proporciona, de manera inequívoca, un mejor acceso a las estructuras intraperitoneales y permite la clasificación formal por etapas del cáncer. Excepto para anomalías del piso pélvico, hay pocas contraindicaciones para el abordaje abdominal. Casi todos los ginecólogos prefieren la vaginal cuando debe tratarse concomitantemente un cistocele, rectocele, o enterocele.

Al menos la mitad de las histerectomías vaginales se hacen por prolapso uterino y para reparación del piso pélvico. Por lo contrario, las histerectomías abdominales se hacen más a menudo por miomatosis. Sin embargo, algunos médicos han invertido esta tendencia al incorporar técnicas de morcelación a su armamentario quirúrgico. La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia puede permitir el cambio de una histerectomía abdominal a la vaginal, porque la mayor parte de las contraindicaciones son relativas y parecen depender de una exposición limitada al abdomen.

La histerectomía abdominal y vaginal podría compararse considerando su realización equivalente por cualquiera de las vías, alternando las pacientes y después analizando los datos de los resultados. Esto nunca se ha hecho en un estudio prospectivo, lo que dificulta una comparación válida de morbilidad y mortalidad entre las dos vías de la histerectomía. Tampoco se han definido métodos constantes de valoración de los procedimientos con base en el estudio histopatológico, el tiempo quirúrgico, las dimensiones uterinas y los hallazgos pélvicos relacionados.

La histerectomía abdominal suele hacerse en pacientes con la forma más grave de la enfermedad y es difícil que se equipare a la extirpación vaginal de un útero móvil y

pequeño. De manera similar, la exéresis abdominal de un útero pequeño y móvil no puede compararse con las operaciones mayores de reparación del piso pélvico. Las dificultades para comparar los métodos de histerectomía deben tenerse en mente cuando se escriben artículos para tratar de resolver esta interrogante. El estudio más señalado de comparación de la histerectomía vaginal con la abdominal es el CREST, realizado por el Center for Disease Control y publicado en 1982 la tasa global de complicaciones para mujeres de histerectomía vaginal fue de 24.5% en comparación con 42.8% en aquellas a quienes se hizo histerectomía abdominal.

El tiempo quirúrgico es casi el 50% mayor que para la vaginal en grupos comparables. Este tiempo adicional se debe sobre todo a la incisión en la pared abdominal, pero también contribuyen la exploración del abdomen y la apendicetomía. Normalmente, la pérdida sanguínea no es muy notoria para cualquiera de las vías, con un promedio de casi 300 ml para la vaginal y 400 ml para la abdominal; sin embargo la frecuencia de transfusión sanguínea es casi 2 veces mayor en el segundo grupo. La morbilidad febril con base en la incidencia de una temperatura mayor de 38.5°C es de casi 40% para la vía vaginal y 30% para la abdominal. La morbilidad febril en ambos grupos puede disminuirse más de 25% cuando se usan antibióticos profilácticos.

En cerca de 15% de las histerectomías vaginales y 0.7 de las abdominales se produce absceso pélvico grave, generalmente en el muñón. Las infecciones de las vías urinarias son más comunes cuando se usa la vía abdominal. Se ha comunicado una mortalidad después de histerectomía vaginal entre 13 y 26 por 10000 casos y para la histerectomía abdominal de 17 a 50 por 10000 casos. Esta al parecer menor tasa de mortalidad coexistente con la histerectomía vaginal, puede no ser válida, porque las histerectomías problemáticas casi siempre se hacen por vía abdominal. La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia agrega el riesgo de la laparoscopia a la histerectomía.

Unos cuantos informes de casos han demostrado mortalidad relacionada con LAVH, pero aún no se define la tasa esperada. La revisión de las publicaciones afortunadamente señala que menos de 1% de las mujeres histerectomizadas murieron

como resultado directo de la operación. El riesgo de mortalidad puede ser ligeramente subestimado para todas las operaciones, porque no se dispone de información acerca de internamientos subsiguientes. Puede no identificarse un reingreso hospitalario por una complicación que al final la llevó a la muerte.

Ha disminuido mucho la duración del internamiento hospitalario para todos los procedimientos quirúrgicos en el último decenio. La cirugía ambulatoria, la de corta estancia, y el egreso hospitalario temprano se han convertido en frases clave. Las pacientes de histerectomía vaginal actualmente tienen estancia hospitalaria de casi 2 días y las de histerectomía abdominal de tres. La mayor presión para disminuir la duración de la estancia hospitalaria constituyó un estímulo para valorar la histerectomía vaginal en pacientes externas.

Tradicionalmente, las mujeres a las que se ha efectuado laparotomía se ven restringidas de su actividad total durante seis semanas, en relación con el tiempo requerido para que la herida quirúrgica recupere fuerza. Es típico que una histerectomía vaginal sin reparación del piso pélvico tenga menos restricción que la histerectomía abdominal y se permite casi a todas las mujeres reasumir actividades totales en 4 semanas.

Inclusive la histerectomía abdominal requiere menos restricciones de las que actualmente se recomiendan. Debe evitarse el levantar objetos, pero otras actividades, como caminar en superficie planas o el trabajo en escritorio pueden permitirse en 3 a 4 semanas. Un modelo de cambio puede ser adecuado cuando se considera el tiempo de descanso adecuado para la histerectomía. Puesto que la incisión vaginal necesita el mismo tiempo para cicatrizar independientemente de la vía, se debe disminuir la actividad sexual durante el mismo tiempo para todos los abordajes.

1.2.3.2 Selección de la vía para la histerectomía

Una vez que se ha decidido realizar una histerectomía, el ginecólogo debe determinar si se debe realizar por vía abdominal o vaginal. El National Center for Health

Statistics informó que la razón entre histerectomía abdominal y vaginal de 6.1 en la región noreste y 3.1 en las regiones central norte, sur y occidental de Estados Unidos. Si se excluye la histerectomía vinculada con prolapso como indicación de intervención quirúrgica, la tasa comunicada de histerectomía vaginal raramente supera 27%. No se sabe el motivo para estas discrepancias regionales.

La baja tasa de operaciones vaginales es paradójica, porque hace más de un siglo se prefería esta vía y constituía la base de la ginecología. El American College of Obstetricians and Gynecologists señaló que la vía de la Histerectomía depende de la anatomía de la paciente y la experiencia del cirujano pero mencionó pocas pautas específicas en cuanto al proceso de selección. Si se pudieran establecer normas entonces podría seleccionarse la vía de la histerectomía con base en criterios objetivos. Cuando se revisan las histerectomías abdominal, vaginal y laparoscópica, parece haber mucha superposición en las indicaciones. Las señaladas para Histerectomía abdominal y LAVH son muy similares.

Las de la Histerectomía vaginal son diferentes porque la cirugía por dolor pélvico y enfermedad inflamatoria pélvica casi nunca se hacen por vía vaginal. Las operaciones de los nexos se incluyen por lo general en los procedimientos abdominales y LAVH. La principal indicación de Histerectomía es el útero con miomatosis sintomática y casi todos los ginecólogos hacen esta operación por vía abdominal. Los miomas numerosos u otras causas benignas de crecimiento uterino no son contraindicaciones absolutas de la histerectomía vaginal para cirujanos experimentados, quienes pueden utilizar una de las técnicas de morcelación: Los cirujanos alemanes y franceses fueron los pioneros de las operaciones de reducción de volumen. Muller y Doyen propusieron la hemisección del útero.

La morcelación, la enucleación de fibromas, y la hemisección del útero se utilizan actualmente en casi 10 a 20 % de las histerectomías vaginales. En todas estas técnicas, se deben asegurar los ligamentos uterosacros y cardinales y ligar las arterias uterinas antes de iniciar el procedimiento de morcelación. Aunque algunos autores informaron buenos resultados con una técnica única de enucleación, casi todos los ginecólogos consideran que la flexibilidad en la elección de la técnica de

morcelación puede dar un mayor grado de resultados satisfactorios. La Ultrasonografía ayuda a precisar la configuración de los miomas antes de la intervención quirúrgica y también es útil para la valoración transoperatoria del útero durante la morcelación.

1.2.4 COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA

En este texto se revisan las principales complicaciones de la histerectomía, como infección, hemorragia y lesión de órganos adyacentes, que se describen para las variedades abdominal, vaginal, y laparoscópica de la operación.

1.2.4.1 HEMORRAGIA

Se han encontrado complicaciones hemorrágicas en 1 a 3 % de las histerectomías. En casi todos los estudios se han incluido AH y VH, la tasa de hemorragias es menor en las pacientes de AH. La hemorragia puede dividirse en tres categorías principales:

1. Transoperatoria,
2. Posoperatoria temprana
3. Posoperatoria tardía.

1.2.4.2 Hemorragia transoperatoria

No hay una definición estándar de la hemorragia transoperatoria. Cada autor a usado su propia definición al comunicar el grupo de casos. Hay hemorragia transoperatoria cuando una paciente quiere transfusión sanguínea de más de 1000 ml de sangre durante la operación o la pierde. No hay anemia preoperatorio (hemoglobina menor de 11) o hemorragia posoperatoria y no se realizan procedimientos concomitantes excepto colporrafía, anexectomía o apendicectomía.

La hemorragia transoperatoria sucede en 0.2 a 3.7 % de los casos y en casi todos los estudios se informa de 1 a 2 %. El estudio CREST señaló una tasa de transfusión del 13.2 %, similar a la de Amerikia, de 12%.

1.2.4.3 Hemorragia posoperatoria

Es cualquier pérdida de sangre que requiere tratamiento después de la operación. La mayor parte de tales casos requiere de sutura de la cúpula vaginal o de los pedículos vasculares. La hemorragia posoperatoria puede dividirse en temprana (menos de 48 horas después de la operación) y tardía (más de 48 horas después de la operación). Al parecer suceden con una frecuencia relativamente equivalente. Como se mencionó antes, la hemorragia es más común en VH en comparación con la AH.

1.2.4.4 Infección

La infección que complica la histerectomía se observa en tres casos distintos: Fiebre no explicada, Infección de la herida quirúrgica, e Infección lejana al sitio de la operación. La primera señal es la aparición de fiebre en el posoperatorio. La definición más frecuente de ésta es de más de 38°C en dos ocasiones con al menos cuatro horas de diferencia y más de 24 horas después de la operación.

1.2.4.5 Fiebre no explicada

El estudio CREST recalcó que muchas pacientes con fiebre posoperatoria no tienen una fuente obvia de infección. Utilizando la denominación “fiebre no explicada” para referirse a ellas. En pacientes operadas de AH, 32.3% tuvieron fiebre posoperatoria y el 16.8% no hubo una causa obvia. En las VH, 15.3% tuvieron fiebre posoperatoria y en 7.2% no se determinó el origen.

1.2.4.6 Infección de la herida quirúrgica

La infección de la herida quirúrgica después de AH se refiere a la herida y la pélvica. Esta última a su vez puede dividirse en:

1. Celulitis pélvica,
2. Absceso de cúpula vaginal
3. Absceso pélvico.

La tasa de infección del sitio quirúrgico en pacientes de AH es de 9%, considerando que reciben antibióticos profilácticos. Se ha demostrado que éstos reducen la incidencia de infección de la herida quirúrgica. También pueden aminorar el riesgo de infección pélvica, aunque este punto es controvertido.

Se debe tener en mente que el uso de antibióticos profilácticos conlleva algún riesgo. Hay algunos informes de pacientes que presentaron anemia hemolítica después de la administración de cefalosporinas.

Con la histerectomía vaginal no hay herida quirúrgica abdominal; en consecuencia, sitio de infección quirúrgica es sinónimo de infección pélvica. Según el estudio de CREST la tasa de infección pélvica después de la VH es de 3.9 por ciento.

1.2.4.7 Infecciones alejadas del sitio quirúrgico

La tasa de infección de vías urinarias es mayor cuando se toman cultivos sistemáticos de la sonda de Foley antes de retirarla. Sin duda hay casos de infecciones con cultivos positivos, que se resuelven espontáneamente al quitar la sonda de Foley; la tasa de estas infecciones ha disminuido con el tiempo, dado el uso cada vez mayor de antibióticos profilácticos para la AH y VH. La tasa actual de infección sintomática de vías urinarias después de la histerectomía se señala de 1 a 5%.

La Neumonía, es una complicación rara de la histerectomía y se sabe que los siguientes factores aumentan el riesgo de neumonía posoperatoria: 1) antecedente de enfermedad pulmonar subyacente, 2) antecedente de alcoholismo, y 3) edad avanzada. Cuando aparece esta complicación, puede ser muy grave. Se informó de un caso de muerte posoperatoria atribuida a neumonía después de LH.

1.2.5 LESIONES DE ÓRGANOS ADYACENTES

1.2.5.1 Lesiones vesicales

Las lesiones a órganos adyacentes durante la histerectomía son complicaciones frecuentes: Que afecta sobre todo a la vejiga, el intestino y el uréter. Parece que la tasa de infección vesical durante la histerectomía es cada vez mayor. El estudio CREST informó lesión vesical de 0.3 para AH y 1.6% para VH. Son más frecuentes en VH en caso todos los estudios. Investigaciones más recientes han señalado una tasa global de 1 a 2 % para la lesión vesical.

Las posibles explicaciones para el aumento de la tasa de lesiones vesicales son: 1) posible subinforme en las publicaciones antiguas, 2) aumento en el número de histerectomías vaginales difíciles y 3) un mayor número de mujeres histerectomizadas con antecedente de cesárea. El riesgo de lesión de la vejiga en el momento de la histerectomía es mayor si hay antecedente de una cesárea.

1.2.5.2 Lesiones intestinales

El riesgo de lesión del intestino durante la histerectomía tiene gran correlación con la dificultad del procedimiento quirúrgico. Las lesiones intestinales suceden principalmente de 2 maneras: 1) lesión de intestino delgado durante la lisis de adherencias y 2) daño del recto al disecar el fondo de saco posterior. La tasa global de lesiones intestinales es de 0.3% para AH, 0.4% para VH y 0.25 para LH. Aunque el método laparoscópico conlleva el peligro adicional de múltiples inserciones del trocar, rara vez se ha señalado las lesiones intestinales mencionadas con la colocación de éste.

1.2.5.3 Daño de uréteres

La lesión ureteral es similar a la de intestino porque la frecuencia de su aparición depende mucho de la dificultad del procedimiento. En el estudio CREST se encontró

en 0.2% de los casos de AH y no sucedió con VH. La menor tasa de lesiones durante la histerectomía vaginal se debe, al menos parcialmente, a la selección de AH para procedimientos más difíciles. Algunos autores han comentado que la técnica de VH protege contra las lesiones ureterales.

1.2.6 TRASTORNOS DIVERSOS

1.2.6.1 Enfermedad tromboembólica

Los factores de riesgo de enfermedad tromboembólica (TED) después de la histerectomía han sido dilucidados por Clarke-Pearson e incluyen:

1. Edad,
2. Raza
3. Cáncer
4. Antecedente de trombosis venosa profunda,
5. Edema de extremidades inferiores,
6. Venas varicosas,
7. Obesidad y
8. Antecedente de radioterapia.

Los factores transoperatorios de peligro son:

1. Mayor tiempo anestésico,
2. Mayor pérdida sanguínea
3. Transfusión transoperatoria.

En un grupo de bajo riesgo de pacientes de AH y VH, la tasa de TED comunicada por el estudio CREST fue de 0.2% para AH y VH. En un grupo de riesgo mucho mayor, se señaló una tasa de TED de 2.4% para las mujeres a las que se les hizo AH y 1.6 para las de VH. Rara vez se señaló TED en pacientes de LH.

1.2.6.2 Dehiscencia de herida quirúrgica

La dehiscencia de la aponeurosis después de la laparotomía ginecológica sucede en 0.3 a 0.7% de las pacientes. Los factores de riesgo son incisiones verticales, obesidad, antecedente de enfermedad médica y edad avanzada. Hay informes anecdóticos de evisceración después de la histerectomía vaginal.

1.2.6.3 Procedimientos quirúrgicos mayores no intencionales

El estudio CREST creó una categoría titulada “procedimientos quirúrgicos mayores no intencionales concomitantes o consecutivos a la histerectomía”. Se incluyeron en esta categoría las lesiones quirúrgicas de intestino, vejiga, y uréteres, que requieren corrección quirúrgica, junto con todas las reintervenciones quirúrgicas en periodo posoperatorio de 8 semanas. La tasa fue de 1.8% para AH y 5.8% para VH, que dan en combinación 3.4%.

1.2.7 OTRAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA

Cubre problemas postoperatorios de pacientes que son más subjetivos

1. Disfunción psicosexual,
2. Disfunción de la porción inferior del aparato urinario,
3. Dismotilidad gastrointestinal.

Para cada uno de estos problemas hay datos que sugieran que la vía de realización de la histerectomía tenga gran influencia.

1.2.7.1 Trastornos psicosexuales

Hay muchos estudios en las publicaciones antiguas que detallan el aumento de la morbilidad psicológica después de la histerectomía; Richard acuñó la denominación “síndrome poshisterectomía” para describir un aumento en la depresión y los problemas sexuales observados después de dicha operación. Hay un consenso cada

vez mayor de que cuando sólo se extirpa el útero no hay aumento de la morbilidad psicológica y tal vez, inclusive, haya una disminución.

Hay varios estudios que han demostrado que el asesoramiento preoperatorio cuidadoso y la preparación dan lugar a una mejor evolución posoperatoria en términos de morbilidad psicosexual. Esto se ha cuantificado con pruebas psicométricas realizadas antes y después de la operación junto con cuestionarios extensos. En términos de funcionamiento sexual después de la histerectomía sin anexectomía, ha habido informes que citan: disminución de libido, frecuencia de orgasmos, lubricación vaginal y sensibilidad vaginal.

1.2.7.2 Disfunción de la porción inferior del aparato urinario

Hay varios artículos que informa más síntomas de la porción inferior del aparato urinario después de la histerectomía. Se han descrito incontinencia urinaria, retención urinaria, polaquiuria y disuria después de la intervención quirúrgica. Los estudios más recientes, no parece haber un incremento notable de los síntomas de la porción inferior del aparato urinario cuando se estudió a las mujeres de manera prospectiva. Parece que la histerectomía tiene poco efecto sobre la fisiología de la porción inferior del aparato urinario.

1.2.7.3 Disfunción intestinal

Algunos autores han cuestionado si la histerectomía tiene un efecto lesivo a largo plazo sobre la función intestinal. Específicamente, se han señalado acentuación del síndrome de intestino irritable y del estreñimiento intenso después de la histerectomía. Se concluyó que había cambios notables en la sensibilidad rectal después de la histerectomía por enfermedad benigna, que persistían durante al menos

seis meses después de la operación, pero no siempre se relacionaron con la aparición de síntomas gastrointestinales.

1.3 ESTUDIOS REALIZADOS

La histerectomía constituye la segunda cirugía más efectuada en mujeres en edad fértil. Por esto cada día más ginecólogos se interesan en buscar técnicas de menor invasión. Dentro de este concepto y con el objetivo de preservar la indemnidad del suelo pélvico, muchos hemos propuesto la histerectomía supracervical por laparoscopia, como una de las técnicas quirúrgicas que más auge debiera tener. Se trata de una cirugía con menor número de complicaciones tanto intra como postoperatorias, menor estadía hospitalaria y mejor recuperación. En aquellas pacientes que no cumplen los requisitos para una histerectomía supracervical por laparoscopia, la vía vaginal es la mejor alternativa al compararla con la abdominal. Sin embargo, proponemos que debiera realizarse agregando puntos de McCall para prevenir prolapsos futuros; para asegurar la indemnidad ureteral debemos realizar una cistoscopia intraoperatoria con índigo carmín. (SOLA, 2009)

En un estudio realizado para; Evaluar el resultado a corto plazo de tres técnicas de histerectomía. *Pacientes:* Se analizaron prospectivamente 117 pacientes sin prolapso uterino, ingresadas al Hospital Padre Hurtado entre Octubre 2000 y Julio 2003, las que se distribuyeron al azar y fueron sometidas a una de las tres técnicas de histerectomía: vaginal (HV), abdominal (HAT) y vaginal asistida por laparoscopia (HVLA). *Resultados:* El tiempo operatorio fue significativamente mayor en el grupo HVLA comparado con el de HAT (95,5 v/s 74,0 minutos, $p < 0,001$) y el de éste, a su vez, mayor que el del grupo de HV (74,0 v/s 52,9 minutos, $p < 0,001$). No hubo diferencias significativas en las complicaciones intraoperatorias ni en el requerimiento de drogas analgésicas. Las pacientes sometidas a HAT presentaron más complicaciones postoperatorias. La estada hospitalaria fue más prolongada en el grupo HAT comparado con los otros, entre los que no hubo diferencias. El costo de la HVLA fue mayor que el de la HAT y el de ésta superior al de la HV. *Conclusión:*

Nuestros resultados señalan que la vía vaginal debe ser la primera elección en pacientes sin prolapso en casos seleccionados. La HAT debe considerarse para aquellas pacientes en que no esté indicado el abordaje vaginal o laparoscópico. (VESPERINAS, 2009)

Otro estudio nos describe que en la actualidad se usan tres tipos de histerectomías: la histerectomía vaginal, la histerectomía abdominal y la histerectomía mínimamente invasiva. Como objetivo de esta investigación para su realización se tomó en cuenta; comparar la histerectomía mínimamente invasiva (HMI) con la histerectomía total abdominal (HA) en mujeres con enfermedades uterinas benignas. Donde se utilizó el método sistemático y metaanálisis a partir de las bases de datos siguientes: MEDLINE, EBSCO HOST y The Cochrane Central Register of Controlled Trials. Se seleccionaron solo estudios controlados y aleatorizados. Se combinaron los datos de todos los estudios incluidos y se utilizó el riesgo relativo (RR) con un intervalo de confianza del 95 %, usando el método de Mantel-Haenszel como medida de efecto para variables dicotómicas. Para el análisis de las variables continuas se utilizó la diferencia de medias. En todas las comparaciones realizadas los resultados fueron obtenidos usando modelos de efecto fijo y aleatorio. Entre los principales resultados están 53 complicaciones transoperatorias en el grupo de HMI contra 17 en el grupo de HA (RR: 1,78; IC: 1,04-3,05). Las complicaciones posoperatorias se comportaron de forma similar en ambos grupos, sin diferencias significativas desde el punto de vista estadístico. Las pérdidas sanguíneas, la estadía hospitalaria y la reincorporación de la paciente a las actividades habituales y al trabajo fueron significativamente menores en el grupo laparoscópico; sin embargo, el tiempo operatorio es mayor cuando se compara con la HA (diferencia de medias: 37,36; IC: 34,36-39,93). Se concluye que; Ambas técnicas tienen ventajas y desventajas. La indicación de las técnicas de HMI debe ser individualizada según la situación clínica de cada paciente y éstas no deben realizarse en centros donde no exista personal quirúrgico debidamente entrenado y con experiencia en cirugía mínimamente invasiva de avanzada. (ARAGÓN, 2011)

Otro artículo donde nos describe la relación de la histerectomía y su influencia sobre la vivencia de la sexualidad. Metodología: La revisión fue realizada en la bases de datos de Cinahl, Cochrane, Cuiden, Dedalus/Usp, Lilacs, Medline, Portal Capes y Portal de la Sexualidad en el período comprendido entre 1996 y 2005. Resultados: Fueron identificadas 27 publicaciones que abordaban los aspectos clínicos, psicosociales, educacionales y de la sexualidad relativos a la histerectomía. La obtención del dominio sobre los aspectos clínicos de la histerectomía, el establecimiento de la relación terapéutica adecuada entre los profesionales y la mujeres, la realización de orientaciones sistematizadas y la práctica de cuidado a la salud culturalmente congruente a las mujeres sometidas a la histerectomía son las principales recomendaciones de los investigadores. (KOMURA, 2009)

CAPITULO II

2 MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en la ciudad de Pasaje perteneciente a la provincia de el Oro, cuenta con una población total de 51067 habitantes, posee accesos de servicios básicos en un 70%, para la atención de salud con dos niveles de complejidad, atención primaria y secundaria, en un periodo de tres meses se desarrolló la investigación tomando en cuenta a las mujeres que fueron intervenidas quirúrgicamente por histerectomía en el hospital San Vicente de Paul. El hospital queda en Pasaje Av. Quito y Sucre

2.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se la realizo durante el año 2012

2.2.1 RECURSOS

HUMANOS:

- Director de tesis
- Investigador: Egresada Karla Sigsig

FÍSICOS:

- Cuestionario de encuesta
- Equipos de oficina

- Computador
- Tensiómetro
- Glucómetro
- Impresora
- Carpetas
- Cinta métrica
- Escala de IMC
- Balanza
- Tallimetro Portátil
- Guantes
- Torundas de algodón

2.3 UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

El universo estuvo constituido por 72 mujeres que fueron intervenidas quirúrgicamente por histerectomía en el año 2012 en el hospital San Vicente de Paul.

MUESTRA

La muestra corresponde a 72 mujeres que son 100% de las pacientes que son intervenidas en el hospital San Vicente de Paul.

2.4 MÉTODO

2.4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Método epidemiológico y científico, con un diseño de investigación cuantitativa, descriptiva y un tipo de estudio transversal.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

- No experimental

2.4.2 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

Una vez aprobada la temática por la universidad, se pidió autorización al director del Hospital para que a su vez conceda la búsqueda de las historias clínicas, se buscó en los partes quirúrgicos de los médicos aquellas mujeres que fueron intervenidas por histerectomía, luego en dos semanas se buscó las historias clínicas y se recogió la información según el cuestionario. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de datos que contienen a las variables en estudio despejadas por indicadores el mismo que fue llenado con los datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes, luego se aplicó y ejecuto un plan educativo donde se midió el nivel de conocimiento sobre las causas de histerectomía.

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN:

- En la investigación se tomaron en cuenta todas las mujeres que fueron intervenidas con histerectomía.

EXCLUSIÓN:

- Fueron sujetos de exclusión aquellas personas intervenidas por otra causa.

2.6 METODOLOGÍA

- Técnicas de exposición
- Procedimiento de prevención
- Charla educativa

Demostración

- De la cirugía
- No implica malestar en su vida sexual

Estrategias

- Se coordinó con el director del hospital y con la licenciada en enfermería líder para ponerse de acuerdo en el día y hora de la intervención.
- Además se entregaron hojas volantes y se colocó un anuncio en la entrada de la consulta externa y en puntos estratégicos.
- para mayor formalidad y compromiso de los usuarios se entregaron tarjetas de invitación al plan educativo.

Educación

Exposición oral y audiovisual de los temas de interés

RECURSOS

Recursos humanos:

- Usuarios
- Personal de área de consulta externa
- Autora: Egresada Karla Sigsig

Recursos materiales:

- Lápiz

- Papel periódico.
- Cinta adhesiva
- Encuestas
- Infocus
- Computadora
- Pen-drive
- Trípticos
- Cámara.
- Transporte
- Refrigerio
- Invitaciones
- Copias

Recursos económicos:

| | |
|------------------|---------------|
| Charla educativa | 80.00 |
| Movilización | 30.00 |
| Refrigerio | 100.00 |
| Copias | 30.00 |
| Imprevistos | 40.00 |
| TOTAL | 280,00 |

2.7 EVALUACIÓN:

La fase de intervención fue evaluada por medio de los siguientes criterios y utilizando los indicadores de:

- **Proceso:** Calidad de la intervención referente a la aplicación de la encuesta y la charla educativa.
- **Producto:** Cumplimiento de las actividades y de los objetivos propuestas.
- **Impacto:** - Se valoró la satisfacción de la intervención por parte de los usuarios mediante un post test y el registro de asistencia.
-

2.8 TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La tabulación y presentación de datos se realizó en hoja de cálculo Excel, para medir asociación y factores de riesgo, se utilizaran indicadores para medir las causas de histerectomía y las complicaciones.

CAPITULO III

3 PROCESAMIENTO DE DATOS

3.1 ANALISIS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

CUADRO N° 1

Edad relacionada con la ocupación de las mujeres intervenidas por histerectomía en el hospital San Vicente de Paul. Año 2012.

| EDAD EN AÑOS | OCUPACIÓN | | | | | | | | TOTAL | |
|--------------|--------------|------------|-----------------------|------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|
| | DESEMPLEADOS | | QUEHACERES DOMÉSTICOS | | COMERCIANTE | | OTROS | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 30 - 40 | 0 | 0% | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 41 a 50 | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 51 a 60 | 5 | 7% | 9 | 13% | 7 | 10% | 12 | 17% | 33 | 46% |
| 60 MAS | 9 | 13% | 11 | 15% | 9 | 13% | 8 | 11% | 37 | 51% |
| TOTAL | 15 | 21% | 21 | 29% | 16 | 22% | 20 | 28% | 72 | 100% |

Fuente: Revisión Historia clínica única del paciente

ANALISIS:

El siguiente cuadro nos indica la relación de la edad con la ocupación de las mujeres que fueron sometidas a histerectomía es así que el 29% se dedican a quehaceres domésticos de estas el 15% tienen más de 60 años, el 21% no tienen trabajo de estas el 13% son más de 60 años y el 22% son comerciales de ellos el 13% son más de 60 años.

CUADRO N° 2

Edad relacionada con el nivel educativo de las mujeres intervenidas por histerectomía en el hospital San Vicente de Paul. Año 2012.

| EDAD EN AÑOS | NIVEL EDUCATIVO | | | | | | | | TOTAL | |
|----------------|-----------------|------------|------------|------------|----------|-----------|-----------|------------|-----------|-------------|
| | PRIMARIA | | SECUNDARIA | | SUPERIOR | | NINGUNO | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 30 - 40 | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 41 a 50 | 0 | 0% | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 51 a 60 | 12 | 17% | 14 | 19% | 0 | 0% | 7 | 10% | 33 | 46% |
| 60 MAS | 17 | 24% | 15 | 21% | 0 | 0% | 5 | 7% | 37 | 51% |
| TOTAL | 29 | 40% | 30 | 42% | 1 | 1% | 12 | 17% | 72 | 100% |

Fuente: Revisión Historia clínica única del paciente

ANALISIS:

El siguiente cuadro relaciona la edad con el nivel educativo de las mujeres el 42% tenían secundaria de estas el 21% eran de más de 60 años de edad, el 40% tenían solo primaria del cual el 24% tenían más de 60 años, el 17% no tienen nivel educativo del cual el 10% tienen de 51 a 60 años y el 1% tiene un nivel educativo superior correspondiendo una edad de 30 a 40 años de edad, es así que a menor es el nivel educativo mayor será la presentación de procesos patológicos.

CUADRO N° 3

Edad relacionada con los antecedentes patológicos de las mujeres intervenidas por histerectomía en el hospital San Vicente de Paul. Año 2012.

| EDAD EN AÑOS | ANTECEDENTES PATOLÓGICOS | | | | | | | | TOTAL | |
|----------------|--------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|----------|------------|-----------|-------------|
| | tabaquismo | | diabetes | | HTA | | anemia | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 30 - 40 | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% | 1 | 1% |
| 41 a 50 | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% | 1 | 1% |
| 51 a 60 | 4 | 6% | 11 | 15% | 15 | 21% | 3 | 4% | 33 | 46% |
| 60 MAS | 7 | 10% | 17 | 24% | 11 | 15% | 2 | 3% | 37 | 51% |
| TOTAL | 11 | 15% | 28 | 39% | 26 | 36% | 7 | 10% | 72 | 100% |

Fuente: Revisión Historia clínica única del paciente

ANALISIS:

El siguiente cuadro relaciona la edad de las mujeres con los antecedentes patológicos es así que el 39% que presentaban diabetes el 24% tenían más de 60 años de edad, el 36% con HTA el 21% de 51-60 años de edad, el 15% que consumían tabaco de estas el 10% eran de más de 60 años mientras el 10% que tenían anemia el 4% eran de 51 a 60 años es así que a mayor presentación de antecedente mayor será la presentación de complicaciones en el aparato reproductor.

CUADRO N° 4

Edad relacionada con la paridad de las mujeres intervenidas por histerectomía en el hospital San Vicente de Paul. Año 2012.

| EDAD EN AÑOS | PARIDAD | | | | | | | | TOTAL | |
|--------------------|------------|-----------|------------|------------|-------------|------------|----------|-----------|-----------|-------------|
| | 1 - 2 hijo | | 3- 4 hijos | | 4 - 5 hijos | | ninguno | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 30 - 40 | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 41 a 50 | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 51 a 60 | 0 | 0% | 9 | 13% | 22 | 31% | 2 | 3% | 33 | 46% |
| 60 MAS | 0 | 0% | 11 | 15% | 24 | 33% | 2 | 3% | 37 | 51% |
| TOTAL | 1 | 1% | 20 | 28% | 47 | 65% | 4 | 6% | 72 | 100% |

Fuente: Revisión Historia clínica única del paciente

ANALISIS:

Este cuadro indica la relación de la edad, con la paridad de las mujeres es así que el 65% de estas que tuvieron de 4 a 5 hijos el 33% tenían de 60 años y más, el 28% que tuvieron de 3 a 4 hijos el 15% tenían más de 60 años, el 6% que no tenían hijos el 3% tenían desde 51 años hasta más de 60 años y el 1% que tenían de 1 a 2 hijos el 1% eran de 30 a 40 años de edad denotando así la relación del número mayor de hijos con la presentación de procesos patológicos en el sistema reproductor.

CUADRO N° 5

Edad relacionada con las cirugías previas en las mujeres intervenidas por histerectomía en el hospital San Vicente de Paul. Año 2012.

| EDAD EN AÑOS | CIRUGÍAS PREVIAS | | | | | | | | TOTAL | |
|----------------|------------------|------------|-------------|------------|------------|------------|----------|-----------|-----------|-------------|
| | CESÁREA | | COLPORRAGIA | | CISTOPEXIA | | NINGUNA | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 30 - 40 | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 41 a 50 | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 51 a 60 | 15 | 21% | 12 | 17% | 4 | 6% | 2 | 3% | 33 | 46% |
| 60 mas | 12 | 17% | 19 | 26% | 5 | 7% | 1 | 1% | 37 | 51% |
| TOTAL | 29 | 40% | 31 | 43% | 9 | 13% | 3 | 4% | 72 | 100% |

Fuente: Revisión Historia clínica única del paciente

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro indica la relación de la edad con las cirugías previas es así que el 43% presentaron colporragia de estas el 26% tenían más de 60 años, el 40% presentaron cesárea de estas el 21% de 51 a 60 años de edad, el 12% presentaron cistopexia del cual el 7% tienen más de 60 años y el 4% no tenían cirugías previas en la que el 3% se presenta en la edad de 51 a 60 años lo que nos relaciona la edad mayor con el tipo de cirugía.

CUADRO N°6

Edad relacionada con la indicación obstétrica de histerectomía en las mujeres intervenidas por histerectomía en el hospital San Vicente de Paul. Año 2012.

| EDAD EN AÑOS | INDICACIONES OBSTÉTRICAS DE HISTERECTOMÍA | | | | | | TOTAL | |
|----------------|---|-----------|----------------|-----------|-----------|------------|-----------|-------------|
| | RUPTURA UTERINA | | ATONÍA UTERINA | | NINGUNA | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 30 - 40 | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 41 a 50 | 0 | 0% | 1 | 1% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 51 a 60 | 0 | 0% | 0 | 0% | 33 | 46% | 33 | 46% |
| 60 mas | 0 | 0% | 0 | 0% | 37 | 51% | 37 | 51% |
| TOTAL | 1 | 1% | 1 | 1% | 70 | 97% | 72 | 100% |

Fuente: Revisión Historia clínica única del paciente

ANÁLISIS:

La siguiente tabla indica la relación de las indicaciones de histerectomía por causa obstétrica es así que el 1% fue por ruptura uterina entre la edad de 30-40 años, el otro 1% por atonía uterina de 41-50 años de edad y el 97% no presenta ninguna causa.

CUADRO N°7

Edad relacionada con el diagnostico anatomo patológico de las mujeres intervenidas por histerectomía en el hospital San Vicente de Paul. Año 2012.

| EDAD EN AÑOS | DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLÓGICO | | | | | | | | TOTAL | |
|----------------|--------------------------------|------------|-------------|------------|-------------------------|------------|----------|-----------|-----------|-------------|
| | MIOMATOSIS | | ADENOMIOSIS | | HIPERPLASIA ENDOMETRIAL | | NINGUNA | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 30 - 40 | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% | 1 | 1% |
| 41 a 50 | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% | 1 | 1% |
| 51 a 60 | 14 | 19% | 11 | 15% | 8 | 11% | 0 | 0% | 33 | 46% |
| 60 mas | 18 | 25% | 9 | 13% | 10 | 14% | 0 | 0% | 37 | 51% |
| TOTAL | 32 | 44% | 20 | 28% | 18 | 25% | 2 | 3% | 72 | 100% |

Fuente: Revisión Historia clínica única del paciente

ANÁLISIS:

En relación a la edad con el diagnóstico anatomo patológico, es así que el 44% de estas mujeres presentaron miomatosis el 25% tenían más de 60 años, el 28% adenomiosis correspondiente al 13% de la misma edad, el 25% hiperplasia endometrial de estas el 14% del mismo grupo de edad y el 3% no se obtuvo diagnostico anatomo patológico del cual el 1% está dado de 30 a 50 años.

CUADRO N°8

Edad relacionada con el tipo de histerectomía en las mujeres intervenidas por histerectomía en el hospital San Vicente de Paul. Año 2012.

| EDAD EN AÑOS | TIPO DE HISTERECTOMÍA | | | | | | | | TOTAL | |
|----------------|-----------------------|------------|-------------------------|------------|-----------|------------|-----------------------|-----------|-----------|-------------|
| | ABDOMINAL | | ABDOMINAL + ANEXECTOMIA | | VAGINAL | | VAGINAL + ANEXECTOMIA | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 30 - 40 | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 41 a 50 | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 51 a 60 | 21 | 29% | 6 | 8% | 6 | 8% | 0 | 0% | 33 | 46% |
| 60 mas | 24 | 33% | 9 | 13% | 4 | 6% | 0 | 0% | 37 | 51% |
| TOTAL | 47 | 65% | 15 | 21% | 10 | 14% | 0 | 0% | 72 | 100% |

Fuente: Revisión Historia clínica única del paciente

ANÁLISIS:

En relación a la edad con el tipo de histerectomía el 65% de las histerectomías fue abdominal de estas el 33% tenían más de 60 años, el 21% de las histerectomías fueron abdominales más anexectomias de las cuales el 13% tenían más de 60 años el 14% se realizaba histerectomía por vía vaginal del cual el 8% tenían de 51 a 60 años, denotando así que la mayor presentación de histerectomía es la abdominal.

CUADRO N°9

Edad relacionada con las complicaciones inmediatas las mujeres intervenidas por histerectomía en el hospital San Vicente de Paul. Año 2012.

| EDAD EN AÑOS | COMPLICACIONES | | | | | | | | TOTAL | |
|----------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|-----------|-----------|------------|-----------|-------------|
| | HEMORRAGIA | | LESIÓN VESICAL | | LESIÓN URETRAL | | NINGUNA | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 30 - 40 | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 41 a 50 | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| 51 a 60 | 11 | 15% | 3 | 4% | 1 | 1% | 18 | 25% | 33 | 46% |
| 60 mas | 9 | 13% | 6 | 8% | 3 | 4% | 19 | 26% | 37 | 51% |
| TOTAL | 22 | 31% | 9 | 13% | 4 | 6% | 37 | 51% | 72 | 100% |

Fuente: Revisión Historia clínica única del paciente

ANÁLISIS:

En relación con la edad y las complicaciones el 31% presento hemorragia de estas el 15% tenía de 51 a 60 años ,el 51% no presenta complicaciones comprendiendo la edad de más de 60 años y el 13% presentaron lesión vesical en la misma edad y finalmente el 6% presentaron lesión uretral teniendo el 4% en la misma edad.

3.2 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

EVALUACIÓN DEL PROCESO

CUADRO N° 1

INTERÉS DE LOS TEMAS EXPUESTOS EN EL PLAN EDUCATIVO SOBRE HISTERECTOMÍA CAUSAS, COMPLICACIONES Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES, EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL.

| INTERES DE LOS TEMAS | N° | % |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| SI | 72 | 100 |
| NO | 0 | 0 |
| TOTAL | 72 | 100% |

FUENTE: ENCUESTA

ANALISIS:

El siguiente cuadro nos indica que el 100% de los temas expuestos por la autora los beneficiarios manifestaron que los temas fueron interesantes.

CUADRO N° 2

OPINIÓN QUE DAN LOS USUARIOS EN EL PLAN EDUCATIVO EJECUTADO SOBRE HISTERECTOMÍA CAUSAS, COMPLICACIONES Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES, EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL.

| CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN | N° | % |
|---------------------------|----|------|
| SI | 72 | 100 |
| NO | 0 | 0 |
| TOTAL | 72 | 100% |

FUENTE: ENCUESTA

ANALISIS:

El 100% de los usuarios manifestaron que los temas expuestos fueron claros y se mostraron satisfechos.

CUADRO N° 3

OPINIÓN QUE DAN LOS USUARIOS EN RELACIÓN AL PLAN EDUCATIVO EJECUTADO SOBRE HISTERECTOMÍA CAUSAS, COMPLICACIONES Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES, EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL.

| CLARIDAD DEL EXPOSITOR | N° | % |
|-------------------------------|-----------|-------------|
| SI | 72 | 100 |
| NO | 0 | 0 |
| TOTAL | 72 | 100% |

FUENTE: ENCUESTA

ANALISIS:

El 100% de los usuarios manifestaron que la expositora tuvo claridad en los temas expuestos.

CUADRO N° 4

CALIDAD DEL MATERIAL EDUCATIVO UTILIZADA EN LA INTERVENCIÓN DEL PLAN.

| CALIDAD DEL MATERIAL EDUCATIVO | N° | % |
|---------------------------------------|-----------|-------------|
| BUENO | 72 | 100 |
| REGULAR | 0 | 0 |
| MALO | 0 | 0 |
| TOTAL | 72 | 100% |

FUENTE: ENCUESTA

ANALISIS:

El 100% de los usuarios manifestaron que el material utilizado en la charla educativa fue claro y de calidad.

CUADRO N° 5

CALIDAD DEL AMBIENTE DONDE SE EJECUTÓ EL PLAN EDUCATIVO DIRIGIDO A LAS USUARIAS SOBRE HISTERECTOMÍA CAUSAS, COMPLICACIONES Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES, EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL.

| CALIDAD DEL AMBIENTE | N° | % |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| ADECUADO | 72 | 100 |
| INADECUADO | 0 | 0 |
| TOTAL | 72 | 100% |

FUENTE: ENCUESTA

ANALISIS:

El siguiente cuadro nos presenta la opinión de los usuarios sobre la calidad del ambiente donde se ejecutó la charla educativa quienes manifestaron que fue adecuada la calidad del ambiente en un 100%.

CUADRO N° 6

**ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y EJECUTADAS EN EL PLAN
EDUCATIVO.**

| GRUPO DE META | | ASISTENTES | |
|----------------------|------------|-------------------|------------|
| N° | % | N° | % |
| 72 | 100 | 72 | 100 |

FUENTE: HOJA DE ASISTENCIA

ANALISIS:

De las actividades programadas en las charlas educativas fue ejecutado el 100%.

CUADRO N° 7

MATERIAL EDUCATIVO ENTREGADO A LAS USUARIAS SOBRE SOBRE HISTERECTOMÍA CAUSAS, COMPLICACIONES Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES, EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL.

| MATERIAL EDUCATIVO | |
|-------------------------------|-------------------|
| PROGRAMADOS A ENTREGAR | ENTREGADOS |
| 72 | 72 |

FUENTE: HOJA DE ASISTENCIA

ANALISIS:

En la charla se entregaron 72 trípticos programados a los asistentes.

CUADRO N° 8

Producto evaluación de los conocimientos pre-post test de las usuarias

| PREGUNTAS | PRODUCTO | | | | | | | | | | TOTAL | |
|---|----------------|------|------------|------|-------|-----|------------------|-----|------------|----|-------|-----|
| | ANTES DEL PLAN | | | | TOTAL | | DESPUES DEL PLAN | | | | | |
| | CORRECTO | | INCORRECTO | | | | CORRECTO | | INCORRECTO | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| ¿Qué es el útero? | 9 | 12,5 | 63 | 87,5 | 72 | 100 | 65 | 90 | 7 | 10 | 72 | 100 |
| ¿Qué es histerectomía? | 0 | 0 | 72 | 100 | 72 | 100 | 59 | 82 | 13 | 18 | 72 | 100 |
| ¿Causas para realizar histerectomía? | 0 | 0 | 72 | 100 | 72 | 100 | 68 | 94 | 4 | 6 | 72 | 100 |
| ¿Complicaciones de histerectomía? | 0 | 0 | 72 | 100 | 72 | 100 | 62 | 86 | 10 | 14 | 72 | 100 |
| ¿Cuáles son los tipos de histerectomía? | 0 | 0 | 72 | 100 | 72 | 100 | 68 | 94 | 4 | 6 | 72 | 100 |
| ¿La miomatosis es una indicación para histerectomía? | 0 | 0 | 72 | 100 | 72 | 100 | 67 | 93 | 5 | 7 | 72 | 100 |
| ¿Las hemorragias son complicaciones de una histerectomía? | 0 | 0 | 72 | 100 | 72 | 100 | 67 | 93 | 5 | 7 | 72 | 100 |
| ¿Sera que una mujer con cáncer en el útero se debe someter a histerectomía? | 0 | 0 | 72 | 100 | 72 | 100 | 72 | 100 | 0 | 0 | 72 | 100 |
| ¿El número de hijos puede ser causa para histerectomía? | 0 | 0 | 72 | 100 | 72 | 100 | 72 | 100 | 0 | 0 | 72 | 100 |
| ¿Medidas de prevención? | 0 | 0 | 72 | 100 | 72 | 100 | 72 | 100 | 0 | 0 | 72 | 100 |

FUENTE: ENCUESTA

Análisis:

En cuanto al conocimiento sobre que es el útero antes de la charla el 87.5% no sabía que es el útero, así como el 100% desconocía que era histerectomía, cuáles sus complicaciones, los tipos y también desconocían las causas por las cuales se podría producir una histerectomía tales como: miomatosis, hemorragia, cáncer y el número de hijos que pudieran tener ni las medidas preventivas.

Luego de haber intervenido con la charla a las pacientes de la consulta externa del Hospital san Vicente de paúl considero que algunas de las pacientes aún tienen un conocimiento deficiente respecto a lo siguiente: el 10% sobre que es el útero, el 18% que es histerectomía, el 6% las causa de la histerectomía, el 14% complicaciones de la histerectomía, 6% los tipos de histerectomía, el 7% desconocía que la miomatosis estaba indicado para una histerectomía, así como el 7% no sabía que las hemorragias son una complicación de la histerectomía y en lo referente a que una mujer con cáncer de útero se debe someter a una histerectomía, el número de hijos puede ser causa de una histerectomía, así también como sus medidas preventivas no quedo duda alguna.

CUADRO N° 9

Trato que recibieran los usuarios durante el plan educativo y de ejercicios por parte de la autora.

| TRATO RECIBIDO | N° | % |
|----------------|----|-----|
| BUENO | 72 | 100 |
| REGULAR | 0 | 0 |
| MALO | 0 | 0 |
| TOTAL | 72 | 100 |

FUENTE: PRE-POST TEST

ANALISIS:

El 100% de los usuarios que asistieron a la charla educativa manifiestan que el trato fue bueno y expresaron su agradecimiento por la atención recibida, por parte de la expositora.

CONCLUSIONES

Una vez culminada la investigación sobre la histerectomía en las pacientes ingresadas en el hospital San Vicente de Paul se da por concluido que la principal causa de histerectomía es la miomatosis o las patologías uterinas siendo en menor proporción la hipotonía uterina.

- Las características individuales de las mujeres sujetas a estudio el 51% de las pacientes con histerectomía tenían más de 60 años de edad , el 46% de ellas tenían como actividad laboral los quehaceres domésticos y el 42% tienen un nivel de educación secundaria
- En cuanto a las características obstétricas se pudo concluir que el 65% de las pacientes con histerectomía tenían de 4-5 hijos, de las cuales el 39% de ellas tenían diabetes, el 43% de las pacientes intervenidas fue por causa de una colporragia, el 60% de las demás por presentar un prolapso genital y el 1 fue por presentar complicaciones tales como una atonía uterina y ruptura del útero.
- Según los datos estadísticos encontrados se concluye que en la morbimortalidad el 44% de las pacientes con de histerectomía presentaron miomatosis, el 65% de las pacientes fueron intervenidas de histerectomía abdominal, el 31% de las pacientes presentaron complicaciones inmediatas como hemorragia y el 21% de ellas presentaron absceso de pared como complicaciones mediatas.
- En cuanto al plan educativo se concluye que el 100% de las pacientes que asistieron a la consulta externa manifestaron que los conocimientos brindados fueron oportunos y llenaron sus expectativas.

RECOMENDACIONES

Una vez culminada la investigación se puede recomendar lo siguiente:

- Implementar un plan integral de atención a la paciente histerectomizada en la cual se incluya apoyo psicológico y realizar controles subsecuentes sobre estado anímico de la paciente, el grado de aceptación de su situación actual, dado que los síndromes depresivos suelen ser muy frecuentes.
- El personal médico, desde el momento de diagnóstico de la enfermedad ginecológica debería exponer a cada paciente los cambios que en su vida generará la enfermedad, en todas las dimensiones que abarca la calidad de vida, para que desde el inicio se pueda ir asimilando poco a poco y evitar así impactos de gran magnitud en el paciente.
- Que todos pongamos en práctica la solidaridad, el amor y el respeto por los demás seres humanos, las palabras de aliento, el buen trato hacen que todos sean y se sientan importantes y por ende es un pilar fundamental para el cumplimiento de cualquier labor o terapéutica prescrita.
- Que el personal de enfermería del hospital sea más activa y dinámica en la captación y educación de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas basándose en el plan de cuidados de proceso de atención de enfermería con nomenclatura NANDA NIC NOC.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 ARAGÓN, F. J. (04 de JUNIO de 2011). *SCIELO*. Recuperado el 14 de ENERO de 2013, de HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL FRENTE A HISTERECTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA REVISION SISTEMATICA Y METAANALISIS: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000100007
- 2 BOTBOL, J. (2011). Histerectomía vías de abordaje. Evidencia y actualización en la práctica ambulatoria. *OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*, 540-555.
- 3 BOUKERROU, E. e. (2011). La histerectomía para lesiones benignas: ¿qué queda de ella a la vía abdominal. *Diario de Obstetricia y Ginecología y Biología Reproductiva.*, 584-589.
- 4 EREKSON, E. (2009). HISTERECTOMIA SEGUN LAS INDICACIONES SOCIOECONOMICAS. *REPRODUCCIONES MEDICAS*, 553-8.
- 5 HARRISON. (2010). *PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA*. MADRID: 16ª EDICION.
- 6 KOMURA, A. L. (JUNIO de 2009). *SCIELO*. Recuperado el 19 de ENERO de 2013, de HISTERECTOMIA Y VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200006
- 7 MSP. (2012). *PROGRAMA DE ACCION ESPECIFICO*. QUITO: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR.
- 8 MSP, M. D. (2014). *PAGINA GENERAL DEL MSP*. Recuperado el 12 de JULIO de 2014, de <http://a5g.gob.ec/hospital/normas-bioseguridad-universales/>
- 9 NEIL, J. e. (2009). Métodos de histerectomía: revisión sistemática y meta-análisis de ensayos controlados aleatorios. *Medical Journal*, 1478-1480.

- 10 NICHOLS, C. e. (2001). Ginecología y Obstetricia. *Editorial Marbán.*, 437-443.
- 11 OMS. (2013). *CRONICAS NO TRASMISIBLES*. MADRID: OMS.
- 12 OMS, O. M. (2005). ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES. *OMS*, 12-20.
- 13 OPS. (2013). *PREVALENCIA DE CRONICAS NO TRASMISIBLES*. QUITO: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.
- 14 OTTOSEN, C. e. (2009). Tres métodos para la histerectomía: un estudio prospectivo y aleatorio de los resultados a corto plazo. *Br J Obstet Gynaecol*, 1380-1385.
- 15 SOLA, V. D. (01 de JUNIO de 2009). *SCIELO*. Recuperado el 20 de ENERO de 2014, de HISTERECTOMÍA UNA MIRADA DESDE EL SUELO PÉLVICO: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000500012
- 16 TOMA, A. e. (2011). La histerectomía en un centro de tercer nivel de Canadá: resultados de una revisión retrospectiva de un año. *BMC Women's Health.*, 10.
- 17 VALLE, L. (2009). Efectos adversos en la intervención de la histerectomía: Registro informatizado 2002-2003. *Rev. calidad Asistencial*, 193-198.
- 18 VESPERINAS, G. (12 de MARZO de 2009). *SCIELO*. Recuperado el 09 de ENERO de 2013, de HISTERECTOMÍA VAGINAL ABDOMINAL Y VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA U ANALISIS PROSPECTIVO Y ALEATORIO: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200002

ANEXOS

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Actividades | Año 2014 | Año 2015 | | | | | |
|---|-----------|----------|---------|-------|-------|------|--|
| | Diciembre | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | |
| Revisión de la Literatura | | | | | | | |
| Revisión de los datos | | | | | | | |
| Elaboración del Anteproyecto | | | | | | | |
| Presentación del Anteproyecto | | | | | | | |
| Elaboración tesis | | | | | | | |
| Revisión de la Literatura | | | | | | | |
| Aplicación de encuestas | | | | | | | |
| Tabulación de los datos | | | | | | | |
| Elaboración del Programa educativo | | | | | | | |
| Intervención del programa | | | | | | | |
| Presentación al H. Consejo Directivo el documento final | | | | | | | |
| Corrección del Informe | | | | | | | |
| Sustentación de tesis | | | | | | | |

ANEXO N°2

PRESUPUESTO

| ACTIVIDADES | RECURSOS | VALOR | TOTAL |
|--|--------------------|----------|--------|
| Revisión de la literatura | 6 movilizaciones | 3,00 | 18,00 |
| | Internet | 1,00 | 10,00 |
| | Copias | 0,02 | 11,00 |
| Elaboración del Anteproyecto | 7 movilizaciones | 3,00 | 10,50 |
| | Impresiones | 0,05 | 35,00 |
| | Internet | 1,00 | 40,00 |
| Aplicación de Encuestas | Materiales | | |
| | 12 movilizaciones | 3,00 | 36,00 |
| | Copias | 0,02 | 10,00 |
| | Internet | 1,00 | 5,00 |
| | Bolígrafos | 0,25 | 20,00 |
| | Humanos | | |
| Ayudante | 1,00 | 5,00 | |
| Tabulación de los Datos | Internet | 1,00 | 8,00 |
| Elaboración del Programa Educativo | Movilizaciones | 2,00 | 24,00 |
| | Impresión | 0.25 | 6,50 |
| Intervenciones del programa educativo | Materiales | | |
| | Trípticos | 0,08 | 10,40 |
| | Encuestas | 0,03 | 6,00 |
| | Bolígrafos | 0,25 | 3,00 |
| | Refrigerio | 60,00 | 60,00 |
| | Invitaciones | 2,00 | 2,00 |
| | Marcadores | 0,30 | 1,20 |
| | Humanos | | |
| Investigador | | | |
| Colaborador | | | |
| Correcciones del informe de tesis | Impresiones | 0.25 | 5,00 |
| Empastado de tesis | 4 tesis empastadas | 8,00 | 32,00 |
| Sustentación de tesis | Dispositivas | 5,00 | 5,00 |
| | Refrigerio | 1,50 | 45,00 |
| | | Subtotal | |
| | Imprevistos | | 75,00 |
| TOTAL | | | 469,60 |

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE MACHALA

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA

SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO DE REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

| | | | |
|---------------------------------|-----------|--------|-----------------|
| HC | | | |
| EDAD | | | |
| Procedencia | Rural | Urbano | Marginal Urbana |
| ANTECEDENTES | SI | | NO |
| Tabaquismo | | | |
| Diabetes | | | |
| Hipertensión | | | |
| Enfermedad renal | | | |
| Enfermedad tiroidea | | | |
| Cirugías Pélvicas | | | |
| Otras | | | |
| INDICACIONES | SI | | NO |
| HUA HISTOPATOLOGIA | | | |
| EPI Miomas | | | |
| Hematometra Adenomiosis | | | |
| Mola Hidatiforme EPI | | | |
| Miomatosis Endometriosis | | | |
| H. Edometrial H. Endometrial | | | |
| Dolor Pélvico Otros | | | |
| Edometriosis | | | |
| Prolapso genital | | | |
| COMPLICACIONES INMEDIATA | SI | | NO |
| Hemorragia | | | |

| | | |
|------------------------------|-----------|-----------|
| Lesión intestinal | | |
| Lesión vesical | | |
| Lesión ureteres | | |
| TEP | | |
| Infarto Miocardio | | |
| Reacción anafiláctica | | |
| CID | | |
| MEDIATAS Y TARDIAS | SI | NO |
| Inf herida Qx | | |
| Absceso Pelviano | | |
| Hematoma de pared | | |
| IVU | | |
| Neumonía | | |
| Abceso y/o Hematoma de muñón | | |
| Dehiscencia | | |
| Sepsis | | |
| Fístulas | | |
| Prolapso muñón | | |
| Eventraciones | | |
| Reingreso | | |
| Reintervención | | |
| Mortalidad | | |
| TIPO DE HISTERECTOMIA | SI | NO |
| H. Abdominal simple | | |
| H. Abdominal + Anexectomía | | |
| H. Vaginal | | |
| H. Vaginal + Anexectomía | | |

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE MACHALA UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERIA

PRETEST

INSTRUCTIVO: Dígnese usted a responder las siguientes preguntas.

- 1. Que es el útero para usted**
 - Es un órgano de vital importancia que sin el no se puede vivir
 - Es un órgano indispensable para la satisfacción sexual
 - Es un órgano que anida al embrión
- 2. Que es la histerectomía**
 - Es una enfermedad del útero
 - Es una enfermedad de transmisión sexual
 - Es un procedimiento quirúrgico donde extirpan el útero y en ocasiones anexos
- 3. Usted considera que es importante el útero en la mujer a pesar de presentar enfermedades**
 - Si
 - No
- 4. Cuales considera causas para realizar una histerectomía**
 - Cáncer de útero
 - Miomas o tumoraciones
 - Útero sin tono
 - Ruptura uterina
 - Todas
 - Ninguna
- 5. Subraye los tipos de histerectomía que conoce**
 - Abdominal
 - Vaginal
 - Laparoscópico
 - Ninguna
- 6. La hemorragia es una complicación de la histerectomía inmediata.**
 - Si
 - No
- 7. El número de hijos puede ser causa de histerectomía**
 - Si
 - No

ANEXO 4

UNIVERSIDAD DE MACHALA

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA

SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

POSTEST

INSTRUCTIVO: Dígnese usted a responder las siguientes preguntas.

- 1. Que es el útero para usted**
 - Es un órgano de vital importancia que sin el no se puede vivir
 - Es un órgano indispensable para la satisfacción sexual
 - Es un órgano que anida al embrión
- 2. Que es la histerectomía**
 - Es una enfermedad del útero
 - Es una enfermedad de transmisión sexual
 - Es un procedimiento quirúrgico donde extirpan el útero y en ocasiones anexos
- 3. Usted considera que es importante el útero en la mujer a pesar de presentar enfermedades**
 - Si
 - No
- 4. Cuales considera causas para realizar una histerectomía**
 - Cáncer de útero
 - Miomas o tumoraciones
 - Útero sin tono
 - Ruptura uterina
 - Todas
 - Ninguna
- 5. Subraye los tipos de histerectomía que conoce**
 - Abdominal
 - Vaginal
 - Laparoscópico
 - Ninguna
- 6. La hemorragia es una complicación de la histerectomía inmediata.**
 - Si
 - No
- 7. El número de hijos puede ser causa de histerectomía**
 - Si
 - No

ANEXO N° 7

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

RESPONSABLE: EGRESADA KARLA SIGSIG

GRUPO BENEFICIARIO: USUARIAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA GINECOLOGICA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL.

INTRODUCCIÓN

La educación es un proceso cognitivo que ayuda a entender procesos que pueden suceder en cualquier etapa de la vida, una mujer bien informada estará al tanto de lo que le puede suceder y sentirá la necesidad de cumplir los tratamientos sin sentir ansiedad, miedo o reusarse al cumplimiento.

En la actualidad las enfermedades presentes en el útero y sus anexos son altamente incidentes entre estos están; el cáncer de útero, cuello u ovarios, la presentación de miomas o fibrosis, incluso en el proceso del parto pueden suceder procesos que ponen en riesgo la vida de la mujer como la atonía uterina, la ruptura del útero, siendo el único tratamiento para estos padecimiento la extirpación del útero y de sus anexos si fuese necesario.

Además es considerada la intervención quirúrgica más común dentro de las ginecológicas para la mujer en edad fértil, y el diagnóstico más frecuente es el de mioma uterino. La consecuencia fisiológica inmediata de la histerectomía es la falta de menstruación, y, si se realiza además la anexectomía, la paciente se enfrenta a la menopausia quirúrgica.

Por tanto es importante la intervención de un plan educativo ya que La paciente histerectomizada, suele sufrir cambios físicos, psicológicos y sociales, es decir en todo su estilo de vida, que no sólo la afectan a ella, sino a todo su entorno familiar.

Es por este motivo, que es trascendental estudiar la Calidad de Vida de este tipo de pacientes, ya que se pretende identificar en qué medida la vida de estas pacientes se ven afectadas por dicha intervención

Se pretende intervenir en el tipo de información médica que se le administra a estas pacientes tratando que esta sea dirigida de la forma más clara y precisa y de esta manera pueda satisfacer todas las inquietudes que las pacientes tengan antes y después de la cirugía y de esta forma puedan asimilar su condición posterior y su calidad de vida no se vea alterada

JUSTIFICACIÓN

La Guía de programación de actividades educativas, debe darse individual y colectivamente. Por medio de su práctica se pretende mejorar las capacidades condicionales y cognitivas mejorando la calidad de vida del individuo. Con su práctica se refuerza la autoestima y el valor por sí mismo, por el otro y por su entorno. La elaboración del programa de actividades, ofrecerá a la mujer en general la información adecuada, como instrumentos pedagógicos y metodológicos para su quehacer cotidiano en su vida diaria, los cuales podrán servir de herramienta coadyuvando a mantener y mejorar la percepción de este tratamiento.

Atendiendo a las características y necesidades desde lo cognitivo del ser humano se tienen en cuenta la estructura del programa propiciando las etapas adaptadas a sus niveles de crecimiento y maduración actuales y futuros. Estimulando y motivando la educación, sólida y progresiva, para cada fase de preparación al desarrollo de las diversas habilidades del ser integral donde el educando debe ser competente en el saber, hacer y ser.

OBJETIVO GENERAL

- Promover un programa de actividades educativas básicos a las mujeres, con el propósito de contribuir un adecuado conocimiento e información para el manejo adecuado de su enfermedad y así mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir el temor y ansiedad de las mujeres al ser intervenidas por histerectomía.
- Promover estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida de las mujeres.
- **GRUPO BENEFICIARIO:** mujeres de 30 a 60 años de edad atendidas en la consulta externa del hospital San Vicente de Paul.

DESCRIPCIÓN

CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS

| TEMA | TÉCNICA | RECURSOS | | TIEMPO | RESPONSABLE | FECHA |
|--|------------------------------|---|---|--------|--------------|----------------|
| | | HUMANOS | MATERIALES | | | |
| Aparato reproductor Concepto Fisiopatología Complicaciones Consecuencias Enfermedades concomitante | Oral, audio visual y escrita | Autora Usuarios | Lápiz Papel periódico. Encuestas Infocus Computadora. Trípticos Pen drive Copias Cámara. Transporte Refrigerio Invitaciones | 30 min | KARLA SIGSIG | Diciembre 2014 |
| Factores de riesgo no modificables Edad Sexo Herencia Etnia Factores modificables Alimentación, tipo de alimentos Tabaco Alcohol Ejercicio Sedentarismo Estrés, Peso, sobrepeso, obesidad | Oral, audiovisual y escrita | Autor Usuarios adultos y adultos mayores | Lápiz Papel periódico. Cinta adhesiva Encuestas Infocus Computadora Pen- drive Trípticos Cámara. Transporte Refrigerio Invitaciones Copias | 30 min | KARLA SIGSIG | Diciembre 2014 |

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------|---|--------|--------------|----------------|
| Enfermedades del aparato reproductor Concepto Epidemiología Etiología Fisiopatología Complicaciones Consecuencias Enfermedades concomitantes | Oral, audiovisual y escrita | Autora Usuarios | Lápiz Papel periódico. Cinta adhesiva Encuestas Infocus Computadora Pen drive Trípticos Cámara. Transporte Refrigerio Invitaciones Copias | 30 min | KARLA SIGSIG | Diciembre 2014 |
|--|-----------------------------|------------------------|---|--------|--------------|----------------|

PROGRAMA

TÍTULO VII - RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR Capítulo Primero: Inclusión y Equidad

Art. 341.- El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

Sección Segunda: Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género.

Para la mujer el utero representa gran parte de su feminidad, tiene un importante papel en la procreación pues es donde se alberga al bebé en su primer estadio de desarrollo, es considerado fuente de juventud, regulador de salud y esta directamente relacionado con el bienestar del cuerpo, por lo que al practicársele una histerectomía se sienten vacías, faltas de su identificación sexual; si a esto unimos la extirpación de los ovarios (anexectomía unilateral o bilateral) tenemos que decir que la mujer lo

vivencia como una castración no solo psicológica, sino que la reducción de estrógenos y progesterona provocan en ella cambios visibles, cambios que acentúan su estado psicológico. En algunos casos el miedo al vacío será compartido (según el caso) por la pareja, que en muchas ocasiones, puede vivir de forma angustiante el reinicio de las relaciones sexuales, a lo que hay que añadir una disminución de la libido sexual que en casos extremos pueden ser responsables de ciertos problemas entre el matrimonio o la pareja.

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA HISTERECTOMÍA

Las repercusiones psicológicas de la histerectomía giran en torno a la depresión asociada a esta intervención, repercusiones en la sexualidad, al auto imagen, y la percepción de su feminidad. También se señala que esta operación es experimentada como una crisis existencial dada la significación simbólica del útero y de las funciones de procreación, menstruación y sexual. La histerectomía impacta en la vida interna y relacionada con la mujer puede ser más devastadora que la menopausia porque implica la pérdida de las vías reproductoras lo que genera mayor preocupación que la pérdida de otros órganos. Asimismo se reconocen algunos factores psicosociales como soporte social, en el cual la cese de la menstruación como consecuencia de la histerectomía se asocia al significado simbólico e inconsciente del útero relacionado a la condición de ser mujer, a la feminidad, sexualidad y maternidad. El útero y sus representaciones mentales para las mujeres (crucial para la maternidad) resulta ser una pérdida del poder femenino, experimentando el sentimiento de quedar vacía, ya que pierde una parte muy sustantiva de su propia anatomía que la simboliza frente al hombre. Frente a la histerectomía las mujeres manifiestan temores a perder su capacidad sexual y el interés por su pareja, como también a envejecer prematuramente, el cambio en la respuesta sexual depende de la ansiedad originada por la preocupación del funcionamiento sexual y por el deterioro de las relaciones sexuales, por otro lado la histerectomía como menopausia simboliza también la pérdida de la juventud, el cuerpo muestra cambios en la piel (por la deficiencia de estrógenos), esto produce

ansiedad y depresión en el que se relacionaría fundamentalmente con la percepción de pérdida de feminidad del potencial reproductivo de la atención de la pareja.

PSICOTERAPIA EN LA HISTERECTOMÍA

La psicoterapia implica el tratamiento directo de una persona o su tratamiento indirecto por medio de otras personas o situaciones que tiene por objeto proporcionar al paciente nuevas experiencias en la vida que tenga sobre él y ejercer influencia saludable cuya finalidad es el crecimiento de la personalidad del individuo que está siendo tratado.

Está designada para:

- Ayudar al paciente a mejorar su manera de reaccionar entre la vida diaria.
- Mejorar el modo de vida de una persona, requiere un aumento de comprensión de sus propios sentimientos y motivos.
- Aumento de la autoestima y la autopercepción.
- Mayores sentimientos de seguridad y adecuación.
- Desarrollo de métodos más eficaces para tratar los problemas personales.

Las pacientes responderán de una manera positiva a aquellas personas que se les acerquen con calor y afecto; quienes son capaces de responder a sus necesidades afectivas, se necesita una mutua interrelación de confianza y cuidado entre dos personas para vivenciar juntos tales experiencias. La explicación clara de la enfermedad y la psicoterapia de apoyo para el paciente y su familia es una base en el tratamiento y durante la convalecencia, la paciente necesitara apoyo moral para vencer la depresión que sigue a cualquier operación, así como los temores acerca de su futuro.

METODOLOGÍA

- Técnicas de exposición
- Procedimiento de prevención
- Charla educativa

Demostración

- De la cirugía
- No implica malestar en su vida sexual

Estrategias

- Se coordinó con el director del hospital y con la licenciada en enfermería líder para ponerse de acuerdo en el día y hora de la intervención.
- Además se entregaron hojas volantes y se colocó un anuncio en la entrada de la consulta externa y en puntos estratégicos.
- para mayor formalidad y compromiso de los usuarios se entregaron tarjetas de invitación al plan educativo.

Educación

Exposición oral y audiovisual de los temas de interés

RECURSOS

Recursos humanos:

- Usuarios
- Personal de área de consulta externa
- Autora: Egresada Karla Sigsig
- **Recursos materiales:**
- Lápiz
- Papel periódico.
- Cinta adhesiva
- Encuestas
- Infocus
- Computadora
- Pen-drive

- Trípticos
- Cámara.
- Transporte
- Refrigerio
- Invitaciones
- Copias

Recursos económicos:

| | |
|------------------|---------------|
| Charla educativa | 80.00 |
| Movilización | 30.00 |
| Refrigerio | 100.00 |
| Copias | 30.00 |
| Imprevistos | 40.00 |
| TOTAL | 280,00 |

EVALUACIÓN:

La fase de intervención fue evaluada por medio de los siguientes criterios y utilizando los indicadores de:

- **Proceso:** Calidad de la intervención referente a la aplicación de la encuesta y la charla educativa.
- **Producto:** Cumplimiento de las actividades y de los objetivos propuestas.
- **Impacto:** - Se valoró la satisfacción de la intervención por parte de los usuarios mediante un post test y el registro de asistencia.

ANEXO N° 8
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

AGENDA DE CAPACITACIÓN SOBRE HISTERECTOMIA

LUGAR: SALA DE ESPERA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL.

FECHA: FEBRERO 2015.

1. Saludo y Bienvenida a las asistentes, por la responsable del programa de intervención.
2. Presentación del expositor.
3. Aplicación del PRE Test de evaluación a las presentes.
4. Exposición de los temas.
5. Entrega de trípticos.
6. Aplicación del POST Test de evaluación a los presentes.
7. Levantamiento de firmas de las asistentes a la charla.
8. Refrigerio.
9. Agradecimiento a las presentes y colaboradoras del programa.
10. Evaluación de las actividades planificadas

