

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
GINECOLÓGICOS REALIZADOS EN LA CLÍNICA CARTAGENA DEL MAR EN EL
AÑO 2017**

**MARIA ALEJANDRA GARCIA MIER
LAUREN MEDRANO ARDILA
OSMARIE OROZCO REEVES
STEFANIA PETRO TORRES
EILYN REDONDO ROCHA**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELÍAS BECHARA ZAINÚM
SECCIONAL CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
PREGRADO IX SEMESTRE
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2018**

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
GINECOLÓGICOS REALIZADOS EN LA CLÍNICA CARTAGENA DEL MAR EN EL
AÑO 2017**

**MARIA ALEJANDRA GARCIA MIER
LAUREN MEDRANO ARDILA
OSMARIE OROZCO REEVES
STEFANIA PETRO TORRES
EILYN REDONDO ROCHA**

**ASESOR DISCIPLINAR
DR. EDGAR FABIAN GOMEZ RHENALS**

**ASESOR DISCIPLINAR
DR. WALTER ANTONIO TORRES VILLA**

**ASESOR METODOLÓGICO
DRA. LUZ MARINA PADILLA MARRUGO**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELÍAS BECHARA ZAINÚM
SECCIONAL CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
PREGRADO IX SEMESTRE
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2018**

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
GINECOLÓGICOS REALIZADOS EN LA CLÍNICA CARTAGENA DEL MAR EN EL
AÑO 2017**

DR. EDGAR FABIAN GOMEZ RHENALS
Asesor Disciplinar

DR. WALTER ANTONIO TORRES VILLA
Asesor Disciplinar

DRA. LUZ MARINA PADILLA MARRUGO
Asesor Metodológico

AGRADECIMIENTOS

Actualmente, que estamos ad portas del internado, casi culminando nuestro más grande sueño; ser médicos, y que como estudiantes de esta bella profesión, muchos sabemos que desde los primeros ciclos “siempre son más las dudas que las certezas”, se hace necesario conocer más a fondo temas con los cuales tenemos que habérmolas durante el ejercicio de nuestra profesión.

Agradecemos, primeramente a Dios pilar de nuestras vidas; a nuestros padres, demás familiares y amigos cercanos, quienes nos apoyaron desde el inicio de este proceso y quienes a sus ojos de amor ven en nuestras victorias un motivo de orgullo.

Igualmente, a nuestros docentes, como es el caso del Dr. Echenique (q.e.p.d.) que infortunadamente no puede presenciar hoy nuestros triunfos, pero nos inculcó bases y amor por la epidemiología, sin las que no podríamos ver en el presente, este proyecto concluido.

A nuestros asesores y evaluadores académicos y metodológicos, como lo son los doctores Luz Marina Padilla, Edgar Gómez y Walter Torres.

A la Universidad del Sinú, nuestra alma mater; a la Clínica Cartagena del Mar y a su personal, como la secretaria Lynaurs, bibliotecarias y demás administrativos por ser facilitadores y mediadores con la universidad.

A todos ellos decimos, alto y fuerte; gracias, sin ustedes no hubiera sido posible dilucidar y consumir, tangiblemente, lo desarrollado en este trabajo de investigación; y sobre todo, con la ayuda necesaria de Dios, y con la disposición nuestra y esfuerzo, este proyecto de grado fue aprobado.

CONTENIDO

Resumen.....	8
Abstract.....	9
1. Problema.....	10
1.1 Planteamiento del problema	
1.2 Formulación del problema	
1.3 Delimitación del problema	
2. Objetivos.....	12
2.1. Objetivo general	
2.2. Objetivos específicos	
3. Justificación.....	13
4. Marco teórico.....	15
4.1. Antecedentes.....	15
4.2. Marco legal.....	17
4.3. Marco teórico.....	22
5.4. Marco conceptual.....	46
4.5. Hipótesis y sistema de variables.....	48
5. Metodología.....	52
5.1. Tipo de investigación	
5.2. Población y muestra	
5.3. Fuentes de información	
5.4. Técnicas de análisis de resultados	
5.5. Consideraciones éticas	
6. Resultados.....	54
7. Discusión.....	60
8. Conclusiones.....	63
Referencias.....	64
Anexos.....	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Frecuencia de las edades.....	54
Gráfico 2: Frecuencia de meses	55
Gráfico 3: Principales diagnósticos.....	56
Gráfico 4: Procedimientos quirúrgicos ginecológicos.....	57
Gráfico 5: Evolución posquirúrgica.....	58
Gráfico 6: Complicaciones.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Indicaciones de la histerectomía.....	33
Tabla 2: Complicaciones.....	35
Tabla 3: Operacionalizacion de variables.....	50
Tabla 4: Anexo 1.....	70
Tabla 5: Anexo 2.....	70

RESUMEN

Objetivos: Identificar y caracterizar los diferentes procedimientos quirúrgicos ginecológicos realizados en la Clínica Cartagena del Mar durante el año 2017.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo, que incluyo como población de estudio todas las historias clínicas de las mujeres en un rango de 15 a 80 años de edad a quienes se les haya realizado cirugía ginecológica en la Clínica Cartagena del Mar durante el año 2017. Se midieron variables relacionadas con la edad, el diagnóstico, el procedimiento quirúrgico, evaluación posquirúrgica y mortalidad durante o después de la intervención quirúrgica.

Resultados: Se analizaron 75 historias clínicas siendo el promedio de edad entre los 30 a 50 años, donde el porcentaje más alto se mostró en las pacientes con 44 años de edad. En el mes de Junio, se ve reflejado el mayor índice de intervenciones quirúrgicas. El diagnóstico que más motivó a la intervención quirúrgica corresponde a Leiomioma de Útero - sin otra especificación con 32%, seguida de los Tumores de comportamiento incierto o desconocido de ovarios con 11%. Con respecto a los procedimientos quirúrgicos ginecológicos, los más frecuentes corresponden a Histerectomía con 28,3%, Salpingectomía con 11,7% y Legrado uterino ginecológico con 8,3%. La evolución de la mayoría de los pacientes fue satisfactoria y la mortalidad en el año 2017 es nula.

Conclusiones: El 11% de nuestras pacientes sometidas a cirugía ginecológica presentaron complicaciones, donde el motivo de los reingresos por orden de frecuencia fue la secreción por herida quirúrgica (28.3%), seguida de hemorragia uterina anormal (11.7%) y fístula vesicovaginal (8.3%).

Palabras clave: Procedimientos Quirúrgicos Ginecológicos, diagnóstico, complicaciones, mortalidad, histerectomía.

ABSTRACT

Objectives: Identify and characterize the different gynecological surgical procedures performed at the Clinic Cartagena del Mar during 2017. **Methods:** A descriptive observational study was carried out, which included as a study population all the clinical histories of women in a range of 15 to 80 years of age who underwent gynecological surgery at the Clinic Cartagena del Mar during 2017. Variables related to age, diagnosis, surgical procedure, postoperative evaluation and mortality during or after the surgical intervention were measured. **Results:** 75 clinical histories were analyzed, with the average age between 30 and 50 years, where the highest percentage was shown in patients with 44 years of age. In the month of June, the highest rate of surgical interventions is reflected. The diagnosis that most motivated the surgical intervention corresponds to Uterine Leiomyoma - without another specification with 32%, followed by Tumors of uncertain or unknown behavior of ovaries with 11%. With regard to gynecological surgical procedures, the most frequent correspond to Hysterectomy with 28.3%, Salpingectomy with 11.7% and Gynecological uterine curettage with 8.3%. The evolution of the majority of patients was satisfactory and mortality in the year 2017 is zero. **Conclusions:** 11% of our patients undergoing gynecological surgery presented complications, where the reason for re-admissions in order of frequency was secretion by surgical wound (28.3%), followed by abnormal uterine bleeding (11.7%) and vesicovaginal fistula (8.3 %).

Key words: Gynecological Surgical Procedures, diagnosis, complications, mortality, hysterectomy.

1. PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema:

El acto quirúrgico existe como una alternativa terapéutica indispensable en el quehacer médico, salva vidas e incrementa la sobrevivencia de pacientes con patologías degenerativas y crónicas. El número de cirugías irá aumentando en la medida en que las nuevas técnicas de microcirugía vayan facilitando y mejorando los procedimientos. Sin embargo, es indispensable señalar que los riesgos siguen presentes ya que la contaminación de las heridas, las infecciones posquirúrgicas y las complicaciones inherentes a estas intervenciones no dejarán de existir.

Precisamente, el mayor número de procedimientos quirúrgicos se ve reflejado en las mujeres, sobre todo porque del total de los procedimientos la mayoría concentra a la especialidad de gineco obstetricia. Los procedimientos quirúrgicos ginecológicos han tenido un leve ascenso en cuanto a su frecuencia, que a su vez estos implican riesgos y complicaciones que pueden alterar el pronóstico del paciente. Según los estudios efectuados en diferentes instituciones, la tasa de complicaciones asociadas a la cirugía ginecológica varía entre el 0,2 y el 26%, con una tasa de mortalidad inferior al 1%.⁽³⁶⁾ Lamentablemente no se cuenta con datos fidedignos sobre este tipo de problemas y los sistemas de información se están adecuando para integrar cabalmente dicha información.

Por tanto, se hace evidente determinar aspectos involucrados con los procedimientos ginecológicos para así establecer una mejor caracterización de estos, siendo necesario realizar este proyecto e identificar cuál es la causa más frecuente de cirugía ginecológica, los procedimientos quirúrgicos ginecológicos más realizados y sus posibles complicaciones. Además, en la Clínica Cartagena del Mar el sistema de base de datos es algo complejo y sin estructura alguna, no están organizadas según corresponda para cada área y no se sabe con certeza con que frecuencias se practican ciertos procedimientos.

1.2 Formulación del problema:

¿Cuáles son los procedimientos quirúrgicos ginecológicos y con qué frecuencia se han realizado en la Clínica Cartagena del Mar, en el año 2017?

1.3 Delimitación del problema:

Dentro de la estructura interdisciplinar de la medicina se hace imprescindible el manejo quirúrgico de distintas patologías; en el ámbito ginecológico resulta vital identificar cuáles fueron los procedimientos realizados, su frecuencia, la edad de las pacientes y como se relaciona esto con la evolución de los procedimientos o sus complicaciones, con el fin de establecer un perfil epidemiológico sobre los procedimientos quirúrgicos ginecológicos realizados particularmente en la Clínica Cartagena del mar durante el año 2017. Por ello se hace primordial analizar las variables halladas en la caracterización de las distintas intervenciones quirúrgicas ginecológicas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

Identificar y caracterizar los diferentes procedimientos quirúrgicos ginecológicos realizados en la Clínica Cartagena del Mar durante el año 2017.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar el procedimiento quirúrgico que se realizó con mayor frecuencia en la Clínica Cartagena del Mar en el año 2017.
- Determinar el rango de edades de las pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente durante el año 2017.
- Identificar los diferentes diagnósticos que impulsaron al especialista, la realización de la cirugía ginecológica.
- Determinar el comportamiento de las indicaciones de los procedimientos quirúrgicos.
- Establecer la frecuencia de cirugías ginecológicas que se realizaron por mes en la Clínica Cartagena del Mar durante el año 2017.
- Determinar el comportamiento y etiología de las complicaciones postquirúrgicas.
- Determinar la tasa de mortalidad durante y después de la cirugía ginecológica en la Clínica Cartagena del Mar en el año 2017.

3. JUSTIFICACIÓN

El estudio realizado se llevó a cabo en la institución prestadora del servicio de salud (IPS), Clínica Cartagena del Mar S.A., cuyo domicilio es la ciudad de Cartagena (Bolívar). Se focalizó en el trabajo esta IPS, debido a que es nuestro principal centro de práctica, y por el interés que nos suscitó, por prestar los servicio de salud de tercer nivel de atención y de complejidad; además porque posee una zona de Quirófanos, que se encuentran perfectamente equipados, dotados y habilitados para realizar cirugías de alta, mediana y baja complejidad, con lo cual aporta al desarrollo y bienestar social de la comunidad cartagenera.

Este estudio de tipo observacional descriptivo, recoge y analiza unos datos relativos a los procedimientos quirúrgicos ginecológicos realizados durante el año 2017 en la Clínica Cartagena del Mar S.A., en la perspectiva de determinar sus características. Para lograr tal fin el grupo investigador obtuvo información de las bases de datos y de las historias clínicas existentes en la mencionada clínica.

Con la información acopiada se indagó sobre los amplios grupos de procedimientos quirúrgicos ginecológicos más utilizados con mayor frecuencia o que tienen mayor demanda dentro de la población a estudiar, y se analizó cuáles son las comorbilidades y complicaciones; los mayores riesgos que implicaría tener al realizarse cada una de estas intervenciones quirúrgicas; sus beneficios a gran escala y sus desfavorables desventajas. Asimismo se pesquisó sobre las contraindicaciones y la valoración personal de cada paciente, el protocolo según las guías de práctica clínica, el equipo de trabajo (cuerpo médico incluyendo, cirujano, auxiliares, anestesiólogo, instrumentador quirúrgico, médico general, enfermeras) los materiales, y los manejos farmacológicos de profilaxis. Todo ello con el fin de poder caracterizar y clasificar con exactitud cuáles son estos métodos de intervención quirúrgica utilizados con mayor frecuencia en esta entidad de salud.

El grupo considera de fundamental importancia este estudio por dos razones básicas: En primer lugar, hasta la presente en esta IPS no se han realizado estudios similares,

lo que implica que la información no está sistematizada, y por tanto no se tiene un conocimiento específico sobre el comportamiento histórico de la práctica quirúrgica ginecológica en esta Clínica. El conocimiento suministrado por este trabajo se puede convertir en un referente, no solo administrativo sino también científico en la toma de decisiones. En segundo lugar, como médicos en formación se requiere una formación científico-estadística, que nos sirva de referente en el ejercicio de nuestra profesión.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Antecedentes

La primera bibliografía encontrada en relación con nuestro proyecto se trata de una tesis de la universidad militar nueva granada facultad de medicina hospital universitario Clínica San Rafael 2010 el cual fue elaborado por Juan Orlando Blanco Gómez estudiante del programa ginecología y obstetricia, el título de su tesis fue, PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS EN LAS PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL SOMETIDAS A CIRUGÍA CON MALLAS DE POLIPROPILENO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL este consistió en: Describir las principales complicaciones intra y postoperatorias en un grupo de pacientes con prolapso genital Grado II o mayor sometidas a cirugía con mallas de polipropileno, atendidas en el Hospital Universitario Clínica San Rafael durante el período de enero 2009 y agosto 2010. Metodología: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo tipo serie de casos. Se incluyeron 34 pacientes programadas para corrección de prolapso genital con mallas desde Enero 2009 - Agosto 2010. Se tuvieron en cuenta las variables, edad, tipo de cirugía, antecedentes quirúrgicos, cirugías concomitantes, complicaciones intra y postoperatorias Resultados: Edad media 58 años, un IMC en promedio de 27,24 m/t², con estancia hospitalaria 1.7 días, entre otras, y concluyo con que la colocación de malla de polipropileno para pacientes con prolapso genital es segura, se presenta un número de complicaciones similar a lo que reporta la literatura, siendo las más frecuentes en orden de aparición la extrusión de malla, infección sitio operatorio y hematomas y sus pacientes recibieron manejo ambulatorio y no se presentaron complicaciones graves. (1)

Un segundo trabajo Marta González Sobrado (2013) el cual se denomina, “Lista de verificación del proceso quirúrgico una estrategia de seguridad clínica” Se trata de un proyecto factible, apoyado por una investigación tipo investigativa descriptiva en la cual se tomó de muestra diferentes bases de datos, utilizadas en el ámbito de la salud, como lo fueron: Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet, entre otros.

Este estudio demostró la pertinencia de promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de los pacientes entre profesionales y los pacientes y cualquier nivel de atención sanitaria. Además también, busca implantar prácticas seguras en el SNS en relación principalmente con los procesos médico quirúrgicos gineco-obstétrico. (2)

El tercer trabajo que encontramos en referencia con nuestro proyecto, fue el del Dr. Angarita Aguirre Luis Gabriel (2018) el cual se denomina, “Caracterización del uso, indicación, y costos de exámenes preoperatorios en pacientes sometidas a cirugía ginecológica electiva en la Clínica Maternidad Rafael Calvo Cartagena - Colombia 2017 se trató de Caracterizar el uso, indicación, y costos de los exámenes preoperatorios solicitados a pacientes sometidas a cirugía ginecológica electiva en la Clínica Maternidad Rafael Calvo Cartagena-Colombia durante el año 2017. Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, que incluyo como población de estudio todas las historias clínicas de los pacientes a quienes se les haya realizado cirugía ginecológica en la clínica maternidad Rafael Calvo de Cartagena-Colombia durante el año 2017. Se midieron variables sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas, y otras relacionadas con el diagnóstico, el procedimiento quirúrgico y evaluación prequirúrgica, además se determinaron las pruebas de laboratorio utilizadas y su correcta indicación según las guías de referencia, en sus resultados analizaron 969 historias clínicas siendo el promedio para edad fue de 45 años con intervalo entre 39 – 51 años. El grado quirúrgico específico más frecuente corresponde a cirugía mayor con 58,5%, seguido de cirugía menor 26% y cirugía intermedia con 15,5%. Entre otros, y como conclusiones obtuvieron que la evaluación preoperatoria, únicamente en el 17,7% de los pacientes se observó cumplimiento entre la correcta indicación y la solicitud de la prueba, de acuerdo con los exámenes requeridos según la escala de riesgo ASA y el grado quirúrgico, generando sobrecostos al sistema por solicitud no recomendada de Electrocardiograma y Radiografía de Tórax, equivalentes a \$40.821.200 y 60.562.500 respectivamente. (36)

4.2 Marco Legal

- **DECRETO 2423 DE 2006 - ACTUALIZADO 2017 (DECRETO 2423 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 1996).** (3)

CAPÍTULO II.

ARTÍCULO 2: SERVICIO DE URGENCIAS: Es la Unidad que en forma independiente o dentro de una Entidad que preste servicios de salud, cuente con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad, previamente definido por el Ministerio de Salud, para esa Unidad.

CAPITULO III.

**INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS
NOMENCLATURA Y CLASIFICACIÓN SEGUN GRUPO QUIRURGICO**

ARTÍCULO 9: Establézcase para las intervenciones quirúrgicas abdominales, la siguiente nomenclatura y clasificación.

INCISIONES EN PARED ABDOMINAL:

7121 Laparotomía exploradora

7144 Lavado peritoneal postquirúrgico

ARTÍCULO 13: Establézcase para las intervenciones quirúrgicas de Ginecología, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1 OVARIO

- INCISIONES EN OVARIO

11101 Ooforostomía; incluye drenaje de absceso o quiste

RESECCIONES PARCIALES LESIÓN EN OVARIO

11110 Resección cuneiforme de ovario

11111 Resección quiste o tumor de ovario

11112 Resección quiste paraovárico

11113 Resección quiste o tumor de ovario y biopsia contralateral

- RESECCIONES EN OVARIO

11120 Ooforectomía
11121 Salpingooforectomía
- OPERACIONES PLÁSTICAS EN OVARIO
11130 Ooforopexia
11131 Ooforoplastia
11132 Oofororrafia
- OTRAS OPERACIONES EN OVARIO
11140 Liberación adherencias de ovario (ovariolisis con microcirugía)
- 2 TROMPA DE FALOPIO
- RESECCIÓN EN TROMPA DE FALOPIO
11201 Salpingectomía
- INCISIONES Y ANASTOMOSIS EN LA TROMPA DE FALOPIO
11210 Salpingohisterostomía
11211 Salpingooforostomía
11212 Salpingostomía y anastomosis trompa de Falopio (Microcirugía)
11213 Salpingostomía y drenaje trompa de Falopio
- OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA TROMPA DE FALOPIO
11220 Salpingoplastia; incluye uso de dispositivos protésicos
11221 Salpingorrafia
11222 Salpingooforoplastia (operación de Estes)
- INSUFLACIONES EN LA TROMPA DE FALOPIO
11230 Hidrotubación trompa de Falopio
11231 Insuflación trompa de Falopio
- OTRAS OPERACIONES EN LA TROMPA DE FALOPIO
11240 Resección de tumor trompa de Falopio
11241 Resección adherencia trompa de Falopio (salpingolisis con microcirugía)
11242 Sección y/o ligadura de trompa de falopio (Pomeroy)
- 3 LIGAMENTO ANCHO OPERACIONES SOBRE LIGAMENTO ANCHO
11300 Drenaje de absceso o hematoma
11301 Extirpación tumor de ligamento ancho
11302 Histeropexia

- 4 ÚTERO INCISIONES EN EL ÚTERO

11400 Histerotomía total abdominal, por endometritis

11401 Histerotomía

11402 Traquelectomía

- ESCISIONES LESIÓN UTERINA

11410 Miomectomía

11 11411 Extirpación pólipo cuello uterino

11412 Extracción cuerpo extraño intrauterino; incluye dispositivos anticonceptivos

11413 Resección de pólipo endometrial

- OPERACIÓN INTRAUTERINA

11430 Legrado uterino ginecológico (terapéutico o diagnóstico)

- OPERACIONES SOBRE CUELLO UTERINO

11440 Amputación del cérvix

11441 Conización

11442 Cerclaje del istmo (orificio interno cuello)

- OPERACIONES PLÁSTICAS EN ÚTERO O CUELLO UTERINO

11460 Histeroplastia (operación de Strasman)

11461 Histerorrafia

11462 Traqueloplastia

11463 Traquelorrafia

- OTRAS OPERACIONES EN ÚTERO

11470 Histerectomía abdominal (total o subtotal)

11471 Histerectomía abdominal radical

11472 Histerectomía abdominal ampliada

11473 Histerectomía vaginal

11474 Histerectomía vaginal radical

11475 Liberación de adherencias del útero

11476 Exenteración o evisceración pélvica

11477 Extracción de dispositivo perdido extrauterino intraabdominal

11478 Implantación intrauterina de platinas radioactivas

- 5 VAGINA INCISIONES EN VAGINA

11500 Drenaje absceso o hematoma cúpula vaginal
11501 Colpotomía (incisión del fondo de saco de Douglas)
11502 Drenaje vagina
11503 Incisión de septum vaginal
11504 Vaginoperineotomía
- RESECCIONES EN VAGINA
11520 Colpectomía
11521 Colpocleisis
11522 Extirpación del tabique vaginal
11523 Himenectomía
11524 Vaginectomía
11525 Resección tumor benigno de vagina
- OTRAS OPERACIONES EN LA VAGINA Y ANEXOS
11530 Cierre fístula vaginal (por cualquier vía)
- CORRECCIONES QUIRÚRGICAS DE COLPOCELE Y RECTOCELE
11540 Colporrafia anterior; incluye corrección quirúrgica del cistocele y uretrocele I, II y III
11541 Colporrafia anterior y posterior
11542 Colporrafia posterior; incluye corrección quirúrgica de rectocele I, II y III
11543 Operación de Manchester (colporrafia anterior con amputación de cuello)
11545 Uretrocolpopexia vía abdominal o vaginal
11546 Colpopexia; incluye prolapso de cúpula con muñón restante
- OTRAS OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA VAGINA
11550 Construcción vagina artificial
11551 Reconstrucción vagina
- 6 VULVA Y/O PERINÉ
- INCISIONES (NO OBSTÉTRICAS) EN LA VULVA O PERINÉ
11600 Drenaje absceso de episorrafia
11601 Drenaje absceso glándula de Bartholín
11602 Extracción cuerpo extraño periné
11603 Extracción cuerpo extraño vulva
- EXTIRPACIONES DE LESIONES EN LA VULVA Y PERINÉ

11610 Fulguración vulva
11611 Resección glándula de Skene
11612 Resección tumor benigno vulva; incluye tumores de periné, tumores paravaginales.
11613 Limpieza, debridamiento y cierre de dehiscencia de episiorrafia
- ESCISIONES EN GLÁNDULA DE BARTHOLIN
11620 Resección glándula de Bartholín (Bartholinectomía)
11621 Drenaje absceso glándula de Bartholín y marsupialización
- OTRAS ESCISIONES DE LA VULVA Y PERINÉ
11630 Clitoridectomía; incluye amputación parcial
11631 Vulvectomía radical; incluye linfadenectomía extraperitoneal
11632 Vulvectomía simple
11633 Resección de endometrioma perineal
11634 Resección granuloma vulvo-perineal
OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA VULVA Y PERINÉ
11640 Cierre fístula perineal
11641 Corrección desgarraperineal en atención del parto
11642 Corrección desgarraperineal I o II, sin atención del parto

- **CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD, DECIMA REVISIÓN (CIE-10) (4)**

Esta clasificación se empleó para apoyarnos en la búsqueda de los procedimientos ginecológicos encontrado en los siguientes capítulos con sus respectivos códigos.

Capítulo XIV: Enfermedades del aparato genitourinario

(N70-N77) Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos

(N80-N98) Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos.

- **LEY 100 DE 1993 LEY DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA**
(5)

DECRETO 2174 DE NOVIEMBRE 28 DE 1996 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por el cual se organiza el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de seguridad Social en Salud.

- **ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD (PROYECTO) UNIVERSIDAD DEL SINÚ - CLINICA CARTAGENA DEL MAR**

El cual se utilizó para acceder a la base de datos de la clínica, recopilando así la información necesaria para tabular la información obtenidos de los procedimientos quirúrgicos de la clínica Cartagena del mar en el año 2017.

4.3 Marco Teórico

4.3.1 ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

Genitales externos. La vulva está constituida por aquellas partes del aparato genital femenino que son visibles en la región perineal.

- El monte de Venus

Es una prominencia adiposa que está situada por encima de la sínfisis del pubis a partir de la cual se originan dos pliegues longitudinales de piel constituyendo los labios mayores, que rodean a su vez a los labios menores, formados por unos pliegues cutáneos delgados y pigmentados, con abundantes glándulas sebáceas y sudoríparas, que carecen de folículos pilosos. (6)

- Labios Mayores

Los labios mayores son dos grandes pliegues de piel que contienen en su interior tejido adiposo subcutáneo y que se dirigen hacia abajo y hacia atrás desde el monte del pubis. Después de la pubertad, sus superficies externas quedan revestidas de piel pigmentada que contiene glándulas sebáceas y sudoríparas, recubiertas por vello. El orificio entre los labios mayores se llama hendidura vulvar. (6)

- Labios Menores

Los labios menores son dos delicados pliegues de piel que no contienen tejido adiposo subcutáneo ni están cubiertos por vello pero que poseen glándulas sebáceas y sudoríparas. Los labios menores se encuentran entre los labios mayores y rodean el vestíbulo de la vagina. En mujeres jóvenes sin hijos, habitualmente los labios menores están cubiertos por los labios mayores. En mujeres que han tenido hijos, los labios menores pueden protruir a través de los labios mayores. (6)

- Vestíbulo de la Vagina

El vestíbulo de la vagina es el espacio situado entre los labios menores y en él se localizan los orificios de la uretra, de la vagina y de los conductos de salida de las glándulas vestibulares mayores (de Bartolini) que secretan moco durante la excitación sexual, el cual se añade al moco cervical y proporciona lubricación. El orificio uretral externo se localiza 2 - 3 cm por detrás del clítoris e inmediatamente por delante del orificio vaginal. A cada lado del orificio uretral se encuentran los orificios de desembocadura de las glándulas parauretrales (de Skene) que están situadas en las paredes de la uretra, y también secretan moco. El orificio vaginal es mucho más grande que el orificio uretral. El aspecto del orificio vaginal depende del himen, que es una membrana mucosa, delgada y vascularizada, que separa la vagina del vestíbulo, presentando una gran variabilidad respecto a su grosor, forma y tamaño. (6)

- Glándulas genitales auxiliares:

- Las glándulas vestibulares mayores (de Bertolini) son dos y tienen un tamaño de 0.5 cm. Se sitúan a cada lado del vestíbulo de la vagina y tienen unos conductos por donde sale su secreción de moco para lubricar el vestíbulo de la vagina durante la excitación sexual.

- Las glándulas vestibulares menores son pequeñas y están situadas a cada lado del vestíbulo de la vagina y también secretan moco que lubrica los labios y el vestíbulo.

- Las glándulas parauretrales (de Skene) desembocan a cada lado del orificio externo de la uretra. También tienen una secreción mucosa lubricante. (6)

- Clítoris

El clítoris es un pequeño órgano cilíndrico compuesto por tejido eréctil que se agranda al rellenarse con sangre durante la excitación sexual. Tiene 2 - 3 cm. de longitud y está localizado entre los extremos anteriores de los labios menores. Consiste en: dos pilares, dos cuerpos cavernosos y un glande y se mantiene en su lugar por la acción de varios ligamentos. El glande del clítoris es la parte expuesta del mismo y es muy sensitivo igual que sucede con el glande del pene. La porción de los labios menores que rodea al clítoris recibe el nombre de prepucio del clítoris. (6)

- Bulbos del Vestíbulo

Los bulbos del vestíbulo son dos masas alargadas de tejido eréctil de unos 3 cm. de longitud que se encuentran a ambos lados del orificio vaginal. Estos bulbos están conectados con el glande del clítoris por unas venas. Durante la excitación sexual se agrandan, al rellenarse con sangre, y estrechan el orificio vaginal produciendo presión sobre el pene durante el acto sexual. (6)

- Vagina

La vagina es el órgano femenino de la copulación, el lugar por el que sale el líquido menstrual al exterior y el extremo inferior del canal del parto. Se trata de un tubo músculo membranoso que se encuentra por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto. En posición anatómica, la vagina desciende y describe una curva de concavidad anterior. Su pared anterior tiene una longitud de 6 - 8 cm, su pared posterior de 7 - 10 cm y están en contacto entre sí en condiciones normales. Desemboca en el vestíbulo de la vagina, entre los labios menores, por el orificio de la vagina que puede estar cerrado parcialmente por el himen que es un pliegue incompleto de membrana mucosa. La vagina comunica por su parte superior con la cavidad uterina ya que el cuello del útero se proyecta en su interior, quedando rodeado por un fondo de saco vaginal. En esta zona es donde debe quedar colocado el diafragma anticonceptivo. El útero se encuentra casi en ángulo recto con el eje de la vagina. (6)

La pared vaginal tiene 3 capas: una externa o serosa, una intermedia o muscular (de músculo liso) y una interna o mucosa que consta de un epitelio plano estratificado no

queratinizado y tejido conectivo laxo que forma pliegues transversales. La mucosa de la vagina tiene grandes reservas de glucógeno que da lugar a ácidos orgánicos originando un ambiente ácido que dificulta el crecimiento de las bacterias y resulta agresivo para los espermatozoides. Los componentes alcalinos del semen secretados, sobre todo, por las vesículas seminales, elevan el pH del fluido de la vagina que así resulta menos agresivo para los espermatozoides.

Los **genitales internos** están constituidos por el útero, la vagina, los ovarios y las trompas de Falopio, todos ellos relacionados con el resto de las vísceras de la pelvis menor: el colon, la vejiga urinaria y la uretra. (6)

- Útero

El útero es un órgano muscular hueco con forma de pera que constituye parte del camino que siguen los espermatozoides depositados en la vagina hasta alcanzar las trompas de Falopio. Tiene unos 7-8 cm de longitud, 5 - 7 cm de ancho y 2 - 3 cm de espesor ya que sus paredes son gruesas. Su tamaño es mayor después de embarazos recientes y más pequeño cuando los niveles hormonales son bajos como sucede en la menopausia. Está situado entre la vejiga de la orina por delante y el recto por detrás y consiste en dos porciones: los 2/3 superiores constituyen el cuerpo y el 1/3 inferior, el cuello o cérvix que protruye al interior de la parte superior de la vagina y en donde se encuentra el orificio uterino por el que se comunica el interior del útero con la vagina. La porción superior redondeada del cuerpo se llama fondo del útero y a los extremos del mismo o cuernos del útero se unen las trompas de Falopio, cuyas cavidades quedan así comunicadas con el interior del útero. Varios ligamentos mantienen al útero en posición. La pared del cuerpo del útero tiene tres capas:

- una capa externa serosa o perimetrio
- una capa media muscular (constituida por músculo liso) o miometrio
- una capa interna mucosa (con un epitelio simple columnar ciliado) o endometrio, en donde se implanta el huevo fecundado y es la capa uterina que se expulsa, casi en su totalidad, durante la menstruación. (6)

Las células secretoras de la mucosa del cuello uterino producen una secreción llamada moco cervical, mezcla de agua, glucoproteínas, lípidos, enzimas y sales inorgánicas. A lo largo de sus años reproductivos, las mujeres secretan de 20-60 ml de este líquido cada día que es menos viscoso y más alcalino durante el tiempo de la ovulación, favoreciendo así el paso de los espermatozoides a los que aporta nutrientes y protege de los fagocitos y del ambiente hostil de la vagina y del útero. Parece, además, que podría tener un papel 5 en el proceso de capacitación de los espermatozoides. Durante el resto del tiempo, es más viscoso y forma un tapón cervical que impide físicamente el paso de los espermatozoides. (6)

- Trompas de Falopio

Las trompas de Falopio son 2 conductos de 10 - 12 cm. de longitud y 1 cm. de diámetro que se unen a los cuernos del útero por cada lado. Están diseñadas para recibir los ovocitos que salen de los ovarios y en su interior se produce el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y la fecundación. Con propósitos descriptivos, se divide cada trompa en cuatro partes:

- El infundíbulo que es el extremo más externo y en donde se encuentra el orificio abdominal de la trompa, que comunica con la cavidad peritoneal. El infundíbulo presenta numerosos pliegues o fimbrias que atrapan al ovocito cuando se produce la ovulación para llevarlo al orificio abdominal de la trompa e introducirlo en el interior de la misma. Una de las fimbrias está sujeta al ovario correspondiente.
- La ampolla que es la parte más ancha y larga de la trompa y la que recibe al ovocito desde el infundíbulo. Es el lugar en donde tiene lugar la fertilización del ovocito por el espermatozoide
- El istmo que es una porción corta, estrecha y de paredes gruesas. Se une con el cuerno del útero en cada lado
- La porción uterina que es el segmento de la trompa que atraviesa la pared del útero y por donde el ovocito es introducido en el útero.

La pared de las trompas tiene una capa interna o mucosa con un epitelio simple columnar ciliado que ayuda a transportar el ovocito hasta el útero junto a células secretoras que producen nutrientes para el mismo, una capa intermedia de músculo

liso cuyas contracciones peristálticas ayudan también, junto con los cilios de la mucosa, a transportar el ovocito, y una capa externa o serosa. (6)

- Ovarios

Los ovarios son 2 cuerpos ovalados en forma de almendra, de aproximadamente 3 cm de longitud, 1 cm de ancho y 1 cm de espesor. Se localiza uno a cada lado del útero y se mantienen en posición por varios ligamentos como, por ejemplo, el ligamento ancho del útero que forma parte del peritoneo parietal y que se une a los ovarios por un pliegue llamado mesoovario, formado por una capa doble de peritoneo. Los ovarios constituyen las gónadas femeninas y tienen el mismo origen embriológico que los testículos o gónadas masculinas. (6)

En los ovarios se forman los gametos femeninos u óvulos, que pueden ser fecundados por los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio, y se producen y secretan a la sangre una serie de hormonas como la progesterona, los estrógenos, la inhibina y la relaxina. En los ovarios se encuentran los folículos ováricos que contienen los ovocitos en sus distintas fases de desarrollo y las células que nutren a los mismos y que, además, secretan estrógenos a la sangre, a medida que los ovocitos van aumentando de tamaño. El folículo maduro o folículo De Graaf es grande, está lleno de líquido y preparado para romperse y liberar el ovocito que será recogido por el infundíbulo de las trompas de Falopio. A este proceso se le llama ovulación. (6)

Los cuerpos lúteos o cuerpos amarillos son estructuras endocrinas que se desarrollan a partir de los folículos ováricos que han expulsado sus ovocitos u óvulos en la ovulación y producen y secretan a la sangre diversas hormonas como progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina hasta que, si el ovocito no es fecundado, degeneran y son reemplazados por una cicatriz fibrosa. Antes de la pubertad, la superficie del ovario es lisa 6 mientras que después de la pubertad se cubre de cicatrices progresivamente a medida que degeneran los sucesivos cuerpos lúteos. (6)

- Vejiga Urinaria

Tiene forma de tetraedro. Está situada por detrás de la sínfisis del pubis y por delante del útero y de la vagina. Los uréteres llegan a la misma por los dos ángulos

posterolaterales mientras que su ángulo inferior se prolonga a la uretra. Su superficie superior se halla tapizada en toda su extensión por el peritoneo, en contacto con el cuerpo y cuello uterino, formando así el fondo de saco anterior o plica vesicouterina. El espacio de Retzius se sitúa entre el pubis y la vejiga urinaria, cubierto por tejido adiposo extraperitoneal. (6)

- Uréter

El uréter penetra en la pelvis cruzando por delante de la bifurcación de la arteria ilíaca común y alcanza el suelo pélvico siguiendo la pared lateral de la pelvis. A nivel de la espina isquiática se dirige hacia delante y hacia dentro, por debajo del ligamento ancho y entre las arterias uterinas y vaginales, para alcanzar el fórnix vaginal lateral. En este punto se encuentra a 2 cm del cérvix. Después asciende por delante de la vagina hasta alcanzar el trígono vesical, penetrando en la vejiga en sentido oblicuo. (6)

- Periné

El periné se halla limitado hacia delante por el arco púbico, lateralmente por las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacrociáticos mayor y menor. Todo ello hace que tenga una forma romboidal. La línea transversal que une las tuberosidades isquiáticas divide el periné en un triángulo anterior urogenital, donde se encuentra el diafragma urogenital, y un triángulo posterior o anorrectal donde están las fosas isquiorrectales. El periné anterior está formado por tres planos músculo aponeuróticos: un plano profundo, un plano medio y un plano superficial. (6)

- Fijación de las vísceras pélvicas

El útero se fija gracias a numerosas estructuras peritoneales, ligamentosa, fibrosa y fibromusculares. - Los ligamentos redondos son prolongaciones aplanadas que se extienden desde los cuernos uterinos hacia abajo, siguiendo el conducto inguinal, para terminar en los labios mayores. - Los ligamentos anchos parten de la pared pélvica lateral formando dos amplias alas que rodean al útero dividiendo la cavidad pélvica en un compartimento anterior y otro posterior. Su borde superior rodea la trompa de Falopio, continuando bajo el nombre de ligamentos infundibulopélvicos. Por debajo es posible palpar los vasos uterinos y el uréter discurre por su borde inferior. Entre las dos

capas de peritoneo se encuentra tejido adiposo, ovárico, el parametrio, estructuras vestigiales como el epoóforo, el paraoóforo, que a veces se llena de líquido el conducto de Gartner, los vasos uterinos y ováricos, los linfáticos y los nervios. - Los ligamentos úterosacros unen la porción superior del cérvix con las zonas laterales del sacro. - Los ligamentos cardinales o de Mackenrodt están formados por tejido fibroso denso y fibras musculares lisas, extendiéndose desde la cara lateral del istmo uterino a la pared de la pelvis. Constituyen una gruesa capa de tejido conectivo que rodea a los vasos uterinos. Los ligamentos cardinales se unen a la fascia úterovaginal y a la fascia endopélvica vesical. Por detrás, se unen con los ligamentos úterosacros. Todos juntos forman los ligamentos suspensores del útero o retinacula uterino. (7)

4.3.2 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS GINECOLÓGICOS

CISTECTOMÍA DE OVARIO

La cistectomía de ovario es la operación que se realiza para extraer un quiste de un ovario, favoreciendo así el grado de fertilidad de la mujer. Al realizarse por laparoscopia, se cuenta con la ventaja de que la paciente no necesitará demasiados días para recuperarse de la operación y el procedimiento no dejará cicatrices a largo plazo. Durante el proceso, el médico insufla gas en el abdomen, el cual posteriormente puede causar molestias durante uno o dos días. Algunas personas experimentan dolor en el cuello y en los hombros durante algún tiempo después de una laparoscopia, ya que el dióxido de carbono irrita el diafragma. A medida que el gas vaya siendo absorbido, este dolor irá desapareciendo. Si la paciente permanece acostada, puede ayudar a disminuir dicho dolor. (8)

COLPORRAFIA

La colporrafia es un procedimiento quirúrgico para "levantar" la pared anterior o posterior de la vagina y evitar que la vejiga o el recto protruyan. Este es un procedimiento quirúrgico que refuerza la pared vaginal anterior con el fin de reparar un cistocele (hundimiento de la vejiga dentro de la vagina) o un ureterocele (hundimiento

de la uretra dentro de la vagina). Un rectocele (protuberancia del recto dentro de la vagina) se repara reforzando la pared vaginal posterior. (9)

Técnica Quirúrgica:

- Para llevar a cabo la reparación vaginal anterior, se hace una incisión a través de la vagina con el fin de liberar una porción de la pared vaginal anterior (frontal) que está adherida a la base de la vejiga. - El tejido de soporte que está entre la vagina y la vejiga se pliega y se sutura para llevar la vejiga y la uretra a una posición apropiada. Este procedimiento tiene diversas variaciones que pueden ser necesarias sobre la base de la severidad del prolapso (protuberancia o hundimiento). - Este procedimiento se puede realizar utilizando anestesia general o raquídea y es posible que después de éste, a la paciente se le deje puesto un catéter de Foley durante 1 o 2 días. Inmediatamente después de la cirugía, se suministra una dieta líquida, seguida por una dieta regular cuando se recupere la función intestinal normal. Se pueden prescribir reblandecedores de materia fecal y laxantes para evitar el esfuerzo con las deposiciones, ya que esto puede ocasionar tensión sobre la incisión. - Se puede realizar un procedimiento similar en la pared posterior de la vagina para reparar un rectocele. (9)

Indicaciones:

- Este procedimiento se utiliza para reparar el prolapso o hernia de la pared vaginal que se presenta con el ureterocele o el cistocele. Esta cirugía en sí no trata la incontinencia de esfuerzo, se necesita un procedimiento adicional para mujeres que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo junto con un cistocele. - En los casos leves de cistocele el médico puede recomendar que se pruebe inicialmente con ejercicios de los músculos del piso pélvico antes de recurrir al tratamiento quirúrgico. En algunas mujeres, se puede utilizar un pesario (un dispositivo que se coloca en la vagina para contener el prolapso) para evitar la cirugía. (9)

Riesgo de sangrado y lesión de las estructuras circundantes. Entre las posibles complicaciones ocasionadas por la reparación de la pared anterior de la vagina están: infección urinaria, lesión de la vejiga e incapacidad para orinar. Las mujeres tratadas con este procedimiento para un cistocele tienen una excelente posibilidad de que el prolapso sea curado. Este alivio por lo general dura años, pero en algunos casos el

tejido se debilita con el tiempo y pueden ser necesarios otros procedimientos para tratar los síntomas. (9)

Durante varias semanas o hasta meses después de la cirugía, se deben evitar las actividades que ocasionan aumento de la presión abdominal, cómo hacer esfuerzos, estornudar o toser. Se debe evitar cualquier actividad que exija levantamiento de objetos pesados o esfuerzo. Es posible que se deban ingerir reblandecedores de materia fecal o laxantes suaves para evitar el estreñimiento y el esfuerzo con las deposiciones. Además, el médico puede recomendar evitar las relaciones sexuales hasta cuando las incisiones hayan cicatrizado. (9)

CONIZACIÓN

Se extrae del cuello uterino un pedazo de tejido en forma de cono. Este procedimiento se hace utilizando un bisturí quirúrgico o bisturí láser (biopsia de cono con bisturí frío) o utilizando un alambre delgado calentado mediante electricidad (procedimiento electroquirúrgico, LEEP o LEETZ). Después del procedimiento, el tejido extirpado (el cono) se examina con un microscopio. Si los márgenes (bordes más externos) del cono contienen células cancerosas (o pre cáncer), lo que se conoce como márgenes positivos, es posible que algo de cáncer (o pre cáncer) haya quedado de modo que se necesita tratamiento adicional. Una biopsia de cono se puede usar para diagnosticar el cáncer antes del tratamiento adicional con cirugía o radiación. También se puede usar como el único tratamiento en las mujeres con cáncer en etapa temprana (etapa IA1) que quieren preservar su capacidad para tener hijos (fertilidad). (10)

OMENTECTOMÍA

Debido a que el diámetro de un tumor residual se correlaciona estrechamente con pronóstico en cáncer de ovario epitelial avanzado en estadios III-IV, los cirujanos pretenden realizar una operación completa que no deje ningún tumor residual grueso. La metástasis omental se produce en 70 a 80% de los casos de cáncer de ovario avanzado y la omentectomía es considerada como un procedimiento requerido para lograr una completa operación en las etapas avanzadas. Sin embargo, la pauta de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia recomienda la omentectomía en la primera operación con el propósito de estadificación razonable aunque se especule

el estadio clínico I, y la omentectomía es reconocida como uno de los procedimientos estándar para cáncer de ovarios. (11)

El omento es un órgano peritoneal que cuelga por debajo de la mayor curvatura del estómago al frente del colon transversal. El omento es delgado y translúcido en la etapa temprana de desarrollo, pero poco a poco se convierte en amarillo-marrón porque el tejido adiposo, los linfocitos y las células plasmáticas se acumulan hacia los vasos sanguíneos que se ejecutan en el tejido conectivo membranoso. El omento envuelve la fuente de inflamación y la previene extendiéndose por toda la cavidad peritoneal. Se ha demostrado que la resección del omento en roedores da como resultado el colapso de la protección contra la inflamación intraperitoneal. Además, se sugiere el omento para tener una función protectora contra adhesiones peritoneales fibrosas. Por lo tanto, el omento juega un papel importante en el mecanismo de defensa inmunológica del organismo. (11)

Además, el omento contiene una gran cantidad de llamadas puntos lácteos, que son ricos en macrófagos y linfocitos, y se dice que las células inmunes omentales, como los macrófagos y los linfocitos, tienen una función de ataque citotóxico y captura de células tumorales en la cavidad peritoneal. La Omentectomía puede ser obligatoria para evaluar el estadio clínico en la actualidad, pero los resultados del presente estudio revelaron por primera vez que la omentectomía en una etapa temprana afecta adversamente el pronóstico. (11)

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

La histerectomía es la operación más realizada por el ginecólogo y el segundo procedimiento quirúrgico mayor más común en los Estados Unidos después de la cesárea. En nuestro medio la histerectomía sigue siendo la cirugía ginecológica más frecuente, a pesar de haber descendido casi a un tercio tras el advenimiento de la histeroscopia. (12)

- Incidencia

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico muy común. En los Estados Unidos se realizan más de 500.000 histerectomías por año y se estima que a 1/3 de las mujeres de ese país se les había extirpado el útero antes de llegar a los 65 años. Los costes

anuales relacionados a la histerectomía exceden los 5.000.000.000 de dólares en ese país. En nuestro hospital en el año 2009, se realizaron 279 histerectomías, 68% abdominales, 25% vaginales, 9% asistidas por laparoscopia. Los balones térmicos intrauterinos, las microondas y el instrumental eléctrico son muy efectivos para los procedimientos ambulatorios de ablación endometrial como alternativa a la histerectomía para el sangrado uterino sintomático. Los leiomiomas actualmente pueden tratarse a través de histeroscopia y también con una embolización transcáter de las arterias uterinas. Además el ginecólogo actual puede elegir entre varias técnicas distintas para realizar una operación. Aunque la histerectomía abdominal sigue siendo el abordaje más empleado, ha habido un incremento de histerectomía vaginal tanto como de laparoscopia. (12)

- Indicaciones de la histerectomía

Tabla 1. Indicaciones de la histerectomía

ENFERMEDAD BENIGNA	ENFERMEDAD MALIGNA
Sangrado anormal	Neoplasia cervical intraepitelial
Leiomioma / Adenomiosis	Cáncer cervical invasor
Endometriosis	Hiperplasia endometrial atípica
Prolapso de órganos pelvianos	Cáncer de endometrio
Enfermedad pelviana inflamatoria	Cáncer de ovario
Dolor pelviano crónico	Cáncer de las trompas de Falopio
Trastornos relacionados con el embarazo	Tumores gestacionales trofoblásticos

Como ya se vio, actualmente hay una variedad de técnicas o tratamiento quirúrgicos y no quirúrgicos para manejar muchos de los síntomas o trastornos que en el pasado se trataban con la histerectomía. (12)

Los Leiomiomas uterinos siguen siendo la indicación más común de la histerectomía. En un estudio de más de 2.000.000 de histerectomías realizadas en Estados Unidos en la década de los años 1990, Farquhar y Steiner informaron por leiomiomas (40%), cáncer (12.6%), sangrado anormal (9.5%), enfermedad pelviana inflamatoria (3.7%), prolapso uterino (3%). En contraste el prolapso fue la indicación del 44% de las histerectomías vaginales, y los miomas solo 17% en este caso. En su estudio la vía abdominal fue elegida en el 63% de todas las histerectomías en los EE.UU en 1997,

mientras que la vía vaginal solo fue elegida el 23% de las veces y la laparoscópica representó el 9.9% del total. (12)

Kovak ha demostrado que la histerectomía vaginal puede realizarse con seguridad y eficacia en la mayoría de las pacientes, para la mayoría de las indicaciones, y muchos otros estudios han demostrado que la morbilidad y los costes en general son más bajos con la histerectomía vaginal comparada con la abdominal. Sin embargo, los miomas grandes, la enfermedad pélvica inflamatoria, el cáncer y la mayoría de las masas anexiales sospechosas aún se abordan mejor por vía abdominal. (12)

- Elección del abordaje

Hoy hay muchos abordajes diferentes para la histerectomía, incluyendo la vía abdominal, transvaginal y laparoscópica. Pueden seleccionarse combinaciones de varias técnicas, como en el caso de la histerectomía vaginal con asistencia laparoscópica. Aunque la histerectomía abdominal sigue siendo la más común en todo el mundo, hay evidencia proveniente de varios estudios aleatorizados y prospectivos que indican que la histerectomía vaginal tiene menos complicaciones, una estadía hospitalaria más corta, una recuperación más rápida y costes más bajos. La vía de abordaje más utilizada para la exploración en la mayoría de las pacientes que tienen una neoplasia ginecológica es la abdominal. Aunque esto indudablemente seguirá siendo verdad; para las pacientes que tengan cáncer de ovario, que a menudo presentan metástasis extensas pelvianas o en el abdomen superior, así como también en aquellas pacientes obesas con Ca de endometrio, cada vez se usa más las técnicas laparoscópicas y las más recientes técnicas de cirugía robótica incluido el cáncer de cérvix. (12)

Otra indicación es el útero grande que no permite un abordaje vaginal seguro, esto obviamente depende mucho de las habilidades y la experiencia del cirujano porque hay varias maniobras que permiten extirpar un útero benigno por vía vaginal. La forma y tamaño del estrecho inferior de la pelvis también son factores clave. Aunque el grado de prolapso no es un factor absoluto, las pacientes que tienen prolapso pequeño o limitado son más difíciles de operar por vía vaginal. Los miomas cervicales o el agrandamiento del cuello uterino por cualquier razón pueden comprometer la

exposición vaginal y hacer más difícil la colocación de las pinzas laterales. Una masa anexial desconocida, la endometriosis pélvica extensa y las adherencias de cirugías previas o infecciones pélvicas también pueden ser indicaciones para un abordaje abdominal a cielo abierto incluida la histerectomía. Una evaluación preoperatoria cuidadosa (que comience con una anamnesis detallada y un buen examen físico y que cuando sea necesario incluya estudio por imágenes como ecografía y/o tomografía computada de pelvis / abdomen), en general permitirá al ginecólogo decidir cuál es el tipo de histerectomía apropiada. Así mismo deben explicarse minuciosamente y analizarse dichas opciones junto con el paciente. (12)

- Complicaciones

Tabla 2. Complicaciones

COMPLICACIONES	ABDOMINAL	VAGINAL	VAGINAL ASISTIDA POR LPS
SANGRADO			
Hemorragia	1-2%	1-5%	1%
Transfusión	2-12%	2-8,3%	1,58%
INFECCIÓN			
Fiebre inexplicable	10-20%	5-8%	2,14%
Sitio operatorio	6,6-24,7%	3,9-10%	0,54%
Herida	4-8%	ND	ND
Pelvis	3,2-10%	3,9-10%	1,27%
Aparato urinario	1,1-2,6%	1,7-5%	0,81%
Neumonía	0,4-2,6%	0,29-2%	0,11%
LESIONES			
Vejiga	1-2%	0,5-1,5%	1%
Intestino	0,1-1%	0,1-0,8%	0,1-1%
Uréter	0,1-0,5%	0,05-0,1%	0,19%
Fístula vesico vaginal	0,1-0,2%	0,1-0,2%	0,22%
Lesiones por los trocares.	-	-	0,5%

Las complicaciones más frecuentes fueron: infecciones, hemorragias y lesiones de los órganos adyacentes. El buen entrenamiento quirúrgico, la apropiada selección de las pacientes, el conocimiento de la anatomía y el buen juicio quirúrgico (habilidades y límites personales) son claves para minimizar las complicaciones. Se han demostrado en forma concluyente que varios factores (por ejemplo el aumento de la edad, las

enfermedades médicas, la obesidad y las neoplasias) se relacionan con un mayor riesgo de complicaciones de la histerectomía. Aunque estas entidades están fuera del control del cirujano se debe hacer todo el esfuerzo posible para que la paciente llegue a la cirugía en el mejor estado que se pueda lograr. (12)

HISTERECTOMÍA VAGINAL

Los primeros intentos de histerectomía vaginal se remontan a la antigüedad, cuando pretendían amputar el cuello uterino en úteros prolapsados. En 1878 se realizó, por Czerny, la primera histerectomía vaginal reglada en útero canceroso. Entre 1880 y 1890 los cirujanos franceses como Doyen, Pean, Segond y Pozzi emplearon técnicas de troceado para el tratamiento por vía vaginal de los miomas. Todas estas técnicas culminaron cuando en 1901 Schauta practicó la primera histerectomía vaginal radical en el cáncer cervical uterino con supervivencia de la paciente. (13)

La idea fundamental que impulsó el desarrollo de la vía vaginal fue la menor morbimortalidad de estas técnicas comparadas con las de la histerectomía abdominal, que hacia el 1890 tenía un 30% de mortalidad, frente al 2% de la vaginal. Con el paso del tiempo y gracias a los progresos en la antisepsia, la anestesia, las transfusiones y los antibióticos, la histerectomía abdominal fue dominando en la mayoría de los países, quedando la histerectomía vaginal relegada a algunas escuelas centroeuropeas y, actualmente, francesas. En los últimos años, la introducción de la laparoscopia ha vuelto a interesar a los ginecólogos en la vía vaginal. Por otra parte, la medicina gestionada y la cirugía de corta estancia han contribuido también al renacer de esta técnica. (13)

Indicaciones

Las indicaciones de histerectomía vaginal pueden ser las mismas que para la histerectomía abdominal. Puede decirse que siempre que exista indicación de histerectomía y no se den las contraindicaciones absolutas, se puede optar por la vía vaginal. En general, la vía vaginal supone un menor trauma quirúrgico para la enferma, con una recuperación y restablecimiento del ritmo intestinal más rápido. En mujeres obesas, ancianas o con úteros atróficos, la vía abdominal ofrece mayores dificultades

quirúrgicas en cuanto a técnica, independientemente de tener mayor morbilidad que la vía vaginal. Las principales indicaciones son:

- Tratamiento del prolapso genital: la indicación más frecuente
- Histerectomía vaginal sin prolapso.
- Fibroma uterino
- Hemorragia uterina anormal
- Adenomiosis
- Neoplasia intraepitelial cervical
- Carcinoma endometrial estadio I: podría ser apropiado el abordaje vaginal en mujeres obesas o con alto riesgo quirúrgico
- Cáncer de cuello uterino sin invasión a parametrios. (13)

- Complicaciones

La frecuencia de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias depende en gran medida de los riesgos relativos de la paciente, como pueden ser la edad avanzada, enfermedades concomitantes (particularmente la diabetes, anemia, trastornos de coagulación, cáncer, inmunodepresión), obesidad. La tasa de complicaciones también depende de la experiencia y cuidado de la cirugía, de si otros procedimientos (sobre todo colpoperineorrafia) están indicados junto a la histerectomía, de si se toman medidas profilácticas (anticoagulantes, antibióticos, terapia respiratoria) y de los cuidados postoperatorios. Las tasas de mortalidad operatoria varían según las series. Se ha calculado que oscila entre el 0.5 y el 1‰. El estudio VALUE publicado en el 2.002 que incluía 37.000 histerectomías, da los siguientes porcentajes de complicaciones totales: 11.8% en las abdominales, 12.3% para las vaginales y 14% en las laparoscópicas. Este mismo estudio separa las complicaciones intraoperatorias de las postoperatorias y concluye que existe una mayor frecuencia de complicaciones operatorias en la laparoscopia (urinarias y vasculares) y un ligero aumento de la frecuencia de complicaciones postoperatorias en las vaginales (sobre todo infecciosas en relación con las perineoplastias). (13)

1. Infecciones: se engloban aquí los distintos cuadros, desde la fiebre sin causa aparente hasta las infecciones urinarias o de la cicatriz. En la mayoría de las estadísticas la morbilidad infecciosa es significativamente menor en las histerectomías vaginales que en las abdominales. La profilaxis antibiótica en pacientes sometidas a histerectomía vaginal reduce los casos de fiebre mórbida e infecciones pélvicas, sobre todo en mujeres premenopáusicas. Las infecciones postoperatorias del tracto urinario se pueden evitar en gran medida con la utilización de sondas urinarias asépticas y la retirada de la misma lo antes posible. (13)

2. Hemorragias: la frecuencia varía entre el 1-10%. Se pierde como término medio de 300-500 ml. Las pacientes más jóvenes tienden a sangrar más que las menopáusicas. La hemorragia intraoperatoria debida a una lesión vascular o aun deslizamiento de una ligadura se puede controlar fácilmente si el vaso sangrante es expuesto con separadores y hay buena luz en el campo, pinzando y ligando el vaso. La frecuencia de sangrado postoperatorio está en torno al 2%. (13)

3. Lesión en órganos vecinos: se deben generalmente a errores en la técnica, fundamentalmente unidos a un mal plano quirúrgico. La frecuencia registrada de lesiones intraoperatorias en vejiga es del 0.3-1%; en uréteres del 0.1-0.5%; y en intestino del 0.03-0.5%. La frecuencia de fístulas vesicovaginales está en torno al 0-0.2%, las utereovaginales entre el 0-0.1% y las rectovaginales del 0-0.06%. En las histerectomías vaginales la mayoría de las lesiones se producen durante la realización de las plastias anteriores y posteriores, y son mucho más raras cuando no se realizan estas técnicas complementarias. Lo grave no es tener una lesión, sino no darse cuenta de la misma. Por ello, si hay sospecha de lesión vesical es necesario recurrir a la instilación vesical de azul de metileno, a la inyección de índigo carmín y cistoscopia si se sospecha lesión ureteral, o a llenar la vagina de suero e hinchar el recto si se sospecha lesión rectal. (13)

4. Neuropatías: el daño de un nervio, particularmente el femoral o peroneal es raro, y se deben al posicionamiento de la paciente en flexión forzada sobre la cadera o a la presión sobre la superficie externa de las pantorrillas por los soportes de la mesa de operaciones. Se resuelven espontáneamente. (13)

5. Otras complicaciones: dispareunia, aparición de tejido de granulación o granuloma en la cúpula vaginal, prolapso de vagina, tromboembolias, íleo paralítico, dehiscencia de la herida, atelectasias, etc. (13)

LAPAROTOMÍA EXPLORADORA

La laparotomía consiste en la apertura de la cavidad abdominal y revisión directa de los órganos abdominales y pélvicos. Según los hallazgos, se decidirá el tipo de intervención, que podrá ser: • Tomas biópsicas. • Extirpación de masas sólidas o quísticas sobre el útero, ovarios, trompas u otro lugar abdomino-pélvico si fuese necesario. • Extirpación de todo el aparato genital (anexo-histerectomía abdominal total). La laparotomía exploradora requiere anestesia, que será valorada y administrada por el servicio de anestesia. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posterior a la intervención con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. (14)

Las complicaciones propias de esta intervención son:

- Hemorragias intra o postoperatorias (con la posible necesidad de transfusión).
- Hematomas (acumulación de sangre coagulada sobre la herida o en la pelvis).
- Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales).
- Descenso o prolapso de la cúpula vaginal si se realizara histerectomía.
- Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.
- Fístulas vesico-vaginales e intestinales (comunicaciones anormales entre vejiga y vagina o intestino y vagina).
- Eventraciones y/o evisceraciones posquirúrgicas. (14)

Si se me realiza una histerectomía hay ausencia de menstruaciones y no es posible conseguir un embarazo. Además, si me llegaran a extirpar los ovarios, es posible que me aparezcan signos y síntomas de menopausia. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar su vida. (14)

OOFORECTOMÍA

La Ooforectomía es un procedimiento quirúrgico que implica el retiro de uno o ambos ovarios de una mujer. De vez en cuando puede también ser referida como ovariectomía, aunque esto sea la más de uso general de la investigación científica sobre retiro quirúrgico del ovario en animales de laboratorio. Aunque la eliminación de los ovarios sea el equivalente biológico a la castración de un varón, este término se utiliza raramente en literatura médica. El retiro completo de ovarios, de oviductos y de claxones uterinos en animales se refiere como castrando en ciencias veterinarias. Esto es de uso frecuente como formulario de la esterilización en animales, aunque esté una práctica importante menos común en seres humanos como formulario del control de la natalidad. (15)

- Análisis Razonado para la Terapia

En la práctica, las razones más comunes de una ooforectomía para ser realizado son: - Para quitar las enfermedades desarrolladas (quistes, malignidad) -Cirugía Profiláctica para reducir riesgo del cáncer ovárico o de pecho -Conjuntamente con una histerectomía. Determinado cuando la cirugía se utiliza como profilaxis contra cáncer ovárico o de pecho, es importante pesar encima de las ventajas posibles de prevenir la enfermedad a los riesgos que la cirugía puede presentar. Generalmente solamente las mujeres que están en un determinado de alto riesgo de ovárico o el cáncer de pecho deben ser considerados para la ooforectomía profiláctica. (15)

Ooforectomía Parcial

También conocido como ovariectomía, esto implica el retiro o la resección de las partes de los ovarios. Este tipo de cirugía es de uso frecuente para los quistes en los ovarios que necesitan ser quitados. Este procedimiento quirúrgico es fertilidad que preserva en

teoría, no obstante es relativamente frecuente para las mujeres que emprenden una ooforectomía parcial para sufrir de incidente ovárico. Los riesgos del largo plazo que se asocian al retiro completo de los ovarios se pronuncian menos en el procedimiento parcial. Como consecuencia, la intención de la mujer de soportar a niños en el futuro debe ser considerada al decidir a si la cirugía es la opción correcta. (15)

Salpingo-Ooforectomía

Cuando se quitan juntos un ovario y el tubo De Falopio, el procedimiento se refiere como salpingo-ooforectomía. Esto puede ocurrir en una cara o en ambos, conocido como salpingo-ooforectomía unilateral o bilateral respectivamente. Mientras Que este procedimiento tiene el potencial de proporcionar a una opción del control de la natalidad en seres humanos, no es de uso general en la práctica, pues el pleito tubárico es el método preferido. Esto implica cegar de los tubos De Falopio para inhibir la ovulación y dejar los ovarios intactos. (15)

- **Ventajas y Riesgos de Cirugía**

Cada mujer tiene un historial médico único y las ventajas y los riesgos más probables de una ooforectomía son diferentes. Para algunas mujeres, las ventajas exceden en peso lejos a los riesgos, por ejemplo cuando hay un quiste malo en los ovarios. Además, para las mujeres con un de alto riesgo del pecho o del cáncer ovárico debido a antecedentes familiares fuertes o si llevan la mutación de gen de alto riesgo de BRCA una ooforectomía puede probar beneficioso. (15)

Sin Embargo, éste no es el caso para todas las mujeres y las características individuales de cada mujer deben ser consideradas antes de que se haga una recomendación. Esto está en gran parte porque hay riesgos serios asociados al retiro de los ovarios. Los riesgos se asocian principalmente a la baja súbita de la mujer de la capacidad de producir las hormonas, el estrógeno y la progesterona femeninos. Esto lanza a la mujer en menopausia quirúrgica, con síntomas más súbitos y más pronunciados. Además, las mujeres sin los ovarios están en un riesgo más alto de la enfermedad cardiovascular, de la osteoporosis y de la mortalidad total. La Ooforectomía es una cirugía que ofrece a algunas mujeres una gran solución para quitar y para prevenir el cáncer del pecho y de los ovarios. Sin Embargo, no todas las

mujeres están en un gran riesgo de estos cánceres y la cirugía innecesaria puede causar más daño que bueno. (15)

SALPINGOCLASIA O LIGADURA TUBARIA

La ligadura de las trompas de Falopio (ligadura tubaria) es un método anticonceptivo de tipo quirúrgico, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de impedir la unión de los gametos (óvulo-espermatozoide). Sirve para evitar el embarazo en forma permanente. Las primeras ligaduras tubáricas en EE.UU. fueron realizadas intracésarea por Samuel Smith Lungren, en 1880, con el objetivo de evitar futuros embarazos de alto riesgo. Recién en 1961, en Japón, Uchida, realiza por primera vez la mini laparotomía para efectuar las LT. (16)

La fibra óptica inventada durante los primeros años de la década del 70, permitió la realización de laparoscopias. Este procedimiento quirúrgico permitió abordar la cavidad abdomino-pelviana a través de una pequeña incisión con anestesia local, reduciendo los riesgos de la anestesia general, el dolor y los tiempos de recuperación post quirúrgica. La laparoscopia facilitó la realización de la ligadura tubaria y en la década del 90, se convirtió en el método anticonceptivo más popular en EE.UU, y según datos de IPPF en el año 2002 era utilizada por 190 millones de parejas. (16)

Más de 100 millones de mujeres en edad fértil han utilizado este procedimiento y se estima que más de 100 millones de mujeres de países en vías de desarrollo la solicitarán en los próximos 20 años. En EE.UU. más de 2 millones de mujeres entre 20 y 49 años realizaron el procedimiento entre 1994 y 1996, un promedio de 684.000 mujeres por año, lo que equivale a una tasa de 11,5 ligadura tubaria cada 1000 mujeres. Aproximadamente la mitad de éstos procedimientos se realizaron en el post parto, durante la internación. (16)

- **Indicaciones**

La indicación de la ligadura tubaria puede deberse a la solicitud de una mujer sana, quien elige libremente este método anticonceptivo luego de una adecuada consejería, o debido a recomendación médica ante situaciones que desaconsejan la posibilidad de procreación, como algunas enfermedades clínicas o psiquiátricas, anomalías genéticas o posibles complicaciones obstétricas. (16)

- Criterios de elegibilidad de la OMS

Según la OMS, no hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la ligadura tubaria como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones. La siguiente clasificación, fue tomada del Manual de Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la OMS, año 2005. (16)

- Técnicas quirúrgicas de oclusión:

- Técnica de Pomeroy

Es la más utilizada dentro de este grupo porque es simple y efectiva. Consiste en ligar la base de una pequeña asa de la trompa cerca de la porción media con suturas reabsorbibles, seccionando luego en la parte superior (salpingectomía parcial). El material de sutura se absorbe rápidamente, reduciendo las posibilidades de inflamación y formación de una fístula que produzca la recanalización tubaria. Este procedimiento destruye aproximadamente 3 a 4cm de trompa, por lo cual, en el caso de tener que efectuar la reversión de la LT, ésta sería más dificultosa. (16)

- Eléctricas (electrocoagulación bipolar)

La electrocoagulación unipolar ha sido reemplazada por la bipolar debido a la severidad de complicaciones como injuria de intestino, piel, o quemaduras en la cara o manos del operador. También se han reportado muertes con la coagulación unipolar. La coagulación Mini-bipolar y sección es excelente. La trompa debe ser ocluída por lo menos a 2 cm de distancia del cuerno uterino ya que si se realiza cercana al cuerno puede causar la formación de una fístula útero peritoneal. (16)

- Mecánicas

Utilizan una banda o anillo de silicona o de goma (anillo de Yoon) o clips (Filshie, Hulka) para sellar las trompas. En algunos países es el método de elección para la ligadura tubaria del intervalo por vía laparoscópica. Si bien son sencillos de colocar, estos métodos no han demostrado ser los más eficaces debido a la posibilidad de desplazamiento. Sin embargo, pueden aumentar las chances de reversibilidad, ya que

sólo una pequeña parte de las trompas es dañada con la utilización de estas técnicas. La principal desventaja de los clips y anillos es el mayor costo en nuestro medio frente a otras técnicas. (16)

- **Complicaciones**

Los índices de complicaciones son muy bajos, de acuerdo con la experiencia del equipo operador (1,2% para la minilaparotomía y laparoscopia y el 4% para la vía vaginal). Posibles Complicaciones inmediatas (muy baja frecuencia):

- Hemorragia superficial
- Dolor en el sitio de la incisión
- Hematoma subcutáneo o infraaponeurótico
- Infección de la herida
- Fiebre postoperatoria
- Lesiones de vejiga o intestino
- Accidentes anestésicos
- Lesiones vasculares leves (lesión del meso intestinal) o severas (lesión de venas o arterias ilíacas, aorta o cava)
- Hemorragias
- Dolor pelviano (luego de colocación de anillos)
- Absceso de cúpula vaginal y lesiones urológicas en la vía de acceso vaginal. (16)

VULVECTOMÍA

El cáncer de vulva a veces requiere tratarse con la extirpación parcial o completa de la vulva. A esta operación se le conoce como vulvectomía. Un vulvectomía parcial extirpa solamente el área afectada junto con un margen de tejido (borde) alrededor del tumor, lo cual es referido como una “extracción clara de margen”. La vulvectomía radical modificada extirpa el área afectada junto con un margen claro alrededor del borde del tejido, y por lo general se incluye la extracción de parte de los ganglios linfáticos en la región de la ingle. Si hay células cancerosas en el clítoris o enseguida de éste, puede que sea necesario que se extirpen también para asegurar la eliminación del cáncer. (17)

La cirugía de mayor alcance se le conoce como vulvectomía radical, la cual se realiza en pocas ocasiones. En este procedimiento, el cirujano extirpa la vulva por completo.

Esto incluye los labios internos y externos, así como el clítoris y a menudo los ganglios linfáticos por donde se drena la linfa desde la vulva. La vagina, el útero y los ovarios permanecen intactos. Los médicos a menudo tratan de no afectar la vulva en lo posible, ya que a menudo no es necesario extraer la vulva completa para obtener un margen claro alrededor del cáncer. Tras la extirpación parcial o completa de la vulva, la mujer a menudo siente malestar al usar pantalones ajustados debido a que la protección que se tenía alrededor de la abertura uretral y vaginal ya no está. El área alrededor de la vagina también lucirá muy diferente. (17)

LEGRADO UTERINO

El legrado o curetaje es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada. Los instrumentos utilizados son las legras o curetas. El término cureta viene del francés curer que a su vez viene del latín curare y significa curar. Hay dos tipos de legrado, el obstétrico y el ginecológico. El legrado ginecológico es el que se realiza a pacientes que no están embarazadas o no tienen patología relacionada directamente con la gestación. (18)

Indicaciones de legrado ginecológico:

- Hemorragia uterina anormal (HUA) o disfuncional (HUD)
- Diagnóstico del sangrado genital post-menopáusico
- Para fechado endometrial (criterios de Noyes)
- Diagnóstico de patología endometrial: Hiperplasia, cáncer, etc.
- Extracción de DIU retenido
- Extracción de pólipos y otras masas endometriales
- Diagnóstico del endometrio en la paciente post-menopáusica cuyo endometrio mide más de 4 mm. (18)

Complicaciones del legrado:

Las complicaciones más probables son la perforación y la infección post-legrado. La perforación uterina puede ocurrir durante las maniobras abortivas o durante la

realización del legrado. La lesión del útero puede estar acompañada de perforación del recto y por lo tanto de peritonitis. La infección post-legrado o endometritis se asocia a la presencia de tejido placentario remanente o a la utilización de elementos no estériles durante el procedimiento. (18)

Complicaciones tardías del legrado:

- Endometritis.
- Dolor pélvico por perforación pequeña inadvertida.
- Amenorrea por lesión de la capa basal del endometrio (Síndrome de Asherman).
- Trastorno de la fertilidad por la misma causa anterior.
- Lesión del cuello por desgarro durante el legrado.
- Incompetencia ístmico-cervical y aborto habitual por dilatación forzada durante el legrado.
- Dolor pélvico de origen psicógeno, asociado al legrado. (18)

4.4 Marco conceptual

- Adenomiosis: Afección caracterizada por la presencia y el crecimiento de tejido endometrial en la pared del útero. (19)
- Colporrafia: Corrección plástica de la pared vaginal en los prolapsos genitales. (20)
- Citoscopia: Técnica exploratoria que permite examinar el interior de la vejiga urinaria. (21)
- Dispareunia: o coitalgia es el coito doloroso tanto en mujeres como en hombres. Abarca desde la irritación vaginal postcoital hasta un profundo dolor o molestia antes, después o durante la unión sexual. (22)
- Endometriosis: Es una enfermedad de la esfera ginecológica común en los años reproductivos, es debida a la localización anómala del tejido que reviste la cara interna del útero llamado endometrio fuera de su normal localización. (23)
- Enfermedad pelviana inflamatoria: Es una infección e inflamación del útero, ovarios y otros órganos reproductivos femeninos. (24)

- Eventración: Hernia incisional en el abdomen que se produce antes de la cicatrización de la piel, de manera que algunas vísceras intrabdominales (sobre todo el intestino delgado) salen al exterior o quedan cubiertas solo por la piel (evisceración cubierta). (25)
- Fibroma uterino Los fibromas uterinos son los tumores no cancerosos más comunes entre las mujeres en edad fértil. Los fibromas son formados por células musculares y otros tejidos que crecen en y alrededor de la pared del útero. (26)
- Granuloma: es una masa más o menos esférica de células inmunes que se forma cuando el sistema inmunológico intenta aislar sustancias extrañas que ha sido incapaz de eliminar. (27)
- Íleo paralítico: Afección por la cual los músculos de los intestinos no permiten que pase la comida; ello tiene como resultado la obstrucción del intestino. La causa del íleo paralítico puede ser una cirugía, inflamación o ciertos medicamentos. (28)
- Miomectomía: Procedimiento quirúrgico efectuado para extirpar fibromas del útero sin afectar al útero, las herramientas quirúrgicas se introducen en el cuerpo a través de pequeñas incisiones en el abdomen o a través de la vagina y el cuello uterino. (29)
- Masa anexial: Masa en el tejido cerca del útero, por lo general en el ovario o la trompa de Falopio. Las masas anexiales incluyen los quistes ováricos, los embarazos ectópicos (tubárico) y los tumores benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos). (30)
- Neoplasia intraepitelial cervical: Se encuentran células anormales en la superficie del cuello uterino. La neoplasia intraepitelial cervical es causada, a menudo, por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) y se encuentra al realizar una biopsia de cuello uterino. La neoplasia intraepitelial cervical no es cáncer, pero se puede volver cancerosa y diseminarse al tejido normal cercano. Se evalúa en una escala de 1 a 3, con base en la apariencia de las células al microscopio y en el grado de compromiso del cuello uterino. (31)
- Leiomiomas: Es la tumoración benigna más frecuente en ginecología. La tumoración es de origen muscular y vascularizada. Frecuentemente se forman

varios tumores que pueden variar en tamaño y situación con respecto al útero: Intramurales. (32)

- Prolapso uterino: El prolapso uterino ocurre cuando los músculos y los ligamentos del suelo pélvico se estiran y se debilitan, por lo que dejan de proporcionar un sostén adecuado para el útero. En consecuencia, el útero se desliza hacia la vagina o sobresale de ella. (33)
- Reanastomosis tubárica: procedimiento quirúrgico que permite volver a unir las partes que fueron cortadas y removidas de una o ambas trompas de Falopio para la fertilidad. (34)
- Tromboembolia: El trombo es un coágulo de sangre que se forma en un vaso sanguíneo y permanece allí. La embolia es un coágulo que se desplaza desde el sitio donde se formó a otro lugar en el cuerpo. (35)

4.5 Hipótesis y sistema de variables

¿Cuáles son los procedimientos quirúrgicos ginecológicos y con qué frecuencia se han realizado en la Clínica Cartagena del Mar, en el año 2017?

Las cirugías ginecológicas que se espera que hayan sido practicadas con mayor frecuencia en la clínica Cartagena del mar durante el año 2017 debido a su gran demanda a nivel nacional son:

- Histerectomía: ya sea vaginal, abdominal y con mayor frecuencia laparoscopia debido a que hay mayores beneficios que desventajas, al ser esta menos invasiva con incisiones de 0.5 a 1 cm dependiendo obviamente de cada caso para la extracción uterina. Por ser la histerectomía el procedimiento quirúrgico que conlleva a la extracción o extirpación del útero es una de las cirugías más frecuentes por las razones de ser la mejor opción al momento de tratar diversos problemas ginecológicos, que incluyen fibromas, endometriosis, prolapso uterino, cáncer ginecológico, sangrado vaginal anormal, dolor pélvico crónico en este caso solo como último recurso.

- Laparoscopia: es una técnica quirúrgica que permite la visualización y exploración de manera endoscópica de la cavidad abdominal a través de la pared abdominal, por ser una de las técnicas preventivas y profilácticas más usadas.

- Miomectomía: es el procedimiento quirúrgico en el que se remueve un mioma (simple) o varios miomas (múltiple) del útero. Los miomas son tumoraciones benignas originadas del músculo uterino y que pueden ser pequeños, medianos o grandes. Los síntomas están relacionados al número de miomas y/o a la localización de estos dentro del útero. Los principales síntomas de los miomas son dolor pélvico ya sea menstrual o no, sangrados irregulares y/o abundantes e infertilidad.

Esta cirugía puede realizarse mediante cirugía tradicional abriendo el abdomen suficientemente para la extracción del o los miomas o mediante técnicas de mínimo acceso como al laparoscopia o histeroscopia.

- Cirugía Laparoscópica para endometriosis: La endometriosis es la aparición de células endometriales o tejido endometrial o ectópico localizado con mayor frecuencia dentro de la pelvis. Esto produce dolor pélvico, dolor menstrual, quistes ováricos, adherencias pélvicas e infertilidad. En varias ocasiones, el único tratamiento que proporciona un mayor beneficio es la cirugía por medio de laparoscopia, la cual se realiza mediante técnicas mínimamente invasivas. Esto beneficia en menos desarrollo de adherencias y un mejor plano de visión operatorio ayudando a que la cirugía puede realizarse con los mejores resultados.

- Reanastomosis tubaria: La reanastomosis tubaria es el procedimiento encaminado a revertir la cirugía de control natal femenina: salpingoplastia. Para esto se requiere que ambos extremos de las trompas se encuentren cortados por la mitad para poder realizar nuevamente la conexión de las trompas, los resultados son buenos y los beneficios a largo plazo.

Debido a que los procedimientos quirúrgicos ginecológicos están enfocados a tratar patologías del sistema reproductor femenino las cuales son uno de los fenómenos por

los que más se consulta en las instalaciones de centros de salud, médicos quirúrgicos en la actualidad.

Tabla 3. Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Indicador	Prueba estadística	Valor final
Edades	Está referida al tiempo de existencia de alguna persona, desde su nacimiento, hasta la actualidad. En este caso entre 15-80 años.	Cualitativa	Razón	Cuantificar de los casos obtenidos en las historias clínicas	Promedio de edad	Cuantos
Procedimientos quirúrgicos ginecológicos	Cirugía en el sistema reproductivo femenino que se realizan mediante operaciones manuales o instrumentales.	Cuantitativa	Ordinal	Identificar los procedimientos quirúrgicos ginecológicos realizados con mayor frecuencia en las historias clínicas.	Proporción	Cuales
Complicaciones de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos	Es aquella eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida.	Cualitativa	Ordinal	Determinar cuáles son las complicaciones quirúrgicas en cada procedimiento y casos.	Proporción	cuales

Mortalidad	Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.	Cuantitativa	Nominal	Medir el porcentaje de cada caso.	Porcentaje	0-100%
Morbilidad	Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.		Nominal	Medir el porcentaje de cada caso	Porcentaje	0-100%
Periodo	Espacio de tiempo durante el cual se realiza una acción o se desarrolla un acontecimiento.	Cuantitativo	Intervalar o numérica	Establecer la frecuencia en promedio por mes durante el periodo a analizar	Proporción	Cuantos

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de Investigación

Estudio de tipo observacional descriptivo.

5.2 Población y Muestra

La población de objeto de estudio corresponde a las mujeres en un rango de 15 a 80 años de edad, que consultaron al servicio de ginecología en el año 2017 a la Clínica Cartagena del Mar y le fueron realizados procedimientos quirúrgicos ginecológicos, la población es directamente y constantemente beneficiada por los procedimientos ginecológicos que se realizan en la clínica. Para este estudio se usó el total de la población que corresponde a 75 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

5.3 Fuentes de información

Se realizó una búsqueda bibliográfica avanzada en ClinicalKey, ScienceDirect, Scopus y Pubmed, para publicaciones en inglés de los últimos 5 años de publicación, utilizando las palabras: “Gynecological surgical procedures” obteniendo en total 124 artículos de revisión. Es importante recalcar que se excluyeron aquellos artículos de obstetricia que aparecieron en el momento de la búsqueda. La búsqueda de antecedentes y del marco legal se realizó en Google Académico.

Y por último, la búsqueda de los procedimientos y los diagnósticos se realizó empleado la codificación de la clasificación única de procedimientos en salud – CUPS y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° - Código CIE10.

5.4 Técnicas de Análisis de resultados

Las técnicas de recolección de datos que utilizamos para este trabajo fue gracias al acceso a la base de datos e historias clínicas suministradas por la Clínica Cartagena del Mar, por medio de un documento en el programa de Excel con cada uno de los egresos del 2017 que sumaron en total 40.495, donde luego hicimos un filtro detallado de los posibles diagnósticos ginecológicos que en total fueron 330 egresos, donde por

último fue necesario acceder a la aplicación para ver cada una de las historias clínicas con diagnósticos enfocados en el área de ginecología para tener conocimiento de cuáles fueron los pacientes a quienes se les ha realizado cirugía ginecológica. Se incluyeron en el estudio las historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años hasta 80 años y se excluyeron las historias clínicas que, al momento de la recolección de la información, no presentaron datos lo suficientemente específicos o concretos, para así evitar sesgos.

El análisis estadístico de la información relacionada con todas las variables como la edad, diagnóstico, procedimientos quirúrgicos ginecológicos, mes de dichos procedimientos, complicaciones y mortalidad obtenidos de las historias clínicas, se organizaron en tablas en el programa de Microsoft Excel 2010 para facilitar y proceder así a la elaboración de las gráficas, donde las variables cualitativas se analizaron mediante cálculo de frecuencias y proporciones.

5.5 Consideraciones Éticas

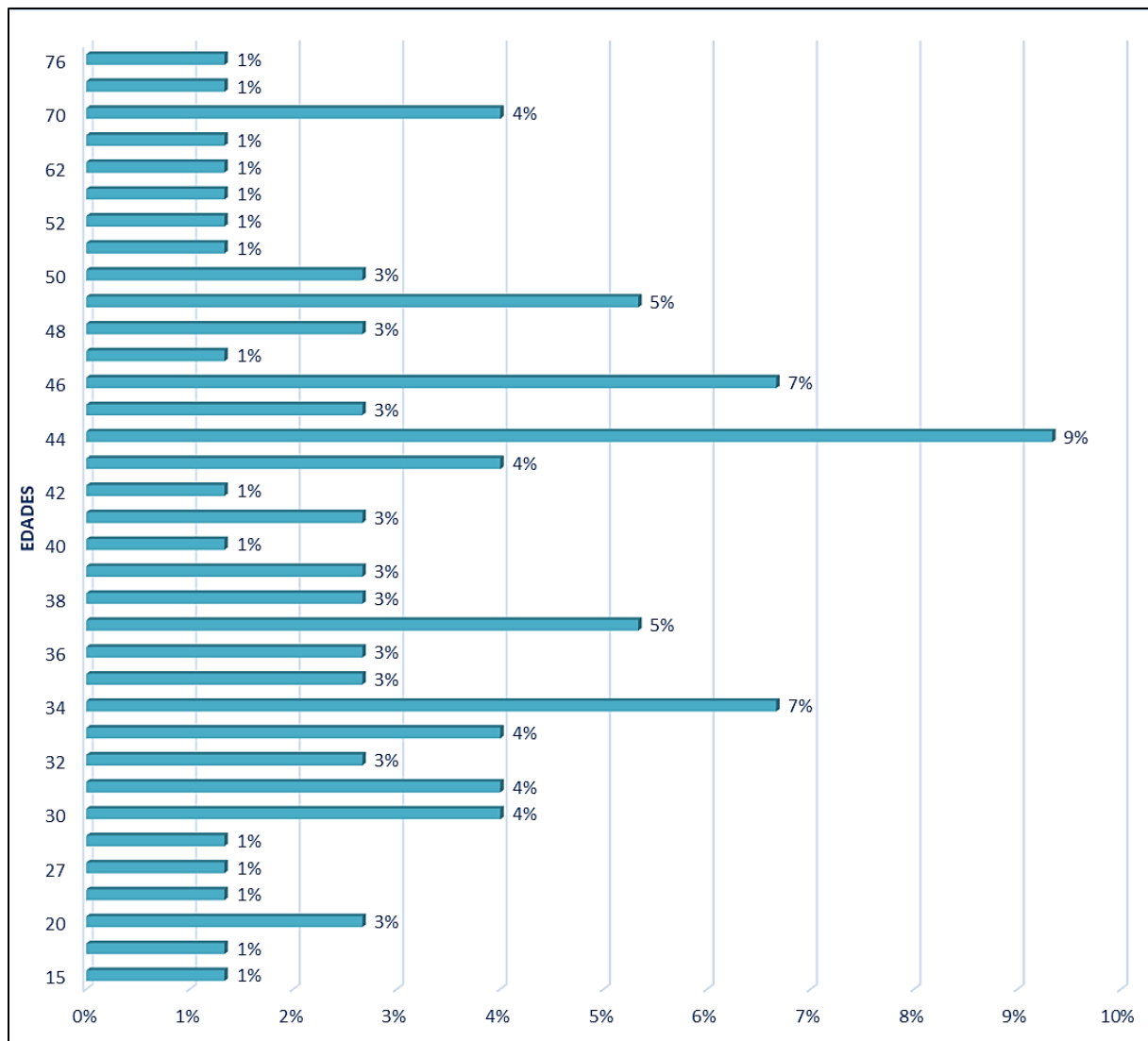
Teniendo en cuenta el Artículo 11 de la Resolución número 8430 de 1993 que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este estudio se clasifica como investigación sin riesgo donde se emplean técnicas y métodos de investigación documental, ya que solo nos centramos en observar las historias clínicas de los pacientes sometidos a cirugía ginecológica durante los años 2017 en la Clínica Cartagena del Mar; por lo tanto, no realizamos ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los sujetos de estudio. En todo momento se ha conservado la confidencialidad y la intimidad de los pacientes cuyas historias clínicas han sido abordadas en el estudio con el objetivo de disminuir el riesgo de ir contra de su integridad.

6. RESULTADOS

Entre el 1 de Enero y 31 de Diciembre del año 2017 se realizó en la Clínica Cartagena del Mar S.A 330 consultas ginecológicas de las cuales 75 (23%) corresponden a cirugía ginecológica electiva. Estas historias clínicas se clasificaron teniendo en cuenta las siguientes variables: edad, mes, diagnóstico, procedimientos, complicaciones y mortalidad.

En cuanto al grupo de pacientes por edades, se encontró lo que se describe a continuación:

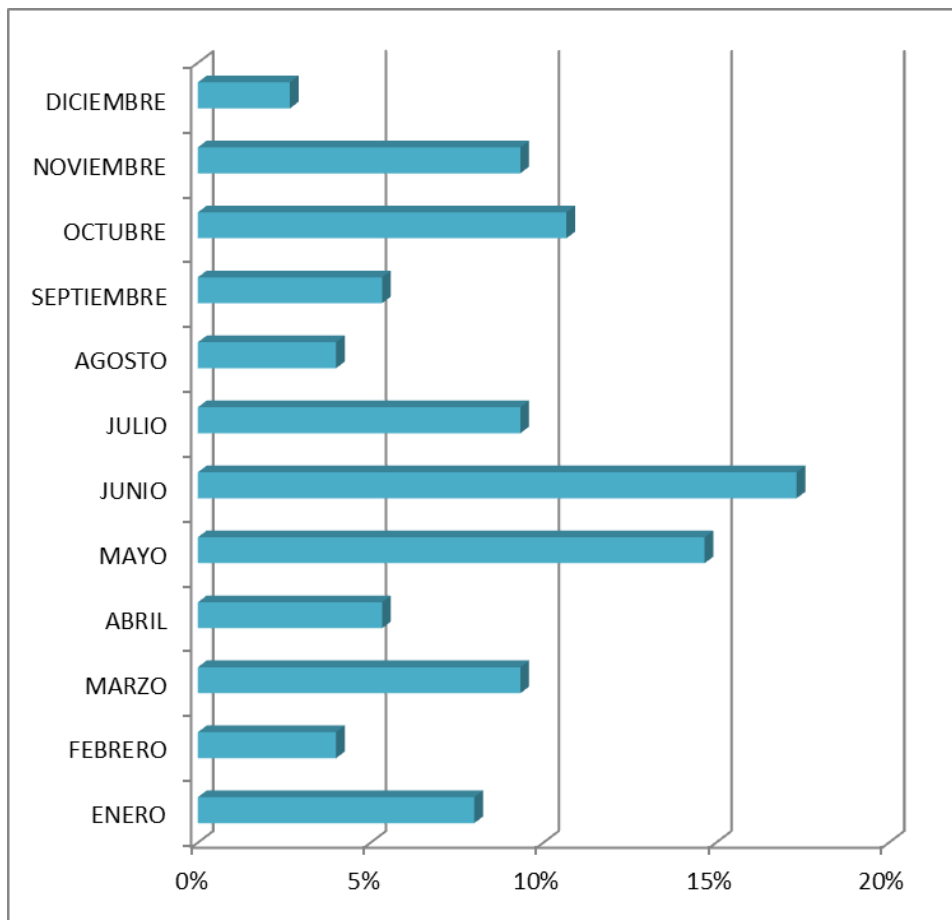
Gráfico 1. Frecuencia de las edades.



En total las edades entre 30 a los 50 años es donde se presentan la mayor prevalencia de intervenciones quirúrgicas. El porcentaje más alto se mostró en las pacientes con 44 años de edad; ocupando el 9% (n=7) del resultado total de pacientes intervenidas, seguidas de las pacientes con edades de 34 y 46 años; las cuales obtuvieron un 7% (n=5) cada uno. Cabe resaltar que en las pacientes en los extremos de la vida también de presento un bajo porcentaje reflejado en el 1%(n=1).

En valores de promedio encontramos que para las distintas edades la media fue 41.5, la mediana 41, moda 44 y el rango 61.

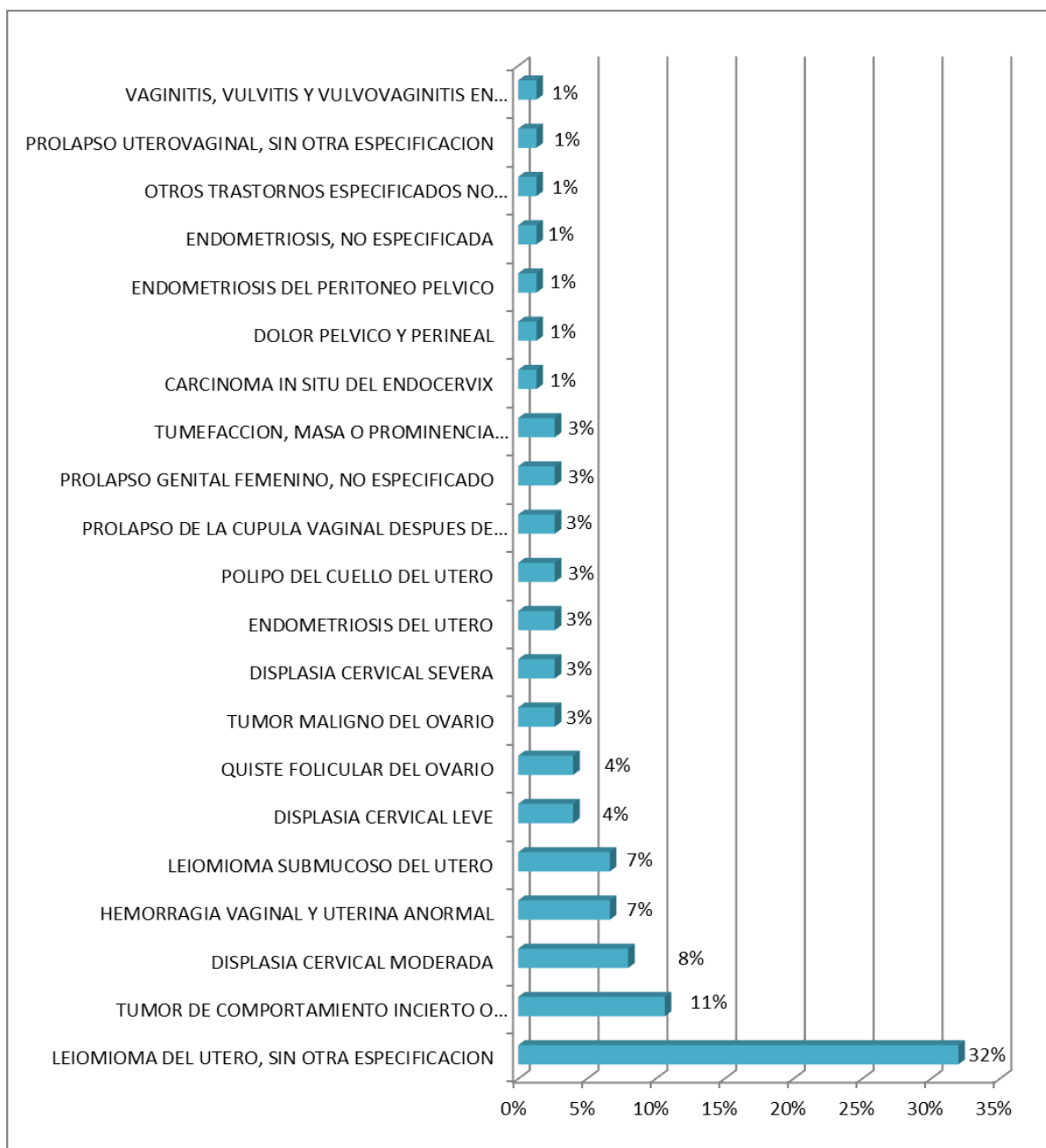
Gráfico 2. Frecuencia de los meses en el que se realizaron procedimientos quirúrgicos ginecológicos.



En la gráfica correspondiente a la variable del mes en que fueron realizados los procedimientos ginecológicos en el año 2017, evidenciamos que en el mes de Junio, se ve reflejado el mayor índice de intervenciones quirúrgicas con 17% (n=13), que

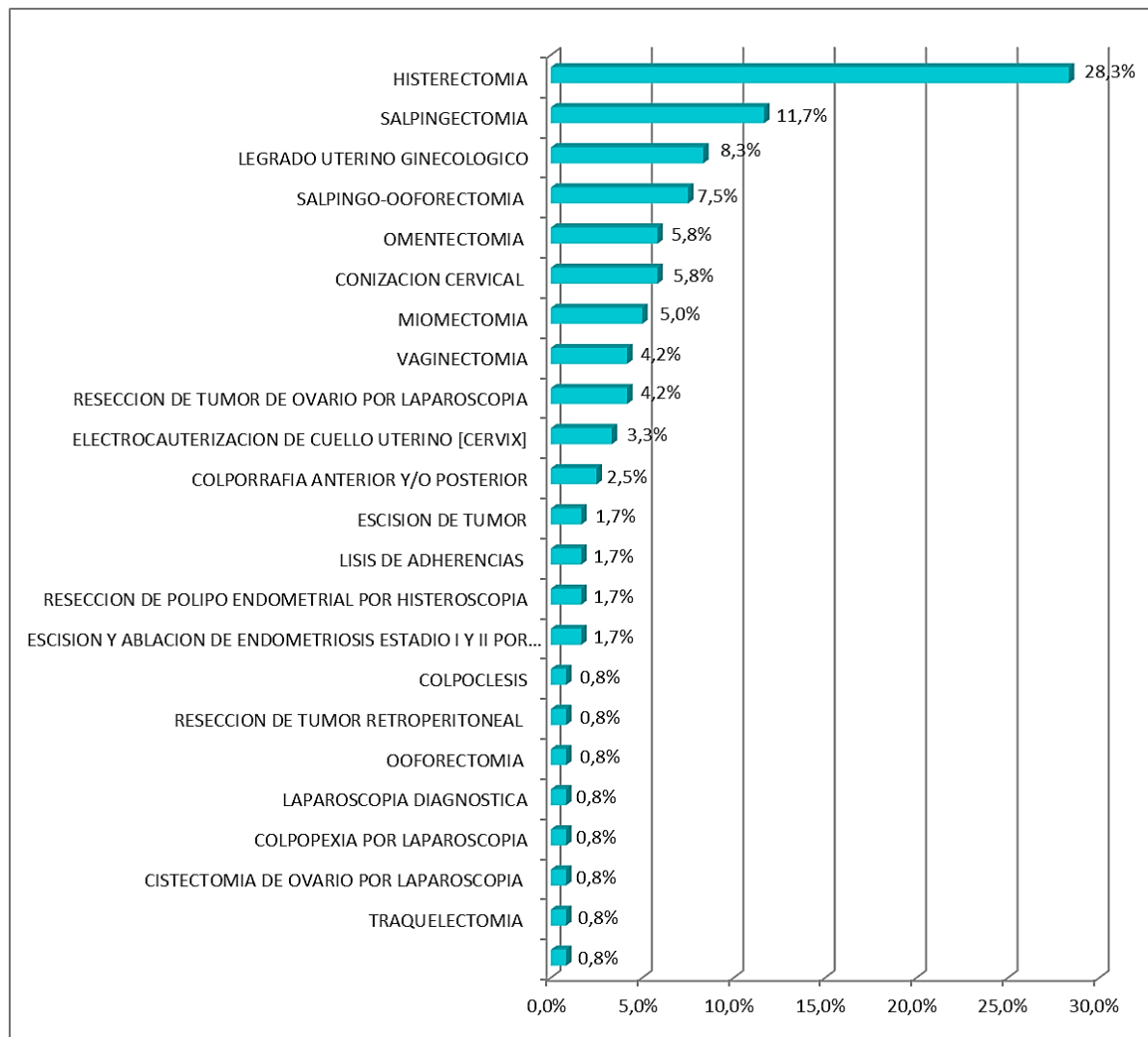
corresponde a 13 pacientes. Seguido por el mes de Mayo con un 15% (n=11) de la población y Octubre con un 11% (n=8) de la población total. En cambio para el mes de Diciembre se intervino únicamente a 3% (n=2) de los pacientes, obteniendo así el índice más bajo de la población total estudiada.

Gráfico 3. Frecuencia de los principales diagnósticos



Con respecto al diagnóstico que motivó la intervención quirúrgica, en la gráfica podemos observar que tuvo mayor frecuencia el Leiomioma de Útero - sin otra especificación con 32% (n=24), seguida de los Tumores de comportamiento incierto o desconocido de ovarios con 11% (n=8), Displasia cervical moderada con 8% (n=6), Leiomioma submucoso del útero con 7% (n=5) y Hemorragia vaginal y uterina anormal con 7% (n=5). En cuanto a los motivos menos frecuentes están: CA in situ de endocérvix, Dolor pélvico y perineal, Endometriosis del peritoneo pélvico, Endometriosis no específica, entre otros; los cuales tuvieron resultados del 1% (n=1) cada uno.

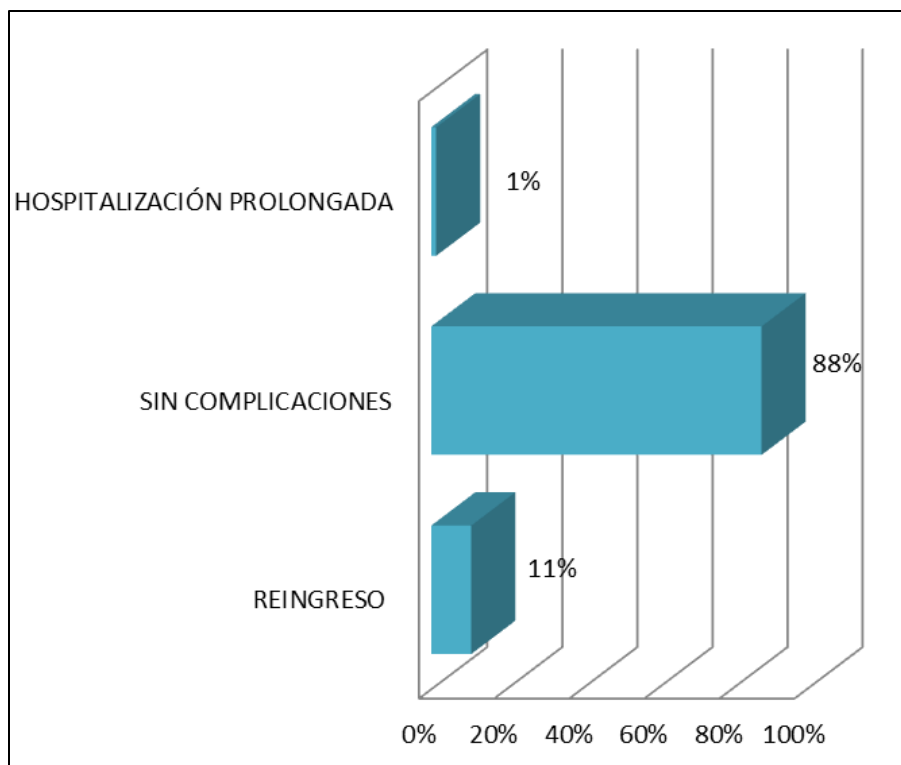
Gráfico 4. Frecuencia de los principales procedimientos quirúrgicos ginecológicos



De 75 pacientes se obtuvieron en total 120 procedimientos quirúrgicos ginecológicos, donde los principales procedimientos quirúrgicos realizados corresponden a Histerectomía con 28,3% (n=34), Salpingectomía con 11,7% (n=14), Legrado uterino ginecológico con 8,3% (n=10), Salpingo-ooforectomía con 7,5% (n=9), Omentectomía y Conización cervical con 5,8% (n=7), Miomectomía con 5% (n=7), Vaginectomía y Resección de tumor de ovario por laparoscopia con 4,2% (n=5) cada procedimiento.

En cuanto a los demás procedimientos que se presentaron en menor frecuencia corresponde a: Electrocauterización de cuello uterino con 3,3% (n=4), Colporrafia anterior y/o posterior con 2,5% (n=3), Escisión de tumores, Lisis de adherencias, Resecciones de pólipo endometrial y la escisiones - ablación de endometriosis estadio I y II ocuparon cada una el 1,7% (n=2) y por último el resto de los 8 procedimientos (Escisión y ablación de endometriosis estadio III y IV, Traquelectomía, Cistectomía de ovario por laparoscopia, Colpopexia por laparoscopia, Laparoscopia diagnostica, Ooforectomía, Resección de tumor retroperitoneal y Colpocleisis) ocuparon cada una el 0,8% (n=1) del total de procedimientos realizados.

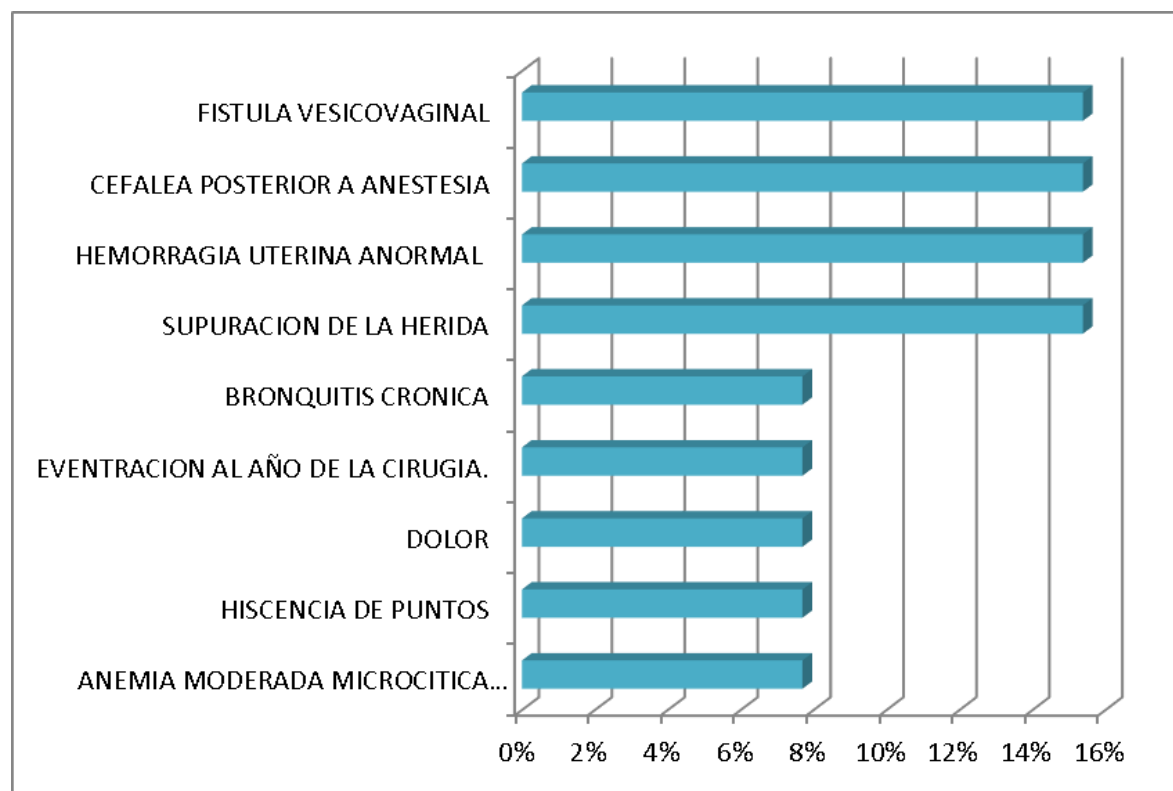
Gráfico 5. Evolución posquirúrgicas



Como se puede observar la evolución de la mayoría de los pacientes fue satisfactoria, donde el 88% de las pacientes no presentaron complicaciones durante y después de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos con una recuperación satisfactoria.

Desafortunadamente se presentaron 8 casos de reingreso que corresponde al 11% (n=8) del total de la población, donde el motivo más frecuente fue secreción por herida quirúrgica, seguida por hemorragia uterina anormal y fistula vesicovaginal. Y por último observamos que solo se presentó un caso de hospitalización prolongada con un 1% (n=1).

Gráfico 6. Complicaciones.



En esta grafica se observa la frecuencia del motivo por el cual reingresaron el 11% de las pacientes sometidas a cirugía. Los motivos más frecuentes por los cuales reingresaron las pacientes fueron la secreción por herida quirúrgica con un 15% (n=2), seguida de hemorragia uterina anormal con un 15% (n=2), cefalea posterior a anestesia con un 15% (n=2) y fístula vesicovaginal 15% (n=2).

Con respecto a la variable de mortalidad en el año 2017, se observa que es nula, pues el porcentaje ponderado para las pacientes que fallecieron después de la realización de procedimientos quirúrgicos ginecológicos es de 0%.

7. DISCUSIÓN

En los procedimientos quirúrgicos ginecológicos, la evaluación preoperatoria es la base fundamental para el manejo de las pacientes, contribuyendo a reducir el riesgo de complicaciones postquirúrgicas. Generalmente la cirugía ginecológica se caracteriza por ser una intervención de riesgo bajo a moderado, donde la paciente es programada con anticipación para la realización de dicho procedimiento, lo que permite evaluar y optimizar los cuidados perioperatorios para poner en la mejor condición posible previa a la cirugía; sin embargo, es imprescindible señalar que los riesgos siguen presentes, ya que la contaminación de las heridas, las infecciones posquirúrgicas y las complicaciones inherentes a estas intervenciones, no dejarán de coexistir.

Según un estudio realizado por E. Recari, L.C. Oroz y J. A. Lara (2009), “la cirugía ginecológica está en constante cambio y por ende algunas de sus complicaciones” (40), ello, en parte por las técnicas de diagnóstico utilizadas, gracias a los avances de la tecnología, y también por el mayor conocimiento que se ha logrado, hasta el momento, en el campo de la ginecología y las técnicas quirúrgicas que hoy se implementan. Al tiempo que esto acontece, en virtud de la mayor precisión para diagnosticar las patologías ginecológicas, se ha notado un leve incremento en los procedimientos quirúrgicos ginecológicos, a la vez que se ha logrado un mejor manejo de los riesgos y complicaciones asociados a las patologías y las técnicas utilizadas. Y es natural que se incremente el número de cirugías, porque al lograrse mayor efectividad en el diagnóstico y en las técnicas e instrumentos, se hace factible la realización de procedimientos quirúrgicos, como la microcirugía, que antes no eran posibles. Tales avances, amén de las complejidades del mundo moderno que tienen impacto en la salud, permiten una mayor intervención en el campo ginecológico.

El presente estudio, centrado en la “caracterización de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos, realizado en la clínica Cartagena del Mar en el año 2017”, sirve como un referente que permitirá conocer, aunque de forma fragmentaria, aspectos relativos a los procedimientos quirúrgicos ginecológicos realizados en la Clínica Cartagena del Mar, la indicación de los procedimientos quirúrgicos y cuáles mostraron la mayor frecuencia, el comportamiento de las complicaciones de los procedimientos quirúrgicos y quiénes tuvieron el mayor índice de mortalidad.

Uno de los datos de importante relevancia fue el concerniente a la variable edad. Se pudo determinar que las pacientes sometidas a procedimientos ginecológicos estaban ubicadas en el período de adulto joven, con edades de 36-46 años, lo que correspondería a un 16% de las pacientes. Este rango es significativamente inferior al registrado en el estudio denominado “Principales complicaciones intra y postoperatorias en las pacientes con prolapso genital sometidas a cirugía con mallas de polipropileno en el hospital universitario Clínica San Rafael”, realizado, en el año 2010 por el estudiante del programa Ginecología y Obstetricia, Juan Orlando Blanco Gómez. En este estudio se estableció una edad promedio de 58 años. Se considera que la disimilitud cronológica se explica por el hecho que la patología que se focalizó en el estudio referenciado fue solo una: el prolapso vaginal, y un solo tipo de cirugía: cirugía con mallas de polipropileno, y, además porque éste, según el estudio, ocurre con mayor frecuencia en edad promedio de 58 años; mientras que el presente estudio incluyó todos los procedimientos quirúrgicos y todas las patologías ginecológicas atendidas en la Clínica Cartagena del Mar en el año 2017.

Con respecto a la variable “diagnóstico que impulsó al especialista a realizar cirugía ginecológica”, se encuentran índices elevados de Leiomioma de útero sin otra especificación, ocupando primer lugar en la lista, con porcentaje de 32% de la población, seguida de tumores de comportamiento incierto o desconocido de ovarios con un 11%, a diferencia de otras patologías como cáncer in situ de endocérvix, dolor pélvico, endometriosis no específica teniendo éstas, cada una, un porcentaje de 1% del total de las pacientes estudiadas. Llama poderosamente la atención que la mayor frecuencia de las cirugías ginecológicas de Leiomioma está acompasado con los estudios de frecuencia de esta patología. A efectos de corroborar lo aquí expresado, es pertinente remitirnos al marco teórico de este trabajo investigativo, donde se referencia un estudio de más de 2.000.000 de hysterectomías efectuadas en Estados Unidos en la década de los años 1990. Según el estudio aludido, de esos 2.000.000, el 40% de hysterectomías se llevaron a cabo por Leiomioma; por cáncer, 12.6%; por sangrado anormal, 9.5%; enfermedad pelviana inflamatoria, 3.7% y prolapso uterino 3%. De ello se infiere que la patología Leiomioma, ocupa el primer lugar en las cirugías

ginecológicas, no sólo en la “Clínica Cartagena del Mar” de Cartagena de Indias (Colombia) sino también en Estados Unidos, y probablemente a nivel mundial.

Por otro lado, se observó que dentro de los principales procedimientos quirúrgicos se encuentra un alto índice de realización de histerectomía con 28.3%, seguido de salpingectomía con 11.7% y, finalmente, legrado uterino ginecológico con 8.3%. Este comportamiento es similar a un estudio realizado en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena en el año 2017, donde se establece la histerectomía como una de las cirugías más frecuentemente realizadas en Cartagena y en el mundo (36). En Estados Unidos se realizan aproximadamente 600.000 histerectomías cada año, siendo superada sólo por la cesárea (39). La frecuencia de esta cirugía varía enormemente según las regiones y culturas consideradas. Las tasas más altas se encuentran en Estados Unidos y Australia, siendo mucho menores en países europeos (36,40).

La evolución de la fase de convalecencia de la mayoría de las pacientes fue favorable, puesto que el 88% de la población total estudiada no presentó ningún tipo de complicación durante y después de la intervención quirúrgica. En relación a la frecuencia de complicaciones de cualquier complejidad, este estudio mostró una frecuencia alta de 11%, comparado con varios estudios realizados en Cali y Bucaramanga, los cuales reportan una frecuencia de complicaciones de 2% y 3,8% respectivamente (37, 41). Afortunadamente la variable de mortalidad es nula, pues el porcentaje ponderado de pacientes fallecidas es de 0% a pesar de que un 11% de la población sufrió complicaciones postquirúrgicas. Es menester mencionar que los motivos más frecuentes de reingresos postquirúrgicos fueron secreción por herida, hemorragia uterina anormal y fístula vesicovaginal.

Como limitación de este estudio se resalta que no fueron incluidas todas las variables consideradas y estimadas como predictores de riesgo para aparición de complicaciones en cirugías ginecológicas, excluyéndose así datos obstétricos, IMC, antecedentes patológicos como anemia, hipertensión, diabetes y antecedentes quirúrgicos; pero aun así se considera que éstas variables no fueron necesarias, ya que no están directamente relacionadas con el objeto de estudio, por lo que deliberamos que no habría ninguna irregularidad que pudiese alterar los resultados de nuestra investigación.

8. CONCLUSIÓN

El 11% de nuestras pacientes sometidas a cirugía ginecológica presentaron complicaciones. El motivo de los reingresos después del procedimiento más frecuentes fueron la secreción por herida quirúrgica (15%), seguida de hemorragia uterina anormal (15%), cefalea posterior a anestesia (15%) y fístula vesicovaginal (15%).

Se concluye que el 100% de la población total estudiada finalmente respondió de forma favorable, incluyendo a ese 11% de la población que se complicó, éstas tuvieron una fase de convalecencia satisfactoria después del manejo instaurado por el especialista al reingreso.

Por lo tanto, se recomienda identificar oportunamente a las pacientes con factores de riesgo e instalar manejo multidisciplinario y disminuir el riesgo de que ocurra alguna complicación transquirúrgica o postquirúrgica.

Dentro de las fortalezas de nuestra investigación es de resaltar que a todas las pacientes se les realizó el seguimiento posoperatorio inmediato y mediato, por lo que no hubo pérdidas de pacientes, lo que se traduce en una tasa de mortalidad nula (0%).

REFERENCIAS

1. Juan BG. Principales complicaciones intra y postoperatorias en las pacientes con prolapso genital sometidas a cirugía con mallas de polipropileno en el hospital universitario Clínica san Rafael. Proyecto final de grado, Universidad militar nueva granada Bogotá Colombia [internet]. 2010 [citado 05 Nov 2018]. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/10279/Blanco%20Juan2010.pdf;jsessionid=A42F28C487AC0E1EF65FAFB28CF7C3E2?sequence=2>
2. Marta GS. Lista de verificación del proceso quirúrgico una estrategia de seguridad clínica. Proyecto final de grado, universidad de Cantabria [internet]. 2013 [citado 05 Nov 2018]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2349/GonzalezSobradoM.pdf?sequence=1.%20Accessed%20November%207,%202017>
3. Constitución política de Colombia, decreto 2423 de 2006 - actualizado 2017 (decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996) [internet]; Capítulo II. Artículo 2, Capítulo III. Artículo 9, 13, 14. [citado 05 Nov 2018]. Disponible en: <https://encolombia.com/derecho/leyes/salud-ley1751/>
4. OMS. Clasificación internacional de enfermedades CIE-10. [internet] 10.ª edición. Guía Internacional: Panamericana; [actualizado 18 Jun 2018; citado 05 Nov 2018]. Disponible en: http://www.svdm.es/svdm/wp-content/uploads/2016/07/OBSTETRICIA_2016.pdf
5. Constitución política de Colombia. Ley 100 De 1993 Ley De Seguridad Social En Salud En Colombia [internet]; 1993 [actualizado 15 Oct 2018; citado 05 Nov 2018]. Disponible en: <https://encolombia.com/derecho/leyes/salud-ley1751/>
6. Julia RP. SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO: ANATOMÍA [Internet]. Infermeravirtual.com. 2017 [citado 9 Nov 2017]. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358606166>
7. Parrondo P, Pérez Medina T, Álvarez Heros J. Fundamentos de Ginecología (SEGO) - ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO [Internet]. We.riseup.net. 2017 [citado 9 Nov 2017]. Disponible en: <https://we.riseup.net/assets/217366/Anatomia+del+aparto+genital+femenino.pdf>
8. Henry RD. Cistectomía de Ovario en Patología Benigna [Internet]. 2017 [citado 9 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.henryrodriguezginecologo.com/cistectomia-de-ovario-en-patologia-benigna/>
9. COLPORRAFIA [Internet]. Scribd. 2017 [citado 7 Nov 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/86041678/COLPORRAFIA>
10. Cirugía para el cáncer de cuello uterino [Internet]. Cancer.org. 2017 [citado 7 Nov 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento/cirugia.html>

11. Yokoyama, Y., Hirakawa, H., Wang, H., & Mizunuma, H. Is omentectomy mandatory in the operation for ovarian cancer? Preliminary results in a rat study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 164(1), 89–92. [Internet]. 2012 [citado 25 Octo 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.05.020>
12. Ortega Torres R. HISTERECTOMÍA ABDOMINAL [Internet]. Hvn.es. 2011 [citado 15 Oct 2017]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_histerectomia_abdominal.pdf
13. Pérez Gómez E. HISTERECTOMÍA VAGINAL [Internet]. Hvn.es. 2012 [citado 9 Nov 2017]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2012/clase2012_histerectomia_vaginal.pdf
14. LAPAROTOMÍA EXPLORADORA [Internet]. Fusat.cl. [citado 9 Nov 2017]. Disponible en: http://www.fusat.cl/consentimiento-informado/ginecologia/LAPAROTOMIA_%20EXPLORADORA.pdf
15. ¿Cuál es Ooforectomía? [Internet]. News-Medical.net. 2015 [citado 9 Nov 2017]. Disponible en: [https://www.news-medical.net/health/What-is-Oophorectomy-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-is-Oophorectomy-(Spanish).aspx)
16. Ligadura Tubaria - Ministerio de Salud de la Nación [Internet]. Msal.gob.ar. 2009 [citado 9 Nov 2017]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/ligadura_tubaria.pdf
17. Cirugía contra el cáncer de vulva (vulvectomía) [Internet]. Staging.cancer.org. 2013 [citado 9 Nov 2017]. Disponible en: <https://staging.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-sobre-la-fertilidad-y-la-sexualidad/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer/vulvectomia.html>
18. Miguel AN. El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos. Guías de manejo, *Revista de los Estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander* [Internet]. 2007 [citado 05 Nov 2018]. Disponible en: <http://files.area-biologia.webnode.es/200000024-a0057a0fdc/LEGRADO%20UTERINO.pdf>
19. J.-P. Lucot. P. Debodinance. N. Coutty y M. Cosson. *TRATADOS EMC Ginecología – Obstetricia*. Paris: Elsevier Masson SAS; 2011
20. Universidad de Navarra Pamplona. *Diccionario MÉDICO*. [internet]. España: CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA; 2015 [citado 05 de Nov 2018]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/colporrafia>
21. Kathleen C. Kobashi MD. FACS. *Campbell-Walsh Urology*. Eleventh Edition. USA: by Elsevier; 2016

22. A. Ferrándiz Santos y M. Sáez Pomares. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. Séptima edición. España: Elsevier, S.L.;2014
23. Samira Asghari. Amir Valizadeh. Leili Aghebati-Maleki. Mohammad Nouri. Mehdi Yousefi. Endometriosis: Perspectiva, luces y sombras de la etiología. Biomedicina y farmacoterapia. [internet] 2018 [citado 05 Nov 2018]; (106): 163-174. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.unisinucartagena.edu.co:2059/#!/content/journal/1-s2.0-S0753332218312332>
24. Jeanne M. Marrazzo y Michael A. Apicella. Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Octava edición. España: Elsevier. S.L.U.;2016
25. Borregón Rivilla. Miguel Martínez-Barroso. Katherin Palomares Morales. Aitana Morán Gallego. Francisco Javier. Eventración abdominal con contenido visceral masivo. Cirugía Española [internet]. 2018 [citado 05 Nov 2018]; (96): 516. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.unisinucartagena.edu.co:2059/#!/content/journal/1-s2.0-S0009739X18300964>
26. Mary Segars Dolan. Cherie Hill y Fidel A. Valea. Ginecología integral. Seventh Edition. USA: Elsevier;2017
27. Eduardo Urbiola M. Pilar Fernández S. Ana Echevoyen S. Elena Almudevar B. Rosa Guarch T. Ana Puras G. GRANULOMA CEROIDE DE CUELLO UTERINO. IV CONGRESO VIRTUAL HISPANO AMERICANO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. [Internet]. 2001 [citado 05 Nov 2018] (25): 6. Disponible en: <https://conganat.uninet.edu/IVCVHAP/POSTER-E/017/>
28. Instituto Nacional del Cáncer NIH. Transformación de Descubrimientos en Salud. Diccionario de cáncer [internet]. EE. UU: de Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud; 14 Agosto 2016 [citado 05 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/ileo-paralitico>
29. N. Ménager. M. Marcelli. P. Crochet. L. Cravello. M. Gamerre. A. Agostini. Miomectomía por laparotomía. EMC - Ginecología-Obstetricia [internet] 2016 [citado 05 Nov 2018]; (52): 1-8 Disponible en: <https://bibliotecavirtual.unisinucartagena.edu.co:2059/#!/content/emc/51-s2.0-S1283081X1677874X>
30. Andrea DC. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO DE MASAS ANEXIALES. OSECAC - Obra Social de Empleados de Comercio. [internet] 2014 [citado 05 Nov 2018]; (31): 1-16. Disponible en: http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-31%20Masas%20Anexiales_v1-14.pdf
31. David E, Cohn MD, Bhuvanewari Ramaswamy MD, MRCP, Beth Christian MD y Kristin Bixel MD. Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice. Eighth Edition. EE.UU: Elsevier; 2018.

32. Toriello Guerra. ¿Qué es el leiomioma uterino? [Internet]. México: Médica Sur; 02 junio 2017 [citado 05 Nov 2018]. Disponible: https://www.medicasur.com.mx/es/ms/ms_muj_leiomioma_del_uterio
33. Cunningham G. Magdonald P. Gant N. Williams Ginecología. 2ª Edición. Argentina: Editorial Medica Panamericana; 1999
34. Juan EM, Benoît R, Erdogan N, Ana María MP. REANASTOMOSIS TUBÁRICA. Revista chilena de obstetricia y ginecología [internet] 2017 [citado 05 Nov 2018]; (71): 104-113. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000200006
35. Mg. Sc. Bustamante Cabrera Gladys. Ticona Segales Yoselin Sylvania. TROMBOSIS - EMBOLIA. PATOLOGÍA. Revista de Actualización Clínica Investiga [internet] 2014 [citado 05 Nov 2018]; (43): 1. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682014000400009&script=sci_arttext
36. Angarita Aguirre Luis Gabriel. Caracterización del uso, indicación, y costos de exámenes preoperatorios en pacientes sometidas a cirugía ginecológica electiva en la Clínica Maternidad Rafael Calvo Cartagena- Colombia 2017. Proyecto final de grado, Universidad de Cartagena [internet]. 2017 [citado 05 Nov 2018] Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/6638/1/2.%20FORMATO%20DE%20INFORME%20FINAL%20ARTICULO%20UDC%20%281%29.pdf>
37. Sierra JI. Factores asociados con la prevalencia de complicaciones en cirugía laparoscópica ginecológica benigna intervenidas por el grupo de cirugía laparoscópica avanzada en ginecología de la Clínica Carlos Ardila Lülle entre Octubre de 2003 y Diciembre de 2008. [Tesis de Especialista]: Universidad Industrial de Santander (UIS); 2009. [citado 15 Nov 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/5924/1/Imprimir%20nataly%20gozalez.pdf7>
38. Bateman BG, Kolp LA, Hoeger K. Complications of laparoscopy—operative and diagnostic. Fertility and sterility. 1996;66(1):30-5. [citado 15 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3015471/>
39. Rock J. Surgery for Anomalies of the Müllerian Ducts in: Rock JA, Thompson JD (red). Te Linde's Operative Gynaecology. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven; 1997 [citado 15 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?term=Te%20Linde%27s%20operative%20gynecology%5BTtitle%5D>
40. Recari E, Oroz LC, Lara JA. Complicaciones de la cirugía ginecológica. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2009; 32:65-79. [citado 15 Nov 2018]. Disponible en: <http://fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6256/5043>

41. Bateman BG, Kolp LA, Hoeger K. Complications of laparoscopy—operative and diagnostic. *Fertility and sterility*. 1996;66(1):30-5. [citado 15 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3015471/>

ANEXOS

- **CRONOGRAMA**

Tabla 4. Anexo 1

Nombre de la actividad	Breve resumen	Fecha aproximada de realización
Búsqueda bibliográfica	Ingreso a bases de datos, revistas científicas y libros para recolección de información	15/septiembre/2017
Pendón	Presentación del póster en la semana científica de la Universidad del Sinú	25/octubre/2017
Recolección de información en la base de datos	Se accederá a la base de datos de la Clínica Cartagena del mar y se buscarán la información pertinente para el proyecto.	03/mayo/2018
Tabulación de datos	Con la información obtenida, se harán gráficas y tablas que nos orienten a hacer un análisis adecuado.	13/julio/2018
Análisis y conclusiones	Ya con los datos tabulados se interpretaran los resultados y se concluirá el estudio.	27/octubre/2018

- **PRESUPUESTO**

Tabla 5. Anexo 2

Actividad	Presupuesto aproximado en COP
Transportes	\$30.000
Pendón	\$50.000
Trabajo Impreso	\$30.000
2 Empastado	\$93.400
2 CD	\$10.000
Autenticado	\$57.000
TOTAL	\$270.400

