



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DARÍO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**

TESIS PARA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

**TEMA: COMPLICACIONES TRANSQUIRURGICAS - POSTQUIRURGICA DE LA
CIRUGIA POR MIOMATOSIS UTERINA, EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN
ROQUE EN EL PERIODO DE JUNIO- NOVIEMBRE 2018.**

AUTORES:

**BR. ALISSON DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ CENTENO.
BR. MARIA AUXILIADORA LARA ROMERO.**

TUTOR:

**MSC. JOSÉ DE LOS ÁNGELES MÉNDEZ.
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

MANAGUA, NICARAGUA 2020.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, que me ha apoyado en todos los momentos de mi vida, por brindarme todo lo necesario para salir, por darme fortaleza, comprensión y dedicación, y por ser quienes me motivan a no rendirme nunca.

A mis padres:

Sara Centeno y Fernando González, por haberme dado la vida, que son el tesoro más preciado del mundo y por su apoyo incondicional a pesar de las dificultades de la vida, amigos en todos los momentos difíciles que se presentaron.

A mi hermana:

María González, por lo que representa para mí, por ser quien siempre ha estado para mí como una amiga y mucho más, quien siempre me aconsejaba sobre la vida y quien fue mi apoyo incondicional estos años.

También a todos los que creyeron y confiaron en mí, y a los que no creyeron, porque fueron un motivo más para esforzarme hasta lograr mi meta.

Alisson A González Centeno.

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar este estudio, agradezco a:

- **Dios**, por permitirme llegar a este momento tan importante en mi vida, concederme salud, fortaleza, fe y entendimiento, por guiarme e iluminarme durante el transcurso de estos años y culminar este trabajo.
- **A mi familia**, por su apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de estos años de estudio, sin interés alguno más que el carisma de que sea una persona de bien.
- **A nuestro Tutor Científico y a nuestro Asesor metodológico** Dr. José de los Ángeles Méndez, quien con su voluntad y disposición nos apoyó con sus conocimientos y profesionalismo, sus constantes supervisiones y recomendaciones hicieron posible que nuestro trabajo monográfico llegara a materializarse.
- **A otros**, aquellos que de alguna manera fueron parte de este proceso complejo como es la formación de un médico.

Alisson A. González centeno.

DEDICATORIA

A Dios:

Por ser el que ilumina mi sendero, el que ha guiado mis pasos y ser siempre el que ha estado a mi lado, dándome la sabiduría e inteligencia para llegar a esta etapa.

A mis padres:

Armengol Lara y Bemilda Romero, quienes han sido mis pilares fundamentales, el motor que he necesitado para emprender el viaje. Mis confidentes, con los que compartí mis alegrías, tristezas, triunfos y fracasos, a lo largo de la carrera. Quienes estuvieron ahí para cuando fueron necesitados, a ellos le dedico este logro, porque es más de ellos que mío.

A mis hermanos:

Jorge, Eric, y Edwin por apoyarme siempre.

A todas las personas que fueron participes en este ciclo de mi vida, y que en determinado momento me regalaron palabras de ánimo para seguir adelante y fomentaron el nunca renunciar a mis sueños.

Maria A Lara Romero.

AGRADECIMIENTOS

- **A Dios**, por darme la vida y permitirme avanzar un peldaño más en ella, y darme la dicha de llegar a la meta final de mis estudios universitarios.
- **A mis padres**, por nunca cortarme las alas para volar, por su esfuerzo y dedicación, por ese amor que me demostraron durante todo el proceso, por escuchar mis historias y siempre estar a mi lado, por el apoyo incondicional que se me fue brindado, y por el soporte no solo financiero, sino en otras áreas de mi vida.
- **A mis hermanos**, por enseñarme que no importa lo duro que sea el camino, ellos estarán a mi lado y que a pesar de los tropiezos siempre se debe seguir adelante.
- **A todos mis maestros**, que me brindaron de su conocimiento y me formaron durante toda mi vida estudiantil, durante los años en la universidad, así mismo como en cada uno de los hospitales donde realice mis respectivas rotaciones, y que me enseñaron que no hay mejor satisfacción que luchar por tus sueños, y que la autocompasión no se permite en esta carrera.
- **A nuestro tutor**, Dr José de los Ángeles Méndez por tener paciencia, apoyarnos y guiarnos a lo largo del estudio investigativo.
- **A todas las personas** de las que recibí críticas positivas y negativas, que me ayudaron a levantarme cada día y por las cuales nunca renuncié a mis sueños y anhelos.

María A Lara Romero.

OPINION DEL TUTOR

Los estudios que investigan la valoración de las complicaciones, asociadas, a un proceso quirúrgico, son muy valiosos, ya que nos permiten hacer un alto, para reconocer, que todo lo adverso se puede corregir.

En este estudio las jóvenes investigadoras, han logrado su objetivo y sus recomendaciones van dirigidas, a mejorar la calidad de atención, en pro de disminuir la morbilidad en la paciente con trastornos ginecológicos

Reciban mis más altas muestras de aprecio y respeto, por el deber cumplido.

Atentamente

MSC MD JOSE DE LOS ANGELES MENDEZ
TUTOR

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo junio– noviembre 2018, con el objetivo de describir complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas de la cirugía por miomatosis uterina.

Durante el período de estudio se efectuaron un total de 160 cirugías, de las cuales presentaron alguna complicación 45 pacientes (28.12 %) y que se constituyó en la muestra.

Dentro de las complicaciones presentadas se encontró: hemorragia durante el transquirúrgico (86.8%) y dentro del período postquirúrgico se presentó la infección de la herida quirúrgica en (43.3%), siguiéndole en frecuencia la retención urinaria en un (20%), la dehiscencia y evisceración en un (13.3%), el absceso de cúpula vaginal en un (13.3%), seroma en un (6.6%), e infección de vías urinarias en un (3.3%). Un dato relevante es que no se reportó ninguna complicación que culminara en el fallecimiento de las pacientes.

SUMMARY

We performed descriptive study cross-sectional in the hospital bertha calderon roque in the period from June to November 2018, with the goal of describe complications transquirurgicas and postquirurgicas of the surgery by miomatosis uterine.

During the study period there were a total of 160 surgeries of which presented any complication in 45 patients (28.12%) and was formed in the sample.

Inside the complications presented found: bleeding during transquirurgico (86.8%) and within the period postquirurgico presented surgical wound infection in (43.3%), followed in frequency urinary retention (20%), the dehiscence and evisceracion in a (13.3%), the abscess in vaginal vault in a (13.3%), seroma in one (6.6%) and infection of urinary tract in one (3.3%). A relevant piece of information is that not reported any complication that will culminate in the death of the patients.

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
OPINION DEL TUTOR.....	vi
RESUMEN.....	vii
SUMMARY.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACIÓN.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
VI. MARCO REFERENCIAL.....	7
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
7.1. Área de estudio.....	30
7.2. Tipo de estudio.....	30
7.3. Universo.....	30
7.4. Muestra.....	30
7.5.1 Técnica de muestreo.....	30
7.5.2 Criterios de inclusión.....	30
7.5.3 Criterios de exclusión.....	30
7.5.4 Variables según objetivo.....	31
7.6 Fuentes de información.....	36
7.7 Técnica de recolección de información.....	36
7.8 Procesamiento de la información.....	37
7.9 Plan de tabulación y análisis.....	38
7.10 Consideraciones éticas.....	38
VIII. RESULTADOS.....	39
IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	42
X. CONCLUSIONES.....	44
XI. RECOMENDACIONES.....	46
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	47
XIII. Anexos.....	52

I. INTRODUCCIÓN

Los miomas uterinos, conocidos también como leiomiomas o fibromas, son considerados tumores ginecológicos benignos, procedentes de las células musculares lisas del miometrio. También es considerada una de las patologías más frecuentes en la mujer en edad reproductiva, que pueden ser asintomáticos o presentar manifestaciones clínicas, como: aumento o prolongación del sangrado menstrual, dolor o presión pélvica. (María Eréndira Ortiz Ruiz, Ángel Matute Labrador, Nayeli Martínez-Consuegra, 2009)

Tienen un pico de presentación en mujeres mayores de 50 años, y de estas en un 80% son de raza negra. Sin embargo, no se descarta en que las mujeres en edades jóvenes la padezcan. (Luis Gine, Enric Sabria, Jordi Ponce Marla Pla, Nestor Devesa, 2009)

Se calcula su incidencia del 30%, aunque es sintomático en el 80% de los casos, y ocasiona el 20 % de las consultas y el 25 % de todas las cirugías ginecológicas, 65% de estas son hysterectomías. (ACOG, 2017)

El tratamiento quirúrgico es un procedimiento agresivo e invasivo, por lo que se debe establecer la técnica más adecuada para resolver el problema sin ocasionar más daño. Sin embargo, las mujeres al realizarle la cirugía pueden desarrollar complicaciones, por lo tanto se realizó un estudio descriptivo con la finalidad de evidenciar las complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas que presentaron aquellas pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, que fueron intervenidas quirúrgicamente por el servicio de ginecología del hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo designado.

II. ANTECEDENTES

La Miomatosis uterina es la causa más común de tumores pélvicos sólidos en mujeres, y ocurre en 20 a 40% de mujeres en edad reproductiva. Pueden ser clínicamente evidentes en el 20 a 25% de los casos (María Ortiz Ruiz, Ángel Labrador, Asociación Médica , 2009), teniendo como antecedentes para esta investigación como sigue:

Un estudio de Quito, Ecuador llamado **“Factores de riesgo que influyen en la incidencia de fibromiomatosis uterina en mujeres en edad fértil atendidas en el hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán período junio a diciembre del 2012”** determinaron que un 8% de todas las consultas por parte de Gineco-obstetricia fueron miomatosis uterina. Las condiciones más frecuentes fueron edad entre 41 y 49 años, la multiparidad, grupo étnico mestizos, con IMC normal, con el menor número de casos en obesidad y el sangrado uterino anormal fue el principal síntoma, con pocos casos de dolor. (Gutierrez, 2013)

Otro estudio llamado **“Miomatosis uterina como factor de riesgo de hemorragia puerperal en pacientes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque”** describe que la miomatosis uterina es factor de riesgo asociado al desarrollo de hemorragia puerperal, pues condiciona un riesgo muestral estadísticamente significativo. (Pérez, 2014)

“El tratamiento con medicamentos es una opción para algunas mujeres con miomas. Los medicamentos pueden reducir la intensidad del sangrado y los periodos dolorosos que a veces producen los miomas. Sin embargo, es posible que no impidan el desarrollo de miomas. A menudo es necesario practicar una cirugía posteriormente” (ACOG, 2017). En relación a lo anterior se debe considerar el tipo de cirugía que se realice, y así hablar de las complicaciones más frecuentes en cada una de ellas. **ACOG (2017)** menciona que, si una mujer queda embarazada después de una miomectomía, es posible que sea necesario que él bebe nazca por cesárea. A veces, sin embargo, la miomectomía causa una cicatrización interna que produce infertilidad. Aunque los miomas no crezcan después de una cirugía, se pueden desarrollar nuevos. Si esto sucede, se podría necesitar otra cirugía. (ACOG, 2017).

Los miomas también son causa de anemia, infertilidad, subfertilidad, alteración en la implantación embrionaria, pérdida gestacional recurrente, parto pretérmino e incontinencia urinaria. (Hernández-Valencia M, 2017)

A nivel Nacional no se dispone de estudios aplicados sobre las complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas que presentaron aquellas pacientes con un diagnóstico de miomatosis uterina. Sin embargo, es tomada muy en cuenta en muchos estudios como una causa de otras entidades clínicas, como sigue:

En el 2003, en un estudio sobre el **Abordaje del Sangrado Uterino Anormal en el Hospital Bertha Calderón Roque**: Se concluyó que el 57 % de las pacientes eran peri menopáusicas, y el 62% tenían miomas uterinos, (Ruíz Gonzales, 2003)

En el Hospital Materno Infantil Dr. Fernando Vélez Páiz, Managua, Nicaragua, junio 2011 - 2012; se realizó un estudio sobre “**Sangrado Uterino Anormal**” encontrando que la causa orgánica más frecuente fue las Miomatosis Uterina con un 55.2%. (Pérez Fernández, 2012)

En la tesis llamada “**Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013**” encuentra que el 27.3% de los SUA son seguidas de procesos benignos como la Miomatosis uterina.

En el 2014, en un estudio sobre **Abordaje de Miomatosis Uterina en pacientes atendidos en el servicio de ginecología del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños**: Se concluyó que un 45% de las pacientes requirieron de manejo quirúrgico mediante la histerectomía abdominal, el otro 55% se manejó con métodos hormonales. Presentando de este 55% mejoría con respecto a la clínica y disminución de tamaño del mioma, siendo inicialmente miomas de medianos elementos llegando en sus controles a ser de pequeños elementos, mientras que el 45% que ameritó manejo quirúrgico fue por fracaso al tratamiento inicial al aumentar de tamaño los miomas encontrando así que se trataban de grandes elementos un 42% y el otro 3% de gigantes elementos que repercutían en la calidad de vida. (Dávila & Solís, 2014)

III. JUSTIFICACIÓN

El sangrado uterino anormal es un trastorno ginecológico frecuentemente encontrado en las consultas de emergencias, de difícil manejo y a la vez cierta dificultad para establecer el diagnóstico con seguridad. Los miomas uterinos son tumores, causantes de consultas y hospitalizaciones por hemorragias uterinas anormales, frecuentes en el hospital de referencia nacional Bertha Calderón Roque, donde suelen recibir un abordaje terapéutico adecuado. Aunque la mayoría son asintomáticos, cuando estos superan cierta cantidad y tamaño dentro de la cavidad uterina, comprimen órganos vecinos, por lo que llegan a producir síntomas siendo el principal el sangrado. (Ian Symonds, sabaratanam Arulkumaran, 2014)

Con este estudio, se pretende dar a conocer, cuáles son las complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas de la cirugía por miomatosis uterina en el hospital Bertha Calderón Roque, así mismo brindar una cifra de datos estadísticos para la institución hospitalaria, donde se podrá llevar un control de las complicaciones más frecuentes que presentaron las pacientes. Y que sirvan como fuente de información para el personal de salud. Además de servir como base para estudios posteriores sobre esta patología.

Por otra parte, en Nicaragua no se cuenta con estudios de este tema específicamente, por lo que es considerada una investigación pionera con una temática importante de investigación.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La miomatosis uterina, es una patología que está afectando frecuentemente el estado de salud y calidad de vida de las mujeres a nivel nacional e internacional.

La mayoría de las veces cursan de manera asintomática. Pero no es infrecuente que estos produzcan complicaciones de manera natural, como también secundarios al abordaje aplicado, cuyo principal objetivo es aliviar los síntomas derivados de la presencia de miomas, así mismo del tipo y gravedad de los síntomas. (Guerra Flecha; Pérez Rodrigo; Herraiz Martínez; Villero Anuarbe; Lizarraga Bonelli; Moris López; Menéndez de Luarda, 2000)

El tratamiento depende en gran manera del tamaño del mioma, su localización y la edad de la paciente, como también deseos genésicos e historia obstétrica.

Por este motivo se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las complicaciones transquirúrgicas - postquirúrgica de la cirugía por miomatosis uterina, en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de junio–noviembre 2018?

V. OBJETIVOS.

Objetivo general

- ✓ Describir las complicaciones transquirúrgicas - postquirúrgicas de la cirugía por miomatosis uterina, en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de junio–noviembre 2018

Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar socio-demográficamente la población que será parte del estudio.
- ✓ Identificar el abordaje quirúrgico que recibieron las pacientes en estudio.
- ✓ Determinar las complicaciones transquirúrgicas que presentaron el grupo de pacientes en estudio.
- ✓ Mencionar las complicaciones postquirúrgicas que presentaron el grupo de pacientes en estudio.
- ✓ Definir la evolución clínica de las pacientes en estudio.

VI. MARCO REFERENCIAL

La mayor parte de los miomas no tienen síntomas y no precisan tratamiento. En las mujeres sintomáticas, la selección del tratamiento depende de factores como el deseo de fertilidad futura, la importancia de conservar el útero, la gravedad de los síntomas y las características del tumor, la cual la más importante, para la elección del abordaje quirúrgico es el tamaño (Ian Symonds, sabaratanam Arulkumaran, 2014)

Según la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina, México; 2009, la medición de los miomas a nivel radiológico, se clasifica en:

- Miomatosis uterina de pequeños elementos diámetro ≤ 2 cm
- Miomatosis uterina de medianos elementos diámetro entre 2cm y 6cm
- Miomatosis uterina de grandes elementos diámetro mayor a 6cm hasta 20cm
- Miomatosis gigante ≥ 20 cm

Además se debe de valorar el estado general de las pacientes, que serán sometidas a dicha intervención quirúrgica para evaluación de probables complicaciones a mediano y largo plazo ya que existen factores de riesgo a nivel individual para presentar posibles complicaciones entre las cuales cabe señalar:

Hipertensión arterial. La hipertensión arterial eleva de forma inaceptable el riesgo en las pacientes sometidas a anestesia y se hace necesario un tratamiento meticuloso antes de la cirugía ginecológica con el objetivo de controlarla. Se disminuye el riesgo de infarto del miocardio, hemorragia cerebral e insuficiencia cardíaca, así mismo la diabetes mellitus tipo 2 que conlleva a mayor riesgo en el post operatorio.

Edad: es una variable independiente de riesgo, pero que si se considera en forma aislada del estado general y funcional, el riesgo de complicaciones cardiovasculares afecta fundamentalmente a las mujeres mayores de 35 años de edad y a las fumadoras. Los ictus trombóticos son más frecuentes con el uso de anticonceptivos orales, que se asocian a un aumento en 2 a 6 veces del riesgo relativo de enfermedad tromboembólica venosa. Después de la menopausia, las mujeres presentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular

Por ultimo pero no menos importante, es el estado de nutrición de las pacientes ya que afecta de manera directa en la evolución de ella misma; las personas con un IMC < 15 o bien un IMC >30, tienen mayor riesgo en lo que implica, la cicatrización de heridas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Las indicaciones para el manejo quirúrgico (María Eréndira Ortiz Ruiz, Ángel Matute Labrador, Nayeli Martínez-Consuegra, 2009), incluyen:

- Sangrado uterino anormal que no responde a tratamiento conservador.
- Alto nivel de sospecha de malignidad.
- Crecimiento posterior a la menopausia.
- Infertilidad cuando existe distorsión de la cavidad endometrial u obstrucción de la trompa uterina.
- Pérdida gestacional recurrente por distorsión de la cavidad endometrial.
- Presión y dolor pélvico que interfieran con la calidad de vida.
- Síntomas del tracto urinario, como frecuencia y/o obstrucción.
- Deficiencia de hierro y anemia secundaria a pérdida sanguínea crónica.

Histerectomía

La histerectomía continúa siendo el tratamiento más común para la miomatosis uterina debido a que es el único que cura y elimina la posibilidad de recurrencia. Existe una morbilidad significativa en 3% de los casos, con mortalidad en 1-2 por 1,000 histerectomías.

Otros factores que pueden justificar la histerectomía por miomatosis uterina incluyen asociación con otras condiciones, como relajación del piso pélvico, endometrio anormal o citología cervical, o la intolerancia al tratamiento hormonal. Algunos beneficios para la mujer menopáusica al realizarse este procedimiento incluye la eliminación de la necesidad de agentes progestágenos, la administración de estrógenos sin experimentar sangrados, y evitar la preocupación del crecimiento del mioma durante el reemplazo estrogénico. Es así que la histerectomía es una opción aceptable para los miomas sintomáticos en pacientes con sangrado significativo, dolor, presión, o anemia, que es

refractaria a la terapia y para mujeres con paridad satisfecha. (Guerra Flecha; Pérez Rodrigo; Herraiz Martínez; Villero Anuarbe; Lizarraga Bonelli; Moris López; Menéndez de Luarca, 2000)

Miomectomía abdominal

La miomectomía es el tratamiento preferido cuando se desea la preservación del útero, hay evidencias que sugiere que este procedimiento resuelve en 81% la menorragia. Indicaciones: Interferencia con la fertilidad o predisposición a pérdidas gestacionales recurrentes, debido a la naturaleza y/o localización de los miomas.

Técnica: Esta técnica reseca solamente la parte visible y accesible de los miomas, reconstruyendo posteriormente el útero. Según Dubuisson y colaboradores, después de una miomectomía abdominal, el riesgo de ruptura uterina previo al trabajo de parto es bajo (cerca de 0.002%). Tiene la desventaja de continuar con un riesgo de desarrollar más miomas de otros miocitos anormales y la posibilidad de terminar en histerectomía debido a complicaciones intraoperatorias. Diferentes adyuvantes se han descrito para facilitar la miomectomía. El uso de agonistas de la GnRH preoperatorios disminuye el tamaño y la vascularidad del mioma. Se ha reportado que estos agentes disminuyen tanto la pérdida sanguínea como el tiempo operatorio durante la laparotomía. El láser de CO2 también se ha utilizado como adyuvante. El riesgo de recurrencia después de una miomectomía se ha reportado de manera variable de 5 a 50%. (Guerra Flecha; Pérez Rodrigo; Herraiz Martínez; Villero Anuarbe; Lizarraga Bonelli; Moris López; Menéndez de Luarca, 2000)

Miomectomía laparoscópica

Depende sobre todo de la localización, el tamaño y el número de miomas. Esta vía conlleva un menor sangrado intraoperatorio, menor dolor postoperatorio y mejor recuperación; pero aumenta el tiempo quirúrgico. Puede ser una opción adecuada en mujeres con útero con tamaño por debajo de las 17 semanas de gestación o con pocos miomas subserosos o intramurales. Teniendo un límite razonable de mioma único de 12 cm o más de 3 miomas de 6 cm. (Parker WH, 2015)

Miomectomía por histeroscopia

Actualmente existe un sistema de clasificación cuyo objetivo es predecir la dificultad en la resección de los miomas.

La Sociedad Europea de Ginecología Endoscópica clasifica a los miomas submucosos, dependiendo de la profundidad de penetración en el miometrio, como:

- **Tipo 0:** Incluye a los miomas pediculados
- **Tipo I:** El mioma penetra menos del 50% el miometrio.
- **Tipo II:** El mioma penetra más del 50% el miometrio.

Existe otro sistema de clasificación que incluye el tamaño (< 2 cm, 2 a 5 cm, > 5 cm) y la localización (superior, medio y bajo) de los miomas, así como la proporción que está en el miometrio. Este sistema tiene una mayor correlación con la Miomectomía, con el tiempo operatorio, con el déficit de líquidos, que el sistema basado sólo en el grado de penetración.

Indicaciones:

- Sangrado uterino.
- Historia de pérdidas gestacionales recurrentes.
- Infertilidad y dolor.

Contraindicaciones:

- Cáncer endometrial.
- Infección del tracto reproductivo bajo.
- Imposibilidad de distender la cavidad uterina.
- Miomas submucosos tipo II.

Técnica: Generalmente este procedimiento se realiza bajo anestesia general, aunque el bloqueo paracervical con sedación o anestesia regional también puede ser utilizada.

El resectoscopio tradicional usa un electrodo monopolar, el cual debe utilizar un medio de distensión no conductivo, ya que uno de los riesgos del uso del monopolar es la quemadura del tracto genital. Los resectoscopios con energía bipolar utilizan medios de distensión conductiva como la solución salina. La vaporización es otro procedimiento alternativo que puede realizarse por histeroscopia. (Guerra Flecha; Pérez Rodrigo; Herraiz Martínez; Villero Anuarbe; Lizarraga Bonelli; Moris López; Menéndez de Luarca, 2000)

Miólisis y criomiólisis

La miólisis es una alternativa conservadora a la Miomectomía en mujeres que desean preservar la fertilidad. Esta técnica se basa en la coagulación del aporte sanguíneo del mioma y subsecuente disminución de su tamaño. Esto puede ser por desnaturalización de proteínas mediante el uso de láser y la destrucción de la vascularidad con aguja bipolar, con una densidad de 50 a 70 W. La formación de adherencias postoperatorias depende del número de punciones realizadas y la necrosis subsecuente de la serosa. La criomiólisis por laparoscopia es una nueva técnica, la cual se basa en el congelamiento del tejido seleccionado, usando nitrógeno líquido especial. Aún no se conoce la efectividad de esta técnica, por lo que se requiere de más estudios para su evaluación. (Guerra Flecha; Pérez Rodrigo; Herraiz Martínez; Villero Anuarbe; Lizarraga Bonelli; Moris López; Menéndez de Luarca, 2000)

Embolización de la arteria uterina

Limita el aporte sanguíneo de los miomas, causando infarto del mismo y reduciendo su tamaño.

Técnica: Se identifica por medio de la arteriografía las arterias uterinas y se confirma la localización de las arterias intrínsecas que nutren al mioma; una vez realizada la arteriografía, se cateterizan las arterias uterinas. Se inyecta en las arterias uterinas un agente embólico, como las partículas de alcohol polivinílico que miden de 350-500 ó de 500-710 μm de diámetro, produciendo trombosis. Este procedimiento puede disminuir de 29 a 51% el volumen uterino en un periodo de tres meses. . La amenorrea es el resultado de la embolización de las arterias ováricas, y ocurre aproximadamente en 1% de los procedimientos, pudiendo llegar a ser permanente o temporal. (Ian Symonds, sabaratham Arulkumar, 2014)

COMPLICACIONES

La realización de cualquier procedimiento quirúrgico comprende el control del dolor, de la infección y de la hemorragia. La tasa de mortalidad operatoria en las intervenciones ginecológicas es baja, inferior al 1%. Un estudio retrospectivo de 1,45 millones de pacientes halló una mortalidad del 0,2% en los primeros 30 días de ingreso (5,1% en pacientes oncológicos versus 0,1% en pacientes sin cáncer)

(Dr., 1996)

La tasa de complicaciones asociadas a la cirugía varía entre el 0,2 y el 26%. Las complicaciones más frecuentes de la cirugía ginecológica están relacionadas con el daño visceral (vejiga, recto, uréteres) y de los grandes vasos pélvicos. Son más frecuentes en la cirugía oncológica o cuando la anatomía está distorsionada debido a infección o a endometriosis. El factor más importante que determina el éxito de su tratamiento, es el reconocimiento precoz de las complicaciones. (Navar, 2009)

Las complicaciones más frecuentes son las inflamatorias, como la infección del sitio quirúrgico. Estas complicaciones pueden llevar a prolongación de la estancia intrahospitalaria, uso de más antibióticos y más costo para la institución de salud. Los factores de riesgo para las complicaciones inflamatorias después de este tipo de cirugía factores como la edad, enfermedad de base, obesidad, infecciones previas, alteración de la flora cervico-vaginal, prolongación del tiempo quirúrgico, pérdida de sangre mayor a 1 000cc, uso de drenaje o catéter, hay ciertas suturas que evitan esta complicación.

La complicación intra y postquirúrgica más frecuente es la hemorragia. A veces algunas complicaciones intra y postquirúrgica ocurren simultáneamente, el reconocimiento precoz de las complicaciones es el factor más importante que determina el éxito del tratamiento. Esto implica una observación sistemática, cuidadosa del postoperatorio de la paciente, particularmente el pulso, presión sanguínea, función respiratoria, temperatura y diuresis, así como las cifras de hemoglobina y hematocrito. La mortalidad de la cirugía mayor hoy día es menor del 0.2%, la morbilidad ha disminuido también gracias a todas estas medidas. (Navar, 2009)

COMPLICACIONES TRANSQUIRURGICAS.

Hemorragias:

La cantidad de sangre perdida durante una intervención ginecológica oscila entre unos pocos mililitros y varios litros, con el mismo procedimiento el sangrado será distinto según el cirujano.

La cantidad de sangre perdida depende:

- ❖ El tipo de operación.
- ❖ La técnica quirúrgica utilizada.
- ❖ Factores locales y sistémicos de la paciente (como obesidad, estado de coagulación de la sangre y factores vasculares).

La pérdida de sangre se puede reducir significativamente mediante una técnica quirúrgica correcta y una hemostasia cuidadosa.

Se han distinguido cinco tipos de sangrado quirúrgico:

- Sangrado debido a error de técnica; falta de doble ligadura en vasos sanguíneos grandes o el pretender abarcar demasiado tejido en una pinza
- Sangrado debido a una coagulopatía preexistente
- Sangrado ocasionado por tratamiento farmacológico inadecuado (uso excesivo de anticoagulantes o transfundir sangre incompatible)
- Sangrado posterior a transfusión de grandes cantidades de sangre
- Sangrado por causas no determinadas.

En procedimientos quirúrgicos ginecológicos el sangrado intraoperatorio suele proceder de los vasos ováricos o uterinos. Los pedículos deben ser bien revisados y entonces es posible identificar los vasos y ligarlos.

El sangrado arterial puede necesitar la identificación del origen de la arteria uterina en la arteria ílica interna, el cirujano ginecológico debe estar familiarizado con la técnica de ligadura de la arteria hipogástrica lo cual suele controlar la hemorragia.

Lesiones de vías urinarias:

Ureterales

La lesión de los uréteres es una de las complicaciones más graves de la cirugía ginecológica. Afortunadamente esta lesión es infrecuente pues se produce en el 0.1% al 1.5% de todos los casos de cirugía pelviana.

El uréter se ubica muy cerca de los órganos de la reproducción femenina, en todo su recorrido desde el reborde pelviano hasta la vejiga. A pesar de estas asociaciones íntimas, la lesión del uréter ocurre rara vez y esto es debido a la habilidad y atención prestada al uréter por los cirujanos ginecológicos. Sin embargo, la lesión ureteral puede ser inevitable en algunas situaciones aún en las manos del cirujano más hábil y experimentado.

El uréter puede sufrir ligamiento, torcedura, cortes, apretamiento, quemadura o desvascularización accidentalmente. Tales lesiones tienen mayor probabilidad de producirse en la cirugía ginecológica por vía abdominal (75%), alrededor de un 25% ocurren durante procedimientos por vía vaginal.

Localización de la lesión:

1. En la base del ligamento ancho, el uréter pasa por debajo de los vasos uterinos
2. Más allá de los vasos uterinos al entrar en el túnel en el ligamento cardinal y gira hacia delante y adentro para entrar en la vejiga en la porción que atraviesa la pared vesical
3. En el ligamento infundíbulo pélvico o por debajo de él.
4. A lo largo de su recorrido por la pared pélvica lateral, inmediatamente por encima del ligamento útero sacro.

El uréter puede estar en mayor riesgo de lesión cuando se efectúa una operación para extraer un absceso tubo ovárico, endometriosis pelviana extensa, leiomioma intraligamentario, un anexo residual adherente o un remanente ovárico.

Prevención de las lesiones

El aspecto más importante de la lesión ureteral la **prevención primaria** comienza en el preoperatorio, con una evaluación cuidadosa de la enfermedad ginecológica de la paciente y el reconocimiento del riesgo para el uréter con el procedimiento quirúrgico planificado.

Proporcionar una exposición suficiente a través de una incisión apropiada, es el primer paso para evitar las lesiones ureterales. La mejor defensa contra la lesión del uréter consiste en conocer sus relaciones anatómicas y utilizar espacios avasculares de la pelvis para identificarlo intraoperatoriamente.

La **prevención secundaria** comprende el reconocimiento de la lesión ureteral durante la operación de modo que se pueda realizar de inmediato la reparación. Esto es importante para evitar una morbilidad postoperatoria grave y reducir la posibilidad de pérdida de la función renal.

Cuando la lesión ureteral no se diagnóstica ni es reparada durante la operación se puede desarrollar una fístula uréterovaginal y que puede ser necesario realizar nefrectomía.

La prevención terciaria implica el reconocimiento de la lesión ureteral tan pronto como sea posible en el período postoperatorio. En la primera semana después de la cirugía, los signos de lesión uréteral incluye: dolor en el flanco, íleo persistente, fiebre inexplicable, masa abdominal inferior (urinoma) eliminación de orina por la vagina y volumen urinario reducido.

Los estudios diagnósticos especiales son útiles para evaluar la integridad de los uréteres. Consisten en un urograma excretor, ecografía de los riñones, cistoscopia y una prueba de colorante intravenoso de índigo carmín.

Cuando se produce pinzamiento o ligadura del uréter y el cirujano se percata de ello, debe quitar inmediatamente la pinza o la sutura. En la mayoría de los casos el uréter se recupera en seguida y no suelen surgir problemas posteriores.

Si se secciona el uréter de forma incompleta se repara con puntos entre cortados con catgut 4 – 0 ó 5 – 0, si la sección es completa se puede realizar anastomosis termino-

terminal previa introducción del catéter por ambos extremos, o se realiza implantación del uréter en la vejiga cuando no es posible la anastomosis termino terminal por haber pérdida de tejido, siempre realizándola con catgut crómico 4 – 0 ó 5 – 0.

Lesión vesical

La lesión vesical se produce por traumatismo directo o indirecto durante la cirugía vaginal o abdominal. Por lo general es infrecuente la lesión de la vejiga presentándose en 0.3% al 0.8% de las pacientes.

Durante una operación abdominal la incisión en la pared abdominal debe ser suficientemente amplia para permitir la exposición adecuada de la pelvis. Uno de los sitios más frecuentes de lesión al abrir la cavidad abdominal es la cúpula vesical. El cirujano debe ser especialmente cuidadoso cuando realiza una incisión abdominal en una paciente con una incisión previa.

La falta de vaciamiento completo de la vejiga antes de la cirugía es uno de los principales errores por omisión que puede dar por resultado una laceración accidental del órgano al ingresar en el abdomen.

Las lesiones de la vejiga ocurren más comúnmente durante la realización de una histerectomía abdominal o vaginal total especialmente durante el abordaje abdominal del carcinoma de cérvix, extirpación de miomas intraligamentarios, extirpación de un muñón cervical después de una histerectomía subtotal, enfermedad inflamatoria pélvica recurrente, endometriosis o radioterapia previa.

Cuando se lesiona la cúpula de la vejiga, la pared vesical puede repararse fácilmente en dos capas con sutura continua de absorción retardada 3 – 0. En el postoperatorio debe dejarse colocada una sonda transuretral durante 7 a 10 días según la extensión de la lesión, la seguridad del cierre y la localización de la lesión.

Las lesiones extensas de la base vesical próximas a los orificios ureterales son más difíciles de reparar, se abordan mejor transperitonealmente y transvesical. En algunos casos los uréteres deben reimplantarse.

Lesiones Gastrointestinales

El intestino es muy susceptible a lesiones durante la laparotomía. El momento de penetración en la cavidad peritoneal es un paso crucial y se debe realizar con precaución. Estas lesiones se producen en el 0.3% de los casos.

Las pacientes con adherencias por cirugías previas, endometriosis o salpingitis se encuentran en alto riesgo de lesión intestinal transoperatoria al disecar el intestino adherido.

Debido a la singular posesión de los intestinos en la pelvis femenina, la mayor parte de las complicaciones se presentan principalmente a nivel del íleon terminal, colon rectosigmoide y colon transverso. El 85% de las complicaciones gastrointestinales de la cirugía ginecológica se asocian con los últimos 100cms del íleon terminal. La lesión del rectosigmoide se asocia en el 10% de los casos.

Las adherencias producidas por cirugías generales o ginecológicas pueden causar complicaciones intestinales en las cirugías ginecológicas. Las lisis de estas adherencias pueden causar enterotomías de intestino grueso y delgado, fístulas enterocutáneas o abscesos intraabdominales.

La lesión puede afectar solo la serosa o la totalidad de la pared. Los defectos en la serosa se cierran con puntos sueltos, de serosa a serosa con material absorbible atraumático. Las lesiones perforantes se cierran con puntos cero musculares extramucosos con material atraumático absorbible 4- 0. Es esencial que los bordes de la herida tengan buena vitalidad, estén bien vascularizados y no se encuentren aplastados.

Paro cardiaco

Ocurre con mayor frecuencia durante la inducción anestésica, pero también puede ocurrir durante el curso de alguna operación o incluso en el período postoperatorio.

Los padecimientos predisponentes incluyen cardiopatías preexistentes, infarto del miocardio previo, obstrucción de vías respiratorias y reacción a medicamentos.

Existen diversas medidas útiles para prevenir el paro cardíaco. La vigilancia cuidadosa de la presión arterial, con prevención de hipotensión, la ventilación adecuada con el volumen de oxígeno necesario debe mantenerse durante toda la cirugía.

En pacientes con factores de riesgo cardíacos lo más importante es realizar un estudio multidisciplinario que comprenda consulta preoperatoria con anestesiólogos, cardiólogos y el cirujano.

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

Hemorragias:

La razón más frecuente por la que se requiere una nueva laparotomía es el sangrado (menos del 1% de los casos). La hemorragia postoperatoria puede manifestarse como una pérdida de sangre por los drenajes 4 a 6 horas después de la cirugía, o como un sangrado recurrente después de varias horas o días.

Una de las complicaciones postoperatoria más graves es la hemorragia intraperitoneal oculta después de la cirugía vaginal o abdominal. Habitualmente no se desarrolla de manera súbita en la sala de recuperación. Los signos vitales pueden permanecer estables durante 12 a 18 horas después de concluida la operación y luego súbitamente una hipotensión severa, taquicardia, taquipnea, inquietud y distensión abdominal, lo cual hace el diagnóstico de hemorragia intraperitoneal.

El lavado peritoneal es una valiosa herramienta diagnóstica cuando se sospecha una hemorragia intraperitoneal postoperatoria oculta, si resulta positivo la paciente debe ser trasladada inmediatamente al quirófano para reexploración mientras se repone el volumen de sangre perdido.

La razón más frecuente de shock postoperatorio es la hemostasia quirúrgica inadecuada. Un vaso cuya ligadura se ha soltado.

Puede existir la tentación de adjudicar el problema al sistema de coagulación y buscar algún defecto de los factores de coagulación. La hemorragia postoperatoria de la cavidad vaginal habitualmente proviene de la arteria vaginal del fórnix vaginal externo, lo más frecuente es que no esté adecuadamente asegurado o se haya soltado la ligadura.

El sangrado vaginal excesivo puede ser percibido en la sala de recuperación o después que la paciente ha regresado a su habitación. Cuando hay hemorragia importante la paciente debe ser llevada nuevamente al quirófano.

Debe inspeccionarse la cúpula vaginal, si se puede ver el punto sangrante debe ser ligado desde abajo, sino puede realizarse la hemostasia quirúrgica por vía transvaginal puede ser necesario la laparotomía.

En algunas pacientes la hemorragia puede demorarse hasta 10 a 14 días después de la operación cuando el catgut pierde su fuerza tensil. El sangrado de las colporrafias anterior y posterior casi siempre procede de venas que no se han asegurado, un tapón vaginal bien comprimido habitualmente controla estas hemorragias.

Un hematoma pelviano postoperatorio puede causar morbilidad grave en especial si es grande y se infecta. Los hematomas pueden desarrollarse encima de la cavidad abdominal, a lo largo de la pared externa de la pelvis. Cuando es posible, es preferible drenar los hematomas pelvianos desde un principio.

Las hemorragias por conización del cuello pueden presentarse durante las primeras 24 horas o 7 a 14 días después, cuando las suturas cervicales pierden su fuerza tensil. También se presentan cuando se incide profundamente el estroma cervical o la paciente está embarazada.

Las medidas para controlar la hemorragia incluyen sutura, cauterización y nitrato de plata. Puede ocurrir una hemorragia grave o un hematoma de ligamento ancho el cual puede evitarse sondeando primero el cuello y determinar así la dirección del canal endocervical.

Complicaciones pulmonares:

Las complicaciones pulmonares son unos de los riesgos principales en el periodo postoperatorio, cerca del 30 % que se producen en las 6 semanas posteriores a la operación se debe a complicaciones pulmonares .

- **Atelectasias**

Es una complicación del postoperatorio que consiste en áreas de colapso de las vías respiratorias, causada por tapones mucosos o la colocación inapropiada del tubo endotraqueal.

Los factores de riesgo conocidos incluyen: la edad avanzada, antecedentes de tabaquismo, obesidad, hospitalización prolongada, enfermedad pulmonar preexistente (asma y neumopatía obstructiva crónica), anestesia prolongada e infección respiratoria).

Clínicamente el cuadro se caracteriza por fiebre y taquicardia, debe tenerse en cuenta como una de las causas más frecuente de fiebre en los 3 primeros días del postoperatorio, además podemos observar taquipnea, disnea y cianosis.

La prevención de la atelectasia inicia en el período preoperatorio. Debe estimularse a las pacientes a dejar de fumar, las pacientes con enfermedades pulmonares crónicas deben recibir antibióticos y tratamiento físico del tórax. Cuando hay infección respiratoria superior se debe posponer la cirugía electiva hasta que la función mucociliar retorne a lo normal lo cual puede tardar 2 a 3 semanas.

Se debe evitar la atelectasia en el postoperatorio reduciendo el dolor a un mínimo, estimulando las respiraciones profundas y de ambulación temprana.

El tratamiento consiste en fisioterapia intensiva de tórax y oxígeno complementario. Debe controlarse el dolor ya que obstaculiza las respiraciones profundas. Si la fiebre persiste y se desarrolla neumonía es necesario administrar antibióticos.

- **Neumonías**

La neumonía postoperatoria es menos frecuente después de la introducción de la de ambulación temprana y la fisioterapia de tórax intensiva en el período postoperatorio la neumonía se asocia a atelectasia e hipoventilación por lo cual la prevención o tratamiento rápido de estas condiciones es la mejor medida profiláctica.

Se encuentran con mayor frecuencia microorganismos gram negativos como proteus o pseudomonas.

El tratamiento debe basarse en los mecanismos protectores normales del sistema respiratorio superior están abolidos en pacientes que tienen un tubo endotraqueal lo cual aumenta la probabilidad que se desarrolle infección presencia de fiebre, la persistencia de un esputo purulento, presencia de leucocitosis, y signos físicos y radiológicos de neumonía. Debe instaurarse terapéutica antibiótica de amplio espectro y revisar según indique el cultivo de esputo.

- **Embolia Pulmonar**

Es la complicación más devastadora después del procedimiento quirúrgico. El diagnóstico debe sospecharse ante la presencia abrupta de síntomas cardíacos o pulmonares. La embolia pulmonar suele ocurrir a los 7 a 10 días después de la operación, el dolor torácico de inicio súbito, disnea, taquipnea y taquicardia preceden a una embolia pulmonar, aunque más del 70% de los pacientes que mueren de embolia pulmonar no despiertan sospecha de padecerla.

La embolia pulmonar es más frecuente en mujeres mayores de 50 años, con trastornos venosos periféricos, cardiopatías, enfermedades pulmonares, en consumidoras de contraceptivos hormonales y en pacientes con tromboflebitis pélvica.

Las medidas profilácticas incluyen: movilización precoz, masaje en las extremidades inferiores, ejercicios de respiración profunda, uso de medias elásticas, y en pacientes que usan contraceptivos hormonales suspenderlos dos meses antes de la intervención quirúrgica.

Se debe realizar profilaxis con dosis baja de heparina en pacientes con factores de riesgo 5,000 unidades dos veces al día, iniciando la primera dosis dos horas antes de la intervención y terminando hasta lograr la de ambulación regular.

El tratamiento curativo comprende la administración de 10,000 unidades de heparina acuosa ante la primera sospecha, seguida de 5,000 unidades subcutánea cada 6 horas durante 7 a 10 días. El tiempo parcial de tromboplastina (TPT) debe mantenerse en 1.5 a 2 veces los valores de control.

Complicaciones del aparato digestivo:

La disfunción del tubo digestivo es común después de una intervención abdominopélvica, la mayoría de los médicos restringe la ingestión postoperatoria por vía oral hasta que exista evidencia de retorno de la función intestinal.

Cuando se presentan distensión abdominal y malestar perioperatorio, se debe determinar si son el resultado del retorno lento de la peristalsis normal del intestino o representan un estado más grave, como la obstrucción intestinal.

El íleo paralítico se caracteriza clásicamente por distensión abdominal, ausencia de ruidos intestinales y timpanismo abdominal a la percusión, esta complicación suele observarse dentro de las 48 a 72 horas después de la cirugía.

Las causas más graves de íleo postquirúrgico son la peritonitis por el desarrollo de un absceso, lesiones intestinales o de uréter, alteraciones severas del equilibrio hidroelectrolítico, hemorragia intraperitoneal y la obstrucción mecánica.

Las consideraciones terapéuticas incluyen: la descompresión del estómago e intestino con una sonda nasogástrica, corregir cualquier trastorno hidroelectrolítico y estimulaciones del peristaltismo con agentes colinérgicos.

Puede ocurrir obstrucción intestinal como complicación de cualquier operación intraperitoneal. Es probable que surja como consecuencia de peritonitis o irritación generalizada de la superficie peritoneal dando lugar a la formación de adherencias.

La obstrucción ocurre habitualmente entre los 5 a 7 días postoperatorio, los síntomas son: dolor cólico abdominal, vómitos y aumento de los ruidos peristálticos.

Es posible tratarla de forma conservadora mediante descompresión con sonda nasogástrica y normalización del equilibrio hidroelectrolítico, si la obstrucción no cede durante un periodo de 48 horas deberá operarse nuevamente.

La obstrucción está relacionada con desplazamiento de grandes cantidades de líquido en la luz intestinal por lo cual se requiere hidratación intensa y vigilancia electrolítica cuidadosa.

Complicaciones del aparato urinario:

▪ **Retención urinaria**

La queja más común después de la cirugía ginecológica es la retención urinaria, se presenta en cerca del 10% de los casos.

Después de una intervención quirúrgica abdominal la paciente a menudo se resiste a contraer los músculos abdominales y así aumentar la presión intraabdominal e iniciar el reflejo de micción.

Después de una colporrafia anterior, el espasmo, edema y dolor de los músculos pubococcigeos pueden interferir con la micción.

Con los procedimientos de plastia vaginal o los suprapúbico que se practican para la incontinencia urinaria, las suturas cerca de la uretra o el edema uretral pueden dificultar la micción

Extraer por cateterización más de 100 ml. de orina es diagnóstico de este problema.

El tratamiento de esta alteración consiste en la evacuación urinaria mediante cateterismo vesical, el cual se puede retirar en un plazo de 24 a 48 horas, excepto después de un procedimiento de cirugía plástica vaginal o suspensión del cuello vesical que suelen requerir drenaje por mayor tiempo.

Infección de vías urinarias:

La infección del tracto urinario es una complicación frecuente de la cirugía ginecológica con una incidencia de aproximadamente 15%.

Las manifestaciones sistémicas de la infección urinaria suelen desarrollarse luego de 24 a 48 horas de retiro del catéter urinario. La paciente puede presentar fiebre, disuria, frecuencia y urgencia urinaria, pero en muchos casos no se observan síntomas.

El criterio para definir una infección del tracto urinario consiste en más de 100 mil colonias /ml. de un patógeno único en un urocultivo. La inserción adecuada y el manejo de catéteres permanentes son importantes en la prevención de la infección urinaria.

Los catéteres deben de ser eliminados tan rápido como sea posible después de la cirugía.

Para facilitar el vaciamiento completo de la vejiga debe aumentarse la hidratación y estimularse la movilización precoz. Después de obtener muestras de orina para cultivo, debe instaurarse terapéutica antibiótica adecuada. Los antibióticos derivados de las quinolonas ofrecen el espectro de cobertura más amplio para patógenos urinarios, cual deberá ajustarse en base al resultado del cultivo de orina.

Infección de la herida quirúrgica:

La frecuencia y grado de infección postoperatoria de las heridas depende de muchos factores tales como: edad de la paciente, salud, estado nutricional, hábitos de higiene personal, obesidad, hospitalización prequirúrgica prolongada, tiempo de cirugía prolongado, diabetes mellitus, inexperiencia quirúrgica y falta en el uso de antibióticos profilácticos.

En las histerectomías el porcentaje de infección de heridas es de 3.3% ya que se clasifican como heridas limpias contaminadas.

Desde hace mucho tiempo se sabe que el uso de profilaxis antibiótica reduce la infección en la incisión de procedimientos abdominales y vaginales no complicados. La infección activa en el sitio operatorio (absceso pélvico, rotura de apéndice) o en un sitio distante, aumenta el riesgo de infección de la herida por contaminación directa o propagación hematógena.

El diagnóstico de infección de la herida se hace durante la investigación de alguna fiebre postoperatoria inexplicable, alrededor del cuarto al quinto día y la presencia de signos de infección en el sitio operatorio.

Los patógenos que con más frecuencia se cultivan son bastones gram negativos, anaerobios, estreptococos beta hemolíticos y los estafilococos.

Los pasos esenciales del tratamiento consisten en la apertura de la incisión para el drenaje, asegurarse que la fascia está intacta, limpieza intensa con agua oxigenada o

yodo-povidona y desbridamiento periódico 3 a 4 veces al día, esto suele requerir semanas o aun meses.

Seroma, es una de las complicaciones que pueden aparecer tras una cirugía. Es una acumulación de líquido en el medio intersticial. Puede detectarse por la exploración manual. A veces es visible a simple vista. Su origen, puede ser linfático, exudado inflamatorio del tejido o proliferación vascular vénulocapilar. El **seroma** se previene con una cuidadosa cirugía y con la utilización de prendas de compresión. Los pequeños **seromas** son reabsorbidos por el organismo. Los grandes **seromas** deben ser extraídos por punción o mediante drenajes. (Montiel & Rodríguez, 2014)

Dehiscencia y evisceración:

La dehiscencia de la herida es la rotura de cualquiera de los planos de la incisión quirúrgica, el peritoneo permanece intacto. La rotura superficial que solo afecta piel y tejidos subcutáneos es bastante común y se presenta en 2 a 5 % de las cirugías ginecológicas abdominal.

La incisión transversa de la parte baja del abdomen rara vez se revierte. Las incisiones verticales pueden conllevar un riesgo mayor de rotura. La integridad aponeurótica y la técnica quirúrgica para el cierre de la aponeurosis son factores de riesgo importante.

Otros factores que pueden contribuir a la dehiscencia de herida son: demasiadas suturas y excesivamente juntas, aumento de la presión intraabdominal (tos, vómitos, íleo), obesidad, presencia de infección, caquexia, déficit vitamínicos y anemia.

La evisceración es la separación de todas las capas de la pared abdominal con protrusión de las asas intestinales a través de la incisión; constituye una complicación crítica del periodo postoperatorio.

El tratamiento de la dehiscencia y la evisceración incluyen el tratamiento de los factores contribuyentes. Tratar la peritonitis y el cierre de la incisión tan rápido como sea posible.

Si se produce protrusión del intestino debe ser cubierto inmediatamente con una compresa estéril húmeda, llevar de nuevo a la paciente al quirófano y antes de reponer las asas intestinales se lavarán con solución salinas.

Los defectos superficiales pequeños de la herida se realizará simple lavado y permitir la cicatrización por segunda intención.

Los defectos de uno a dos cms. en la aponeurosis sin evidencia de hernia del intestino pueden cerrarse a pie de cama o no tocarlos y dejar cerrar por segunda intención la piel que los cubren. Las pacientes con defectos extensos deben trasladarse a sala de operaciones y retirar cualquier material extraño, suturas, coágulos antes de cerrar y emplear suturas separadas de sneed - Jones o con puntos de retención.

Los hematomas o acúmulos séricos pequeños a menudo se resuelven en forma espontánea, pero algunos se infectan. Se utilizan drenajes con aspiraciones cerrada para prevenir hematomas intraabdominal.

Puede sospecharse la presencia de un hematoma cuando existe un descenso del hematocrito acompañado de fiebre de poca cuantía

Los hematomas pélvicos no suelen drenarse, a menos que estén infectados y haya fracasado la terapéutica antibiótica. El sitio y la extensión del hematoma se pueden identificar mediante examen pélvico y abdominal, así como por ultrasonografía.

La **dehiscencia de la cúpula vaginal** es una complicación postoperatoria exclusiva de la histerectomía. Aunque es una complicación poco frecuente, puede dar lugar a morbilidad grave. La incidencia estimada de dehiscencia de la cúpula vaginal, basada en 10 años de datos acumulados, es de 0.24%, pero es ligeramente superior (0.39%) al evaluar los años más recientes. La histerectomía total laparoscópica tiene la mayor tasa de dehiscencia de la cúpula vaginal (1.35%). La sutura transvaginal de la cúpula parece reducir el riesgo de dehiscencia después de la histerectomía total laparoscópica. El cerrar el peritoneo –o no hacerlo– al final de la histerectomía total abdominal o vaginal no influye en el riesgo de presentar dehiscencia de la cúpula vaginal. (Montiel & Rodríguez, 2014)

Absceso de la cúpula vaginal, es una colección de pus en el espacio extraperitoneal-supravaginal que ocurre después de una histerectomía. Generalmente suelen deberse a la formación previa de hematomas.

Tromboflebitis.

La incidencia de tromboflebitis es superior después de cirugía ginecológica que tras otras cirugías. La histerectomía tanto abdominal como vaginal comporta un riesgo de 3 a 4%. Los factores de riesgo para tromboflebitis son: edad mayor de 40 años, obesidad, venas varicosas, trombosis previas, infarto de miocardio, enfermedad pulmonar crónica y aterosclerosis.

Como medidas profilácticas se recomiendan el levantamiento y de ambulación precoz el primer día de la intervención, ejercicios activos y pasivos de las piernas, compresión con manguitos neumáticos de las pantorrillas, uso de medias elásticas y elevación de los pies de la cama 15 grados sobre la horizontal.

La profilaxis con pequeñas dosis de heparina se recomienda en mujeres con factores de riesgo y se administra a dosis de 5000 ud. 2 a 4 horas antes de la cirugía y posteriormente cada 8 horas durante 7 días o hasta que la paciente sea dada de alta.

El tratamiento de la tromboflebitis debe iniciarse lo más precoz posible para evitar que se produzca una embolia pulmonar, se debe realizar con heparina acuosa a dosis de 10000 ud. por vía subcutánea cada 12 horas por un periodo mínimo de 10 días.

Factores de riesgo:

-Hipertensión arterial en la mujer: La hipertensión arterial eleva de forma inaceptable el riesgo en las pacientes sometidas a anestesia y se hace necesario un tratamiento meticuloso antes de la cirugía ginecológica con el objetivo de controlarla. Se disminuye el riesgo de infarto del miocardio, hemorragia cerebral e insuficiencia cardíaca.

El riesgo de complicaciones cardiovasculares afecta fundamentalmente a las mujeres **mayores de 35 años de edad y a las fumadoras**. Los ictus trombóticos son más frecuentes con el **uso de anticonceptivos orales**, que se asocian a un aumento en 2 a 6 veces del riesgo relativo de enfermedad tromboembólica venosa. Después de la **menopausia**, las mujeres presentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular

Someter a la paciente hipertensa a una intervención quirúrgica supone un riesgo de agudización de su patología por la liberación de catecolaminas y otros mediadores. Lo

cual le confiere un riesgo mucho más alto y más complicaciones que aumentan la morbilidad-mortalidad.

La consulta preanestésica forma parte de la evaluación y preparación preoperatoria de la paciente hipertensa que requiere cirugía ginecológica. Es un elemento esencial de la seguridad anestésica, puesto que los datos obtenidos permitirán elegir la técnica y los cuidados perioperatorios más adecuados según el estado clínico de la paciente y el procedimiento quirúrgico ginecológico programado.

-Edad: es una variable independiente de riesgo, pero que, si se considera en forma aislada del estado general y funcional, tiende a sobrevalorar las potenciales complicaciones.

Las cirugías generales son un 50% más frecuente en mayores de 65 años y a mayor edad hay mayor comorbilidad y menor reserva funcional. Una de las formas de evaluar el “estado general” es la utilización del Score ASA (American Society of Anesthesiology).

Ha sido justamente cuestionado por su subjetividad; sin embargo, los 41 años transcurridos desde su publicación original demuestran su vigencia, aun cuando no es capaz de predecir mortalidad.

El estado funcional hace referencia fundamentalmente al grado de autovalidez (independencia) que tiene la persona para desarrollar tareas habituales y existen diversos índices para estimarlo.

Clasificación- Características

- ❖ ASA I Sano < 70 años
- ❖ ASA II Enfermedad sistémica leve o sano > 70 años
- ❖ ASA III Sistémica severa no incapacitante
- ❖ ASA IV Sistémica severa incapacitante
- ❖ ASA V Paciente moribundo. Expectativa de vida < 24 horas sin la cirugía con electrobisturí de alta frecuencia

Con ayuda de energía eléctrica, que se transforma en calor, se puede seccionar tejido biológico y cauterizar hemorragias.

Puesto que esta tecnología trabaja con altas tensiones eléctricas presenta ciertos riesgos. Para poder minimizarlos hay que conocer su funcionamiento. Las células susceptibles de estimulación fácil, como los nervios y los músculos, se estimulan por corriente eléctrica. La estimulación del tejido humano llega al máximo con una corriente alterna de aprox. 100 Hz, disminuyendo si la frecuencia va aumentando y pierde paulatinamente su efecto nocivo

Riesgos para el paciente

Si existe contacto entre el campo operatorio y el electrodo neutral y un objeto que tiene toma de tierra, se pueden producir descargas no deseadas. La energía eléctrica refluye a través de esta superficie de contacto en lugar de al electrodo neutral. Cuanto más pequeña ésta sea (alta intensidad de corriente), tanto mayor es el efecto térmico y por tanto la posibilidad de quemaduras.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Área de estudio.

El presente estudio se elaboró durante el periodo de junio – noviembre 2018 en el Hospital de referencia nacional Bertha Calderón Roque, ubicado en la ciudad de Managua-Nicaragua, del C.C Zumen 1c al oeste. Específicamente en la sala de ginecología del hospital, que cuenta con dos habitaciones que albergan 6 camas cada una, haciendo un total de 12 camas, donde está un médico de base y residentes de la rotación.

7.2. Tipo de estudio.

Se trata de un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

7.3. Universo.

La población de referencia son las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina que fueron intervenidas quirúrgicamente, en el periodo correspondiente a la investigación que fueron un total de 160.

7.4. Muestra

Probabilística

La población de referencia son todas las pacientes que presentaron complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas durante el periodo de estudio para un total de 45.

7.5.1 Técnica de muestreo.

Se realizará muestreo probabilístico por racimos.

7.5.2 Criterios de inclusión

Expedientes completos para el estudio.

7.5.3 Criterios de exclusión

Expedientes incompletos para el estudio.

7.5.4 Variables según objetivo

- ❖ **Caracterizar socio-demográficamente la población que será parte del estudio.**
 - Edad.
 - Procedencia.
 - Etnia.
 - Gestas.
 - Antecedentes patológicos personales.
 - Clasificación radiológica de miomatosis uterina.

- ❖ **Identificar el abordaje quirúrgico que recibieron las pacientes en estudio.**
 - Cirugía realizada.

- ❖ **Enumerar las complicaciones transquirúrgicas que presentaron el grupo de pacientes en estudio.**
 - Complicaciones transquirúrgicas.

- ❖ **Mencionar las complicaciones postquirúrgicas que presentaron el grupo de pacientes en estudio.**
 - Complicaciones postquirúrgicas.

- ❖ **Describir la evolución de las pacientes en estudio.**
 - Satisfactoria
 - No satisfactoria

7.5.5 Operacionalización de variables según objetivos.

Variables	Concepto operacional	Dimensión	Indicador	Escala/ valor.
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	—	Años	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ≤ 29 años ➤ 30-34 ➤ 35-39 ➤ 40-44 ➤ 45-49 ➤ ≥ 50 Años.
Procedencia	Lugar geográfico donde reside o habita actualmente	—	Según expediente.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Urbano. ❖ Rural.
Etnia	Características entre personas que comparten cultura.	—	Según expediente.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mestizo. ❖ Negro. ❖ Blanco.
Gestas	Número total de embarazos que ha tenido.	—	Según expediente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 0-1 ➤ 2-3 ➤ >3
Antecedentes patológicos personales.	Padecimiento anterior o actual de cada individuo	—	Según expediente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dm Tipo 2 ➤ Hta ➤ Obesidad ➤ Desnutrición ➤ Otros.
Clasificación radiológica de la miomatosis uterina	Ordenamiento de acuerdo, a criterios establecidos.	—	Según expediente.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ MUPE ❖ MUME ❖ MUGE ❖ Miomatosis gigante.

Variables	Concepto operacional	Dimensión	Indicador	Escala/ valor.
Cirugía realizada	Procedimiento o intervención quirúrgica que se les realiza a las personas por alguna patología determinada.	—	Según expediente.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Histerectomía abdominal. ❖ Histerectomía vaginal. ❖ Miomectomia Abdominal. ❖ Miomectomía laparoscópica. ❖ Miomectomia por histeroscopia. ❖ Miólisis y crioliosis. ❖ Embolización de la arteria uterina
Complicaciones transquirúrgicas	Evento que sucede de manera no intencional durante el procedimiento quirúrgico.	—	Según expediente.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hemorragia. ❖ Lesión de uréter. ❖ Lesión vesical. ❖ Lesión gastrointestinal. ❖ Paro cardíaco. ❖ Muerte. ❖ Ninguna.

Variables	Concepto operacional	Dimensión	Indicador	Escala/ valor.
Complicaciones postquirúrgicos.	Agravamiento que aparece después de la cirugía realizada	—		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hemorragias. ❖ Atelectasias. ❖ Neumonías. ❖ Embolia pulmonar. ❖ Disfunción del tubo digestivo. ❖ Retención urinaria. ❖ Infección de vías urinarias. ❖ Infección de herida quirúrgica. ❖ Dehiscencia y evisceración. ❖ Absceso de cúpula vaginal. ❖ Seroma.

Variables	Concepto Operacional	Dimensión	Indicador	Escala/ Valor
				<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tromboflebitis. ❖ Reacción a la anestesia. ❖ Muerte. ❖ Ninguna
Evolución clínica	Cambios graduales del estado de salud de la paciente después de la cirugía realizada	—	Según expediente	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Satisfactoria. ❖ No satisfactoria.

7.6 Fuentes de información.

La fuente de información es secundaria, en base a expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el hospital, en el periodo de junio – noviembre 2018, que se encontraron en archivos del área de estadísticas del hospital. Que cumplen con los criterios de selección y a quienes se les aplicó el instrumento de recolección de datos clínicos.

7.7 Técnica de recolección de información.

La técnica empleada fue la ficha de recolección de datos que consta de seis ítems, el primero sobre datos generales del paciente obviando su identificación personal, el segundo sobre el tipo de miomatosis uterina presentada, el tercero sobre antecedentes patológicos personales; el cuarto es la cirugía que se le realizó, el quinto hace referencia a las complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas presentadas por el procedimiento, debidamente documentadas en el expediente clínico y por último la evolución clínica.

Este instrumento se elaboró en base a las variables a estudio y se fue llenado durante la revisión documental de expedientes.

Se realizó una prueba piloto con dicho instrumento para la validación del mismo y evaluar la sensibilidad de los ítems.

7.8 Procesamiento de la información

La técnica estadística utilizada es de tipo descriptivo con el objetivo de describir y sintetizar los datos, utilizando distribuciones de frecuencias en porcentajes. Para ello se utilizó Microsoft Excel 2016, además se hizo la realización de las tablas y gráficos, que serán presentados de forma ordenada según los objetivos planteados y posteriormente impresos, una vez obtenida la información.

Pasos:

1. Se solicitó la autorización de las autoridades hospitalarias para la revisión de expediente clínico de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del estudio.
2. Se elaboró una ficha de recolección de datos conforme a las variables planteadas para la elaboración del estudio investigativo.
3. Posterior a la autorización hospitalaria, se realizó la validación de la ficha con 10 expedientes de pacientes, que no formaron parte del estudio investigativo, pero que cumplen con los criterios de inclusión.
4. Se seleccionó la muestra y se realizó muestreo probabilístico por racimos, creando los cluters de esta manera:
 - **Primer racimo:** Expedientes de pacientes con el diagnóstico de miomatosis uterina que fueron sometidas a cirugía en el periodo establecido.
 - **Segundo racimo:** Expedientes clínicos de pacientes, que se encontraran en el área de archivo del hospital.
 - **Tercer racimo:** Pacientes que presentaron complicaciones quirúrgicas y/o postquirúrgicas.
 - **Cuarto racimo:** Expedientes clínicos de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, previamente establecidos.
5. En primera instancia se elaboró una lista, con el número de expedientes de todas las pacientes intervenidas quirúrgicamente por miomatosis uterina en el periodo establecido, luego se procedió a entregar la lista a las licenciadas de archivo, quienes fueron las encargadas de proporcionar cada uno de ellos, luego se dispuso a la revisión documental de los expedientes.
6. Una vez obtenida la información se elaboró la base de datos, en el programa Excel 2016 para proceder a la elaboración de gráficos y posterior el análisis de los mismos.
7. La presentación de los resultados será mediante cuadros y gráficos construidos por el programa Microsoft office: Word y PowerPoint.

7.9 Plan de tabulación y análisis

Con el fin de cumplir con los objetivos de la investigación que se realizó en el hospital de referencia nacional Bertha Calderón Roque La información obtenida se procesó electrónicamente con el programa de Microsoft Excel 2016, y fue organizada según el orden de objetivos, posteriormente se analizó, para determinar las complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas que presentaron la población que fue objeto de estudio.

Cruce de variables

- Tipo de miomatosis uterina y abordaje quirúrgico.
- Antecedentes patológicos personales y complicaciones presentadas.
- Abordaje quirúrgico y total de complicaciones tanto transquirúrgicas como posquirúrgicas.
- Abordaje quirúrgico y total de complicaciones transquirúrgicas.
- Abordaje quirúrgico y total de complicaciones posquirúrgicas.
- Cirugía realizada y total de complicaciones tanto transquirúrgicas como posquirúrgicas.
- Cirugía realizada y las complicaciones transquirúrgicas descritas.
- Cirugía realizada y las complicaciones posquirúrgicas descritas.

7.10 Consideraciones éticas

Se solicitó la autorización para recolección de datos a las autoridades administrativas del Hospital Bertha Calderón Roque, donde se llevó a cabo el estudio.

Por la naturaleza del estudio, no se harán intervenciones que pongan en riesgo la salud de las participantes, utilizando solamente para este estudio el expediente clínico que Posterior a la autorización se procedió a la revisión de los mismos.

El presente estudio se elaboró sin fines de lucro y la información obtenida será manejada de manera confidencial y sin hacer mención de los datos personales de aquellos sujetos a estudio o del personal médico.

VIII. RESULTADOS

El presente estudio que se realizó en el Hospital Bertha Calderón Roque de la ciudad de Managua; en el periodo de junio– noviembre 2018, revela que 45 de las pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente, presentaron complicaciones durante o posterior a la cirugía realizada.

En relación a las características generales del total de pacientes que formaron parte del estudio, el rango de edad que se encontró en menor medida fue en los ≤ 29 años haciendo un total de 2 personas (4.4%), en el grupo etario de 30-34 años un total de 3 (6.6%), de los 35-39 un total de 5 (11.1%), de los 40 a 44 años 10 pacientes (22.2%), de los 45 a 49 años 10 casos (22.2%), y en mayor medida los ≥ 50 años con 15 en total (33.3%). Con respecto a la procedencia 7 de ellas (15%) provienen de la zona rural y 38 (84.4%) de área urbana. La etnia encontrada fue la blanca con 3 del total (6.6%) y la que más predominó en las pacientes en este estudio fue la mestiza con 42 (93.3%). Según las gestas que han tenido se encontró que 18 de ellas (40%) tuvieron > 3 gestas, 10 restantes (22.2%) de 0 a 1 gestas, y de 2 o 3 gestas 17 de ellas (37.7%), como APP, de las pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos 9 (0.2%) solamente tenían HTA, 7 de ellas (0.15%) tenían DM Tipo 2 y HTA, 6 de ellas (0.13%) tenían un IMC > 30 considerado como obesidad, y 23 (0.51%) son consideradas aparentemente sanas. Dentro de la clasificación de la miomatosis uterina a nivel radiológica, 23 (0.51%) fueron de grandes elementos, 17 (0.37%) de medianos elementos y 5 (0.11%) de miomatosis uterina gigante. **Ver tabla 1.**

Dentro del abordaje quirúrgico empleado, se realizaron histerectomía vaginal 10 (22.2%) y 35 (77.7%) histerectomía abdominal. **Ver tabla 2.**

En lo que concierne a las complicaciones transquirúrgicas presentadas se encontró que 1 de ellas (6.6%) presentó lesión vesical, así mismo 1 (6.6%) lesión gastrointestinal, 13 de ellas (86.8%) presentaron hemorragia. **Ver tabla 3**

Con respecto a las complicaciones postquirúrgicas 1 de ellas (3.3%) presento infección de vías urinarias, 2 (6.6%) corresponden a seroma, 4 (13.3%) pertenecen a dehiscencia y evisceración, e igual cantidad de pacientes es decir 4 (13.3%) presentaron absceso de cúpula vaginal, 6 (20%), desarrollaron retención urinaria, 13 (43.3%) infección de herida quirúrgica, **ver tabla 4**

El 100% de las pacientes tuvieron una evolución satisfactoria. **Ver tabla 5**

Se realiza el cruce de variables entre abordaje quirúrgico y total de complicaciones tanto transquirúrgicas como postquirúrgicas que presentaron las pacientes encontrando que un total de 45 (100%) pacientes presentaron complicaciones 100%. **Ver tabla 6**

Cirugía realizada por miomatosis uterina y total de complicaciones transquirúrgicas, en 15 casos (100%) presentaron complicaciones transquirúrgicas. **Ver tabla 7**

Cirugía realizada y las complicaciones transquirúrgicas descritas, en la histerectomía abdominal se presentaron complicaciones, que corresponde a hemorragia en un 84.6% y en un 7.6% a lesión gastrointestinal y vesical y dentro de las complicaciones postquirúrgicas descritas, en la histerectomía abdominal, corresponde en un 54% a infección de herida quirúrgica, un 18.1% retención urinaria, un 9% a dehiscencia y evisceración, un 9% a seroma, y un 4.5% a infección de vías urinaria. **Ver tabla 8.**

En la histerectomía vaginal un 20% presentaron complicaciones que corresponden a hemorragia y en las postquirúrgicas revela en un 25% retención urinaria, un 25% corresponde a dehiscencia y evisceración, un 50% a absceso de cúpula vaginal. **Ver tabla 10.**

También se realizó el cruce de variables entre el tipo de miomatosis uterina y abordaje quirúrgico empleado dentro de las 17 de la miomatosis uterina de medianos elementos el 58% fueron vía vaginal y el 42% vía abdominal, en su totalidad la miomatosis de grandes elementos 23 (100%) fueron intervenidas a nivel abdominal y por último el 100% de las miomatosis gigante, las cuales fueron 5 también fueron seleccionadas para la vía abdominal. **Ver tabla 11.**

Dentro de las complicaciones presentadas y los antecedentes patológicos de las pacientes del total de 45 que son el equivalente al 100% de ellas; 22 tenían patologías concomitantes, de las cuales las que presentaron complicaciones en el transquirúrgicas, EL 54% de las que presentaron hemorragia eran hipertensas y el 56% aparentemente sana, 100% de la que presento lesión gastrointestinal y lesión vesical 1 de ellas tenia DM tipo 2, asociado además a HTA, y 1 paciente obesa respectivamente.

En las complicaciones postquirúrgicas, el 100% de las pacientes que presentaron infecciones urinarias son hipertensas, al igual las que presentaron seroma el 100% eran pacientes con DM tipo 2 + HTA, el 50% de las que presentaron dehiscencia de herida, eran pacientes obesas, y el 23% de las pacientes que presentaron infección de herida quirúrgica, fueron pacientes obesas y el 77% respectivamente son aparentemente sana, por otra parte el 50% de las que presentaron absceso en cúpula vaginal tenían diagnóstico de DM tipo 2 más HTA, y el 50% eran aparentemente sana. **Ver tabla 12.**

IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El estudio monográfico surge con el propósito de describir las complicaciones transquirúrgicas - postquirúrgicas de la cirugía por miomatosis uterina, en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de junio– noviembre 2018, en este tiempo se realizaron la cantidad de 160 intervenciones quirúrgicas por miomatosis uterina, de las cuales un total de 45 pacientes presentaron complicaciones es por ello que esta cantidad fue objeto de estudio, formando de esta manera la muestra del trabajo presentado.

Dentro de las características sociodemográficas de las participantes, el grupo etario más frecuente fue el de ≥ 50 años; y las mujeres entre la edad ≤ 29 años fueron en cantidad menor con respecto a las otras, lo encontrado en el estudio se correlaciona con lo descrito en la literatura científica, que considera que la miomatosis uterina es una patología que tiene un pico de presentación en las mujeres mayores de 50 años y según (Álvarez, 2000) esto debido a que los miomas están claramente asociado con la exposición de estrógenos y progesterona circundante, y que por lo mismo la aparición en edad de la pubertad es menor.

Por otra parte los resultados obtenidos reflejan una situación similar a lo publicado en otros estudios. Por ejemplo en el trabajo de Gutierrez, 2013 titulado Factores de riesgo que influyen en la incidencia de fibromiomatosis uterina en mujeres en edad fértil menciona que Las condiciones más frecuentes para desarrollarla fueron edad entre 41 y 49 años, la multiparidad, y el grupo étnico mestizos. Y en los datos se logra apreciar que la población de estudio la mayoría fue de etnia mestiza y que además habían tenido gestas entre 2 o 3, lo cual va en relación a lo descrito anteriormente.

Según Kovac, ha considerado a la histerectomía abdominal total (HAT) como la técnica de elección en los casos de úteros miomatosos sintomáticos que precisan una adecuada exploración abdomino-pélvica o que tienen limitaciones para realizar un abordaje vaginal: útero mayor de 280 gr. y con más de 12 cm de diámetro longitudinal, vagina estrecha, falta de movilidad uterina, presencia de patología anexial (endometriosis), antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, nuliparidad, cirugía pélvica previa y malignidad.

(Guerra Flecha; Pérez Rodrigo; Herraiz Martínez; Villero Anuarbe; Lizarraga Bonelli; Moris López; Menéndez de Luarda, 2000) Indican que la histerectomía como tal es una opción aceptable para los miomas sintomáticos y en pacientes con sangrado significativo, dolor, presión, o anemia, que es refractaria a la terapia y para mujeres con paridad satisfecha.

En este estudio realizado en el hospital Bertha Calderón la cirugía con un mayor pico fue la histerectomía abdominal, seguida de la histerectomía vaginal. Lo cual se relaciona a la bibliografía consultada donde se tiene en cuenta que esta es la terapia quirúrgica más común para la miomatosis uterina debido a que es el único que cura y elimina la posibilidad de recurrencia.

Dentro La complicación transquirúrgica más frecuente que presentaron las pacientes al ser intervenidas quirúrgicamente fue la hemorragia. Navar 2009 hace mención que la sangre perdida durante una intervención ginecológica oscila entre unos pocos mililitros y varios litros, con el mismo procedimiento el sangrado será distinto según el cirujano, esto debido a la técnica empleada así mismo si la paciente tiene alguna enfermedad de base como es una coagulopatía preexistente, también el uso de fármacos entre otras condiciones que se deberán evaluar entre cada paciente individualmente. En menor medida se dieron la lesión vesical que suceden al producir un trauma directo o indirecto durante la cirugía ya sea abdominal o vaginal y la lesión gastrointestinal que ocurre en el momento de penetración en la cavidad peritoneal

(Montiel & Rodríguez, 2014) definen que en las histerectomías el porcentaje de infección de heridas es de 3.3% ya que se clasifican como heridas limpias contaminadas y los resultados obtenidos en el estudio para las complicaciones postquirúrgicas presentadas, se documentaron más lo que es la infección en herida quirúrgica, seguida de retención urinaria, absceso de cúpula vaginal, deshiscencia, evisceración, seroma e infección urinaria

La evolución clínica fue en un 100% satisfactoria en todas las pacientes intervenidas quirúrgicamente y que presentaron o no complicaciones durante o posterior a la cirugía.

X. CONCLUSIONES

1. En lo que concierne a datos generales, el grupo etario más frecuente fue el de mayor o igual a 50 años y en menor cantidad a los menores o igual a 29 años, predominaron las participantes procedentes del sector urbano y la etnia con mayor prevalencia en el estudio fue la mestiza.
2. La mayor parte de participantes tenían; como antecedentes obstétricos historia de 2 a 3 gestas a lo largo de su vida.
3. Dentro de la clasificación radiológica de miomatosis uterina, 17 de ellas fueron de medianos elementos, de las cuales 10 fueron intervenidas vía vaginal y 7 de ellas vía abdominal, 23 fueron de grandes elementos, las cuales en su totalidad fueron intervenidas vía abdominal, al igual que las 5 pacientes que presentaron miomatosis gigante.
4. De las 45 pacientes que fueron sometidas, a procedimiento quirúrgico 22 de ellas; tenían antecedentes patológicos.
5. Dentro de los antecedentes patológicos que predominó con las complicaciones transquirúrgicas fue las pacientes con HTA, y en menor medida Dm tipo 2 y Obesidad.
6. En relación con los antecedentes patológicos de las pacientes, y las complicaciones postquirúrgicas, las que mayor presentaron fueron pacientes con DM tipo 2, asociado además a HTA, y en menor medida las pacientes obesas.
7. La principal vía de abordaje quirúrgico empleada fue la vía abdominal, seguida de la vía vaginal.
8. Del total de pacientes intervenidas quirúrgicamente en el periodo establecido solo 45 de ellas presentaron complicaciones, quienes fueron objeto de estudio.

9. La complicación transquirúrgicas que predominó fue la hemorragia.
10. La complicación postquirúrgica con el pico más alto fue la infección de herida quirúrgica.
11. No se reportaron decesos durante o posterior a la cirugía realizada.

XI. RECOMENDACIONES

- 1) El equipo médico encargado en la atención de las pacientes debe garantizar el cumplimiento de las medidas de asepsia y antisepsia en cada proceso que se le realice.
- 2) El personal médico del servicio de Ginecología debe garantizar el cumplimiento de cuidados tanto prequirúrgicos y postquirúrgicos de toda paciente que es intervenida quirúrgicamente.
- 3) Se debe impulsar sesiones educativas sobre las complicaciones que se presentan para analizar casos y realizar retroalimentación de las mismas.
- 4) Que el personal médico responsable del ingreso de las pacientes, documente en el expediente, todos los factores de riesgo, asociados a infección del sitio quirúrgico, para tomar en cuenta en la vigilancia, postquirúrgica.
- 5) Fomentar los cuidados postoperatorios que deben de tener las pacientes, como es el caso de las normas de aseo, nutrición y principalmente enseñarles a identificar signos y síntomas adversos dependientes del procedimiento quirúrgico, para evitar complicaciones.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

- Guerra Flecha; Pérez Rodrigo; Herraiz Martínez; Villero Anuarbe; Lizarraga Bonelli; Moris López; Menéndez de Luarda. (2000). Miomatosis uterina. S.E.G.O.
- A. Janer Sepúlveda. (2016). *MANEJO MÉDICO DE LA MIOMATOSIS UTERINA*. Chile: Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia.
- ACOG. (2017). *Miomatosis Uterina*. Obtenido de <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Los-fibromas-uterinos>
- AIDA GONZALEZ PAREDES; JOSE LUIS GALLO VALLEJOS; JORGE FERNANDEZ PARRA. (2011). TRATAMIENTO HORMONAL DEL MIOMA. *actualizaion ginecologiany obstetricia*.
- Álvarez, R. B. (2000). Miomatosis uterina, un enfoque endocrinológico. *Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 8, No. 3, 95*.
- Cerella, D. G. (2014). Guía de práctica clínica. GIN 70. OSECAC, 10.
- Dávila, H. J., & Solís, J. J. (2014). *ABORDAJE DE MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES*. Nicaragua: Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila.
- Dra.M. A. Borelli - Dr. J. Mural - Dra. M. Marrone - Dr. J. Stigliano. (2009). Miomatosis uterina. En P. D. Toronchik, *Guías de procedimientos en ginecología* (págs. 154-155). Buenos Aires: Guttenpress, Rondeau.
- Giné L, Sabrià E, Ponce J, Sanchez A, Fernández ME. (2009). Clínica y diagnóstico del mioma uterino. *Ginecología y Obstetricia Clínica.*, 10(1): 15-20.
- GONZÁLEZ. (2010). Miomatosis uterina.
- Gutierrez, A. G. (2013). *factores de riesgo que influyen en la incidencia de fibromiomatosis uterina en mujeres en edad fértil atendidas en el hospital luis gabriel dávila de la ciudad de tulcán período junio a diciembre del 2012*. quito: universidad central del ecuador.

- Hernández-Valencia M, V.-C. E. (Septiembre de 2017). *Ginecología y Obstetricia de México*. Obtenido de Artículo de revisión: www.ginecologiayobstetricia.org.mx
- Ian Symonds, sabaratnam Arulkumaran. (2014). *Ginecología y obstetricia esencial*. Barcelona-España. 5ta Ed: Elsevier.
- J, Z. (2009). *Complicaciones quirúrgicas ginecológicas*. Beijing China.
- J. González-Merlo, E. González Bosquet, J. González Bosquet. (2014). *GINECOLOGÍA, 9na edición*. Barcelona-España: ELSEVIER MASSON.
- J.V.Ramirez. (2004). *Tema 7 mioma uterino*. Ginecología tema7/1.
- Luis Gine, Enric Sabria, Jordi Ponce Marla Pla, Nestor Devesa. (2009). Generalidades del mioma uterino. En *Ginecología y obstetricia clínica. vol. 10*.
- María Eréndira Ortiz Ruiz, Ángel Matute Labrador, Nayeli Martínez-Consuegra. (2009). MIOMATOSIS UTERINA. *Medigraphic*, 223.
- María Ortiz Ruiz, Ángel Labrador, Asociación Médica . (2009). *Miomatosis uterina*. Santa Fe: Asociación Médica.
- OMS. (2015). EPIDEMIOLOGIA MIOMATOSIS UTERINA. *Public*.
- Parker WH, F. T. (12 de 11 de 2015). Obtenido de Laparoscopic myomectomy and other: <http://www.uptodate.com/contents/laparoscopic-myomectomyand-other-laparoscopic-treatments-for-uterine-leiomyomas-fibroids>
- Pérez, L. F. (2014). *Miomatosis uterina como factor de riesgo de hemorragia puerperal en pacientes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque*. Perú: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO.
- REPRODUCTIVA, C. D. (2015). MANEJO MEDICO DE MIOMATOSIS UTERINA. *FLASOG*, 3.
- Ruiz, M. E., & Labrador, Á. M. (14 de 08 de 2017). *medigraphic*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2009/bc094h.pdf>

Rock. John. MD. Thompson. John. MD. *Ginecología Quirúrgica*. Te Linde. 9va edición. Editorial medica panamericana. Buenos aires Argentina. 2003

Scott James k. MD. Et al. Danforth. *Tratado de obstetricia y ginecología 8va edición Mc Graw-Hill*. Interamericana editores, SA. México .DF. 2000

Analisis Sist. Sanit. Navar. 2009, Vol. 32, Suplemento 1

E. Chave J. *Complicaciones de la cirugía abdominal*. Hospital “Donación Francisco Santojanni” octubre 2000.

Pérez R. *Complicaciones de cirugías ginecológica HEODRA*, León 2005

Berrios C Dr. *Complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas de las cirugías correctoras de trastornos de estática pélvica*. HEODRA. León 2004. Monografía.

Cantillano J. Dr. *Complicaciones médicas y quirúrgicas en las cirugías ginecológicas por vía vaginal*. HEODRA León 1991. Monografía.

Moncada O. Dr. *Complicaciones médicas y quirúrgicas de las cirugías ginecológicas según su vía de elección*. HEODRA León 1996. Monografía.

Talavera I. Dra. *Histerectomías. Complicaciones en el hospital Bertha Calderón* 1994.

Miranda V. Dr. *Factores de riesgo en las complicaciones de las cirugías ginecológicas*. Monografía.

Decherney A. Pernoll M. *Diagnostico y tratamiento gineco-obstétrico*, 7ma edición. Editorial El manual moderno. México D.F. 1997.

H. A MD. Kaser. O. MD. *Atlas de cirugía Ginecológica*. 5ta edición. Editorial Marban, S. L Madrid España. 2003.

González merlo J. *Atlas de operaciones ginecológicas*. Tomo I. SALVAT. Editores S.A. Barcelona España.

Hernández A. Fernández S. *Nuestra experiencia en la prevención de la enfermedad tromboembolica en cirugía ginecológica con una heparina de bajo peso molecular* 2002.

Guzmán E. *Histerectomía vaginal*. Hospital Sotero del Río. Universidad de Chile Rev. Chil. Obstet. Ginecol 2001.

J. Espinoza. O. *Prolapso de cúpula vaginal*. Hospital Barros Luco Universidad de Chile. Rev. Chil Obstet Ginecol. 2001

Parte Pérez L. *Manejo anestésico de la hipertensión arterial*. Ciudad de la Habana. Rev Cubana Cir Ene-Mar 2003.

European Society of Hypertension (ESH) and European Society of Cardiology (ESC). *2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension*. *Journal of Hypertension* 2007.

Ledesma M. monografía *Hipertensión y anestesia en ginecología* 2008.

Justimberth J. *Semepermed* vol.5 2004.

Anexos.

ANEXO 1.

Ficha de recolección de datos para complicaciones transquirúrgicas - postquirúrgica de la cirugía por miomatosis uterina, en el hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de junio– noviembre 2017.

Número de ficha: _____

I. Datos Generales

Edad en años: 1. ≤ 29 2. 30-34 3. 35-39 4. 40-44 5. 45-49 6. ≥ 50 años

Procedencia: 1. Urbano 2. Rural Gestas: 1. 0-1 2. 2-3 3. >3

Etnia: 1. Mestizo 2. Negro 3. Blanco

II. Abordaje Quirúrgico.

APP

Cirugía realizada.	
• Histerectomía abdominal.	<input type="checkbox"/>
• Histerectomía vaginal.	<input type="checkbox"/>
• Miomectomía abdominal	<input type="checkbox"/>
• Miomectomía laparoscópica.	<input type="checkbox"/>
• Miomectomía por histeroscopia.	<input type="checkbox"/>
• Miólisis y criolisis.	<input type="checkbox"/>
• Embolización de la arteria uterina.	<input type="checkbox"/>

III-IV. Clasificación de la miomatosis y

MUPE	MUME	MUGE	MG	<input type="checkbox"/>
------	------	------	----	--------------------------

APP				
Dm tipo 2	HT A	Obesidad	Otros. Cuales _____	<input type="checkbox"/>

V. Complicaciones

Complicaciones transquirúrgicas.	
▪ Hemorragia.	<input type="checkbox"/>
▪ Lesión de uréter.	<input type="checkbox"/>
▪ Lesión vesical.	<input type="checkbox"/>
▪ Lesión gastrointestinal.	<input type="checkbox"/>
▪ Paro cardíaco.	<input type="checkbox"/>
▪ Muerte.	<input type="checkbox"/>

Complicaciones postquirúrgicas.	
▪ Hemorragias.	<input type="checkbox"/>
▪ Atelectasias.	<input type="checkbox"/>
▪ Neumonías.	<input type="checkbox"/>
▪ Embolia pulmonar.	<input type="checkbox"/>
▪ Disfunción del tubo digestivo.	<input type="checkbox"/>
▪ Retención urinaria.	<input type="checkbox"/>
▪ Infección de vías urinarias.	<input type="checkbox"/>
▪ Infección de herida quirúrgica	<input type="checkbox"/>
▪ Dehiscencia y evisceración.	<input type="checkbox"/>
▪ Tromboflebitis.	<input type="checkbox"/>
▪ Reacción a la anestesia.	<input type="checkbox"/>
▪ Muerte.	<input type="checkbox"/>

VI. Evolución

Evolución clínica	
• Satisfactoria	<input type="checkbox"/>
• No satisfactoria	<input type="checkbox"/>

ANEXO 2.

Tabla 1. Datos generales de las pacientes en estudio en relación a frecuencia y porcentaje

n=45

Variables	Frecuencia	%
Edad en años		
< 29	2	4,4%
30-34	3	6,6%
35-39	5	11,1%
40-44	10	22,2%
45-49	10	22,2%
≥ 50	15	33,3%
Total	45	100%
Procedencia		
Rural	7	15%
Urbano	38	84,4%
Total	45	100%
Etnia		
Blanco	3	6,6%
Meztizo	42	93,3%
Total	45	100%
Gestas		
0-1	10	22,2%
2- 3	17	37,7%
>3	18	40%
Total	45	100%
APP		
DM tipo 2 + HTA	7	0.15%
HTA	9	0.2%
Obesidad	6	0.13%
Aparentemente sano	23	0.51%
Total	45	100%
Clasificación radiológica		
Miomatosis uterina de medianos elementos	17	0.37%
Miomatosis uterina de grandes elementos	23	0.51%
Miomatosis gigante	5	0.11%
Total	45	100%

Fuente de información: Expedientes Clínico.

Tabla 2. Abordaje quirúrgico empleado en las pacientes con miomatosis uterina en el hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de junio noviembre 2018 en relación a frecuencia y porcentaje.

Variable	Frecuencia	%
Abordaje quirúrgico		
Histerectomía Vaginal	10	22,2%
Histerectomía Abdominal	35	77,7%
total	45	100%

Fuente de información: Expedientes Clínico.

Tabla 3. Complicaciones transquirúrgicas que presentaron las pacientes en la cirugía por miomatosis uterina, en el Hospital Bertha Calderón Roque en relación a frecuencia y porcentaje.

Variable	Frecuencia	%
Complicaciones transquirúrgicas		
Lesion vesical	1	6,6%
Lesion gastrointestinal	1	6,6%
Hemorragia	13	86,8%
Total	15	100%

Fuente de información: Expedientes Clínico.

Tabla 4. Complicaciones Postquirúrgicas que presentaron las pacientes que fueron sometidas a cirugía por miomatosis uterina, en el Hospital Bertha Calderón Roque en relación a frecuencia y porcentaje.

Variable	Número	%
Complicaciones posquirúrgicas		
Infeccion de vias urinarias	1	3,3%
Seroma	2	6,6%
Dehiscencia y evisceración	4	13,3%
Absceso de cupula vaginal	4	13,3%
Retencion urinaria	6	20%
Infeccion de herida quirúrgica	13	43,3%
Total	30	100%

Fuente de información: Expedientes Clínico.

Tabla 5. Evolución clínica de las pacientes que fueron sometidas a cirugía por miomatosis uterina en el hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de junio-noviembre 2018.

Variable	Número	%
Evolución Clinica		
Satisfactoria	45	100%
Total	45	100%

Fuente de información: Expedientes Clínico.

Tabla 6. Distribución entre el número total de complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas que presentaron las pacientes en la cirugía por miomatosis uterina, en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de junio– noviembre 2018.

Variables	Frecuencia	%
Complicaciones transquirúrgicas	15	33,3%
Complicaciones postquirúrgicas	30	66,6%
Total	45	100%

Fuente de información: Expedientes Clínico.

Tabla 7. Distribución entre la histerectomía abdominal, y el total de complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas que presentaron las pacientes en el Hospital Bertha Calderón Roque en relación a frecuencia y porcentaje.

Variables	Número	%
Complicaciones transquirúrgicas	13	37,1%
Complicaciones Postquirúrgicas	22	62,8%
Histerectomía Abdominal	35	100%

Fuente de información: Expedientes Clínico.

Tabla 8. Distribución entre la histerectomía abdominal, y las complicaciones transquirúrgicas y las complicaciones Postquirúrgicas que presentaron las pacientes en el Hospital Bertha Calderón Roque en relación a frecuencia y porcentaje.

Variables	Complicaciones transquirúrgicas	Complicaciones posquirúrgicas	%	
Lesion vesical	1		3%	
Lesion gastrointestinal	1		3%	
Hemorragia	11		31%	
Total	13			
Infeccion de vias urinarias		1	3%	
Seroma		2	6%	
Dehiscencia y evisceracion		2	6%	
Retencion urinaria		4	11%	
Infeccion de herida quirurgica		13	37%	
Total			22	
Total complicaciones			35	100

Fuente de información Expedientes Clínico.

Tabla 9. Distribución entre la histerectomía Vaginal, y el total de complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas que presentaron las pacientes en el Hospital Bertha Calderón Roque en relación a frecuencia y porcentaje.

Variables	Número	%
Complicaciones transquirúrgicas	2	20%
Complicaciones Postquirurgicos	8	80%
Histerectomia Vaginal	10	100%

Fuente de información: Expedientes Clínico.

Tabla 10. Distribución entre la histerectomía Vaginal, y las complicaciones transquirúrgicas que presentaron las pacientes en el Hospital Bertha Calderón Roque en relación a frecuencia y porcentaje.

Variables	Complicaciones Transquirurgicas.	Complicaciones postquirurgicas.	%
Hemorragia	2		20%
Total	2		
Retencion urinaria		2	20%
Dehiscencia y Evisceracion		2	20%
Absceso en cupula vaginal		4	40%
Total		8	
Total complicaciones		10	100%

Fuente de información Expedientes Clínico de las pacientes.

Tabla 11. Distribución entre el tipo de miomatosis uterina y el abordaje quirúrgico en las pacientes en el Hospital Bertha Calderón Roque en relación a frecuencia y porcentaje.

Tipo de miomatosis uterina	TOTAL	Abordaje quirurgico vaginal	%	Abordaje quirurgico abdominal	%
Miomatosis uterina de medianos elementos	17	10	58%	7	42%
Miomatosis uterina de grandes elementos	23	0	0%	23	100%
Miomatosis uterina gigante	5	0	0%	5	100%
Total	45	10	100%	35	100%

Fuente de información Expedientes Clínico de las pacientes.

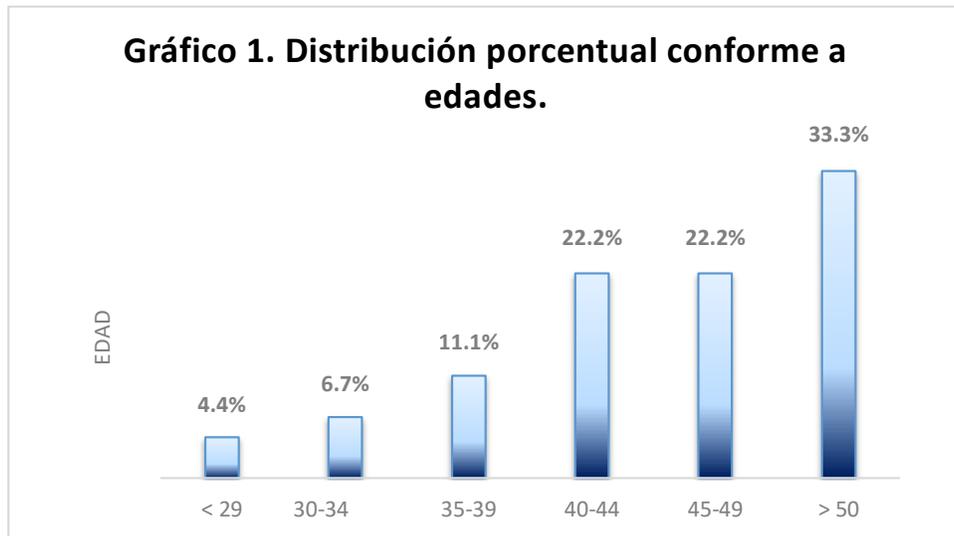
Tabla 11. Distribución entre el tipo de complicaciones presentadas y los antecedentes patológicos personales de cada paciente en el Hospital Bertha Calderón Roque en relación a frecuencia y porcentaje.

Variables	complicaciones transquirurgicas	%	Total de pacientes con patologias	%	Pacientes apararentemente sano	TOTAL
Hemorragia	13	0.86%	8 px HTA	54%	56%	100%
Lesión Gastrointestinal	1	0.08%	1 px DM tipo 2 + HTA	100%	0%	0%
Lesión Vesical	1	0.08%	1 px Obesidad	100%	0%	0%
Total	15	100%	10 pacientes			
Variables	complicaciones postquirurgica	%				
infeccion de vias urinarias	1	0.02%	1 px HTA	100%	0%	100%
Seroma	2	0.04%	2 px DM tipo 2 + HTA	100%	0%	100%
dehiscencia de herida	4	0.08%	2 px obesas	50%	50%	100%
retencion urinaria	6	0.13%	4 px DM TIPO 2 + HTA	66%	44%	100%
infeccionm de herida quirurgica	13	0.28%	3 px Obesas	23%	77%	100%
absceso en cupula vaginal	4	0.08%	2 px DM tipo 2 + HTA	50%	50%	100%
total	45	100%	12 pacientes			

Fuente de información Expedientes Clínico de las pacientes.

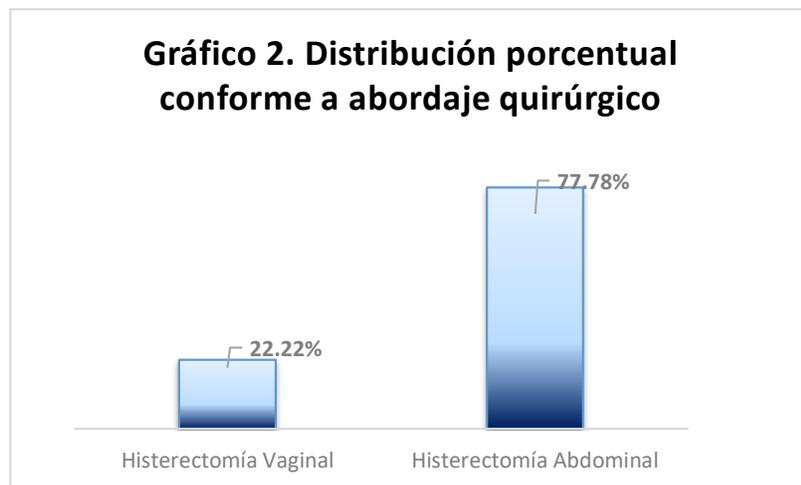
ANEXO 3.

Gráfico 1. Distribución porcentual de acorde a edad, de las pacientes que fueron sometidas a cirugía por miomatosis uterina en el hospital Bertha calderón Roque en el periodo junio-noviembre 2018.



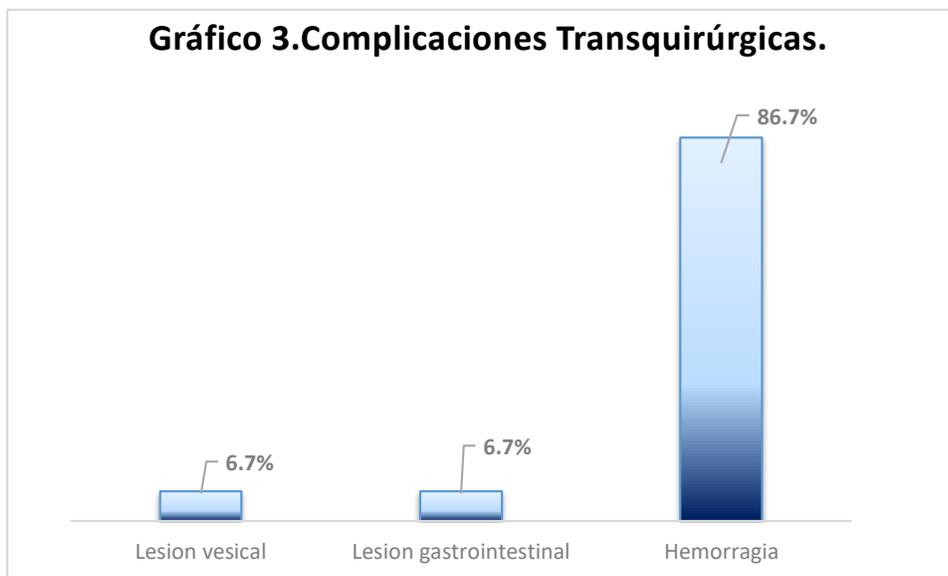
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2. Abordaje quirúrgico empleado en las pacientes con miomatosis uterina en el hospital Bertha calderón roque en el periodo de junio noviembre 2018.



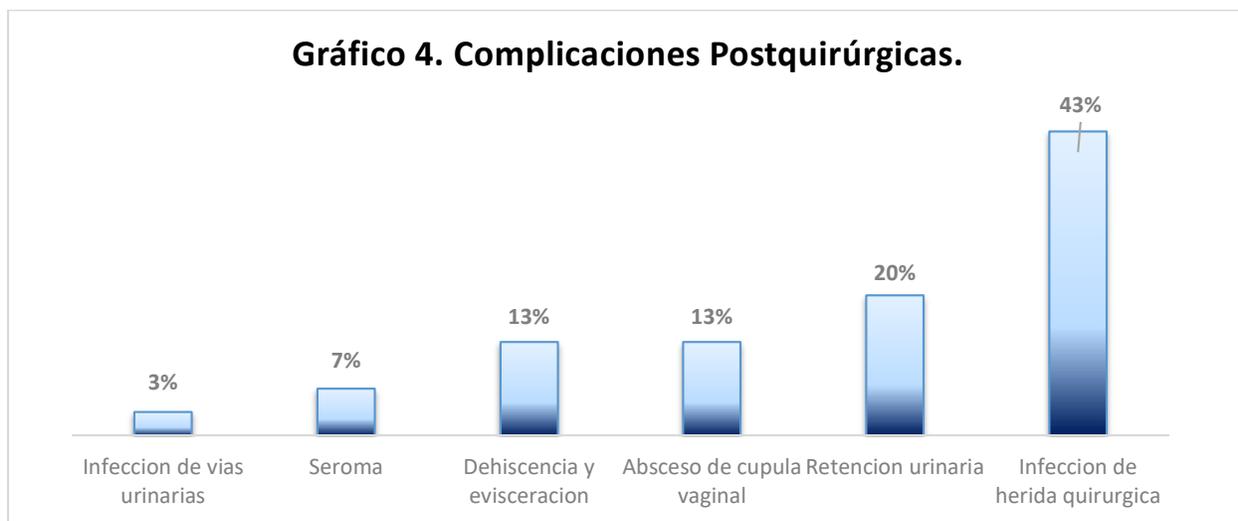
Fuente: Tabla 2.

Gráfico 3. Complicaciones transquirúrgicas que presentaron las pacientes en la cirugía por miomatosis uterina, en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de junio–noviembre 2018.



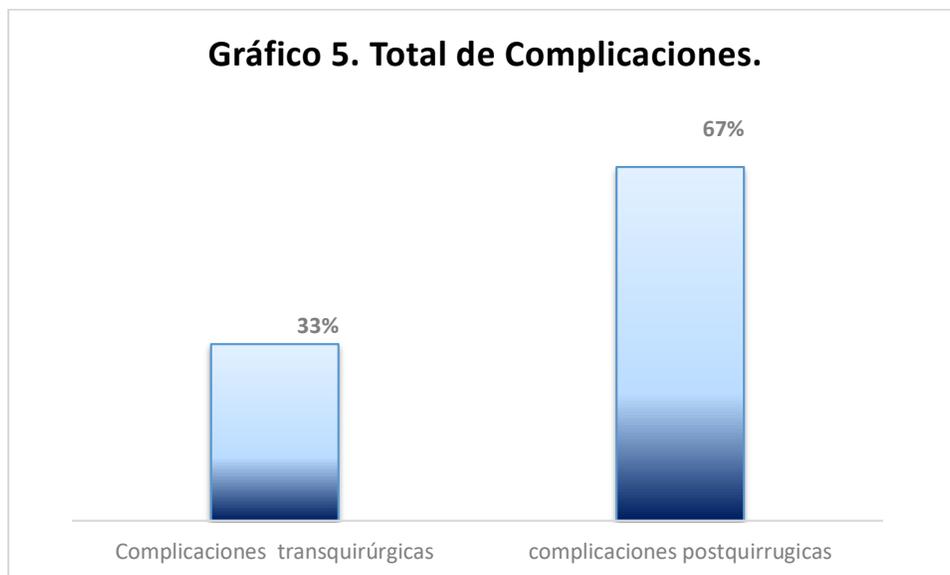
Fuente: Tabla 3.

Gráfico 4. Complicaciones Postquirúrgicas que presentaron las pacientes que fueron sometidas a cirugía por miomatosis uterina, en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de junio– noviembre 2018.



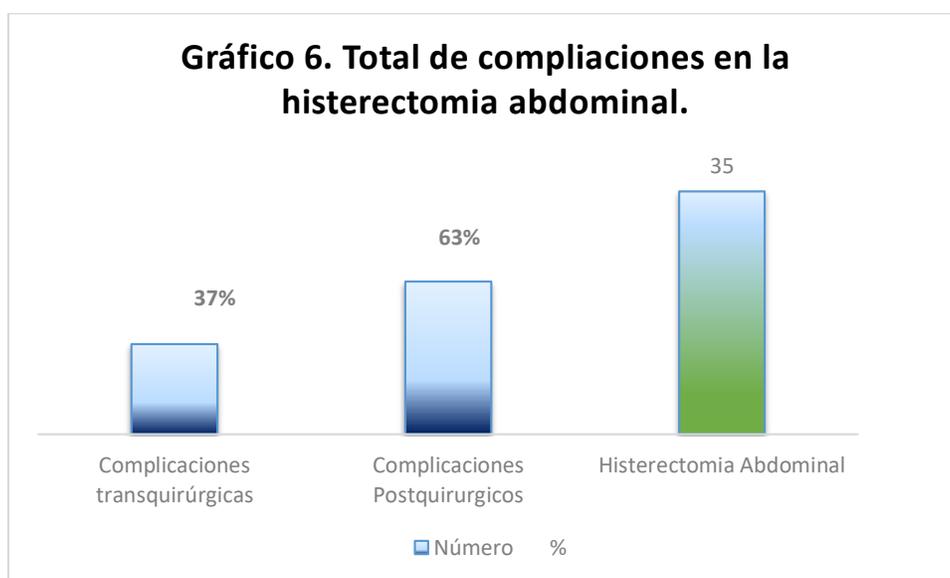
Fuente: Tabla 4

Gráfico 5. Distribución del total de complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas que presentaron las pacientes en la cirugía por miomatosis uterina, en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de junio– noviembre 2018.



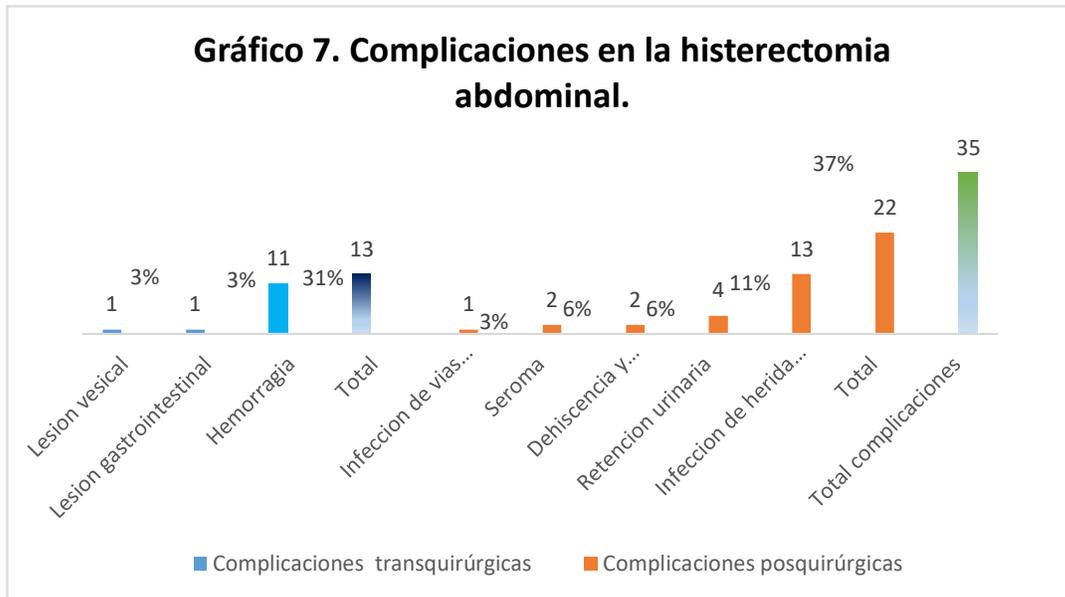
Fuente: Tabla 6.

Gráfico 6. Distribución entre la histerectomía abdominal, y el total de complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas que presentaron las pacientes en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de junio– noviembre 2018.



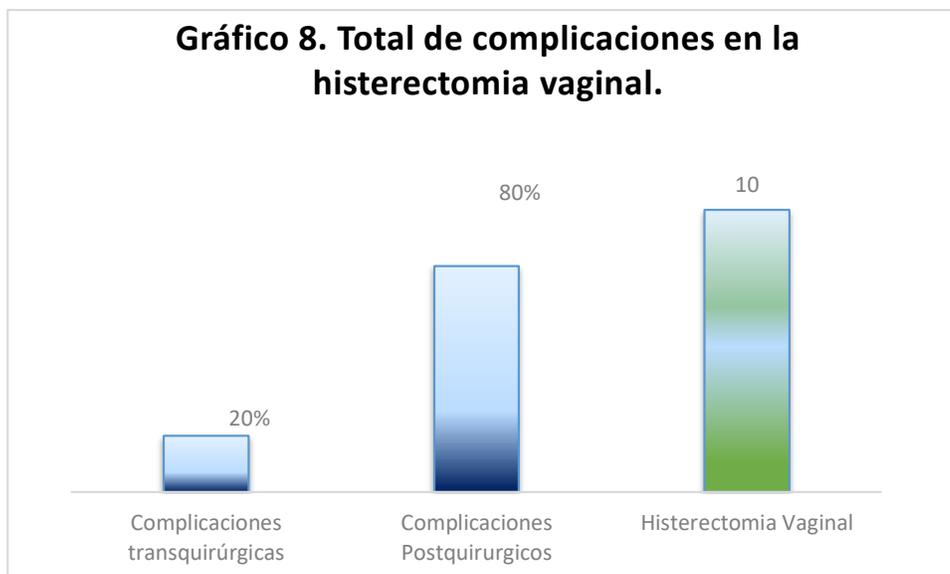
Fuente: Tabla 7.

Gráfico 7. Distribución porcentual entre la histerectomía abdominal, y las complicaciones transquirúrgicos y Postquirúrgicas que presentaron las pacientes en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de junio– noviembre 2018.



Fuente: Tabla 8

Gráfico 8. Distribución entre la histerectomía Vaginal, y el total de complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas que presentaron las pacientes en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de junio– noviembre 2018.



Fuente: Tabla 9.

Gráfico 9. Distribución entre la histerectomía Vaginal, y el total de complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas que presentaron las pacientes en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de junio– noviembre 2018.

