

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



INFORME FINAL

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO, EVOLUCIÓN POST QUIRÚRGICA Y
COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE PACIENTES CON
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL ELECTIVA ATENDIDAS EN
CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, EN EL
PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE 2023.**

Autores:

Liliana Judith Hernández Carballo

Millena Alejandra García Ventura

Para optar al título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Asesor de Tesis:

Dra. Gabriela Guadalupe Ramírez Moraga

San Salvador, noviembre de 2024

I. ÍNDICE

I. ÍNDICE	3
III. RESUMEN.....	4
IV. INTRODUCCIÓN	5
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
VI. JUSTIFICACIÓN	7
VII. ANTECEDENTES.....	8
VIII. OBJETIVOS	11
IX. METODOLOGÍA	12
X. MECANISMO DE RESGUARDO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS	14
XI. LIMITANTES.....	15
XIII. ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	16
XIV. .DISCUSIÓN DE RESULTADOS	39
XVI. CONCLUSIONES	41
XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

III. RESUMEN

La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas más comunes, mayormente realizada de manera electiva por miomatosis uterina, entre otras condiciones. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, centrado en mujeres que se sometieron a una histerectomía abdominal electiva en el Hospital Nacional de la Mujer. Se revisaron 216 expedientes clínicos de pacientes seleccionadas aleatoriamente en el periodo de enero a diciembre de 2023.

El perfil de las pacientes mostró que la mayoría eran mujeres entre 37 y 46 años, casadas y residentes en áreas urbanas. El 80% eran multíparas y el 61.6% de las cirugías se realizó debido a miomatosis uterina. La mayoría de las pacientes tuvo una recuperación rápida siendo dadas de alta en tres días o menos, y solo el 19% requirió hospitalización prolongada.

El 28.2% de las pacientes presentó complicaciones, siendo la infección del sitio quirúrgico la más común (11.9%). A pesar de esto, hubo una alta concordancia (87.7%) entre los diagnósticos preoperatorios y los resultados histopatológicos. Además, un 11.5% de las pacientes requirió reingreso por complicaciones, lo que subraya la importancia de fortalecer el control postoperatorio.

Este estudio destaca la eficacia en el manejo postoperatorio de la histerectomía en el Hospital Nacional de la Mujer, aunque también subraya la necesidad de mejorar los protocolos de control de infecciones y el seguimiento de pacientes con factores de riesgo elevados. Los resultados refuerzan la importancia de una evaluación preoperatoria precisa y de estrategias preventivas en complicaciones postquirúrgicas.

IV. INTRODUCCIÓN

La histerectomía es un procedimiento muy común en el que se extirpa quirúrgicamente el útero. Este procedimiento, es una de las cirugías ginecológicas más frecuentes a nivel mundial, de las cuales, gran parte se realiza como cirugía electiva. Las indicaciones pueden ser por patología benigna o maligna, siendo la más frecuente por miomatosis uterina. Sin embargo, como con cualquier procedimiento quirúrgico pueden surgir diversas complicaciones anatómicas (2).

En estudios previos, la mayoría de mujeres, reportan una alta tasa de satisfacción de varios años después de la histerectomía, independientemente del enfoque o la técnica quirúrgica. Los niveles altos de satisfacción se correlacionan con las mejoras en los síntomas, como sangrado uterino anormal o síntomas mecánicos de mioma. Sin embargo, los factores de riesgo para un resultado adverso después de una histerectomía en las medidas informadas por el paciente, rara vez se han informado en la literatura. Parece crucial centrarse en el logro de los objetivos de la cirugía desde la perspectiva del paciente, para obtener una atención médica más centrada en el paciente (4).

Es por eso que el principal tema de investigación se centró en la histerectomía abdominal total y en la forma en que evolucionaron las pacientes sometidas de manera electiva en el Hospital Nacional de la Mujer, dando como resultado que la mayoría presentó buena evolución, donde el porcentaje de complicaciones fue bajo.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital Nacional de la Mujer durante el año 2023 se realizaron alrededor de 7000 cirugías abdominales electivas, siendo el procedimiento quirúrgico ginecológico más frecuente la Histerectomía Abdominal. Las patologías benignas del útero son la indicación más frecuente de este procedimiento. Por ser un procedimiento electivo, se esperó que dichas pacientes evolucionaran de manera satisfactoria.

Las pacientes que sufrieron complicaciones poseían comorbilidades que contribuían a dichas complicaciones, siendo más frecuentes las infecciones de sitio quirúrgico, hemorragia y daño visceral. Por lo que el propósito de esta investigación fue responder la siguiente pregunta:

¿Cuál fue el perfil clínico-epidemiológico, la evolución post quirúrgica y las complicaciones de pacientes con Histerectomía Abdominal Total electiva más frecuentes atendidas en centro quirúrgico del Hospital Nacional de la Mujer?

VI. JUSTIFICACIÓN

El Hospital Nacional de la Mujer es el único hospital de tercer nivel especializado en el área de ginecología del sistema de salud pública, donde anualmente se realizan alrededor de 7000 cirugías electivas, de estas un aproximado de 600 cirugías son histerectomía abdominal total, siendo esta, la cirugía ginecológica más frecuente realizada. Al ser uno de los procedimientos ginecológicos más frecuentes y considerando el potencial de complicaciones que puede conllevar, este estudio proporciona una visión integral sobre el perfil clínico-epidemiológico de las pacientes sometidas a este tipo de cirugía. Asimismo, el análisis de la evolución postoperatoria y de las complicaciones más comunes permitirá establecer estrategias preventivas y mejorar la calidad de la atención que se ofrece a esta población.

Este informe, basado en una revisión detallada de expedientes clínicos, cumple un propósito fundamental al caracterizar los factores de riesgo y las variables clínicas presentes en las pacientes atendidas. Tal información es crítica para la identificación de las áreas donde el hospital puede optimizar los cuidados y, a su vez, minimizar las complicaciones que pueden surgir durante y después de la cirugía. Estos hallazgos aportan no solo a la toma de decisiones clínicas sino también a la mejora continua de los protocolos quirúrgicos y postoperatorios del hospital.

Además, al abordar de manera específica la histerectomía abdominal en el contexto de El Salvador, este informe contribuye a la literatura nacional en un área donde actualmente existe poca documentación detallada. De esta manera, se sientan las bases para futuros estudios y se da un primer paso hacia la estandarización de medidas preventivas y de seguimiento posquirúrgico en el ámbito ginecológico del país.

VII. ANTECEDENTES

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se practica la resección parcial o total del útero, ha evolucionado en el tiempo, gracias al adelanto técnico a nivel quirúrgico, de laboratorio, anestésicos y de cuidados pre y postoperatorios. (2) Este procedimiento puede realizarse de manera electiva o de emergencia, dependiendo del estado de la paciente y la naturaleza de la patología subyacente. En los casos electivos, como los abordados en este estudio, las pacientes suelen ser preparadas para la cirugía con mayor antelación, lo que permite una evaluación más exhaustiva de sus condiciones clínicas.

La histerectomía abdominal a menudo se realiza en pacientes con úteros agrandados, voluminosos o antecedentes de cirugía abdominal y en presencia de enfermedad extrauterina, adherencias graves o endometriosis y neoplasias malignas ginecológicas en las que una ruta mínimamente invasiva se considera técnicamente desafiante. (1) A pesar de ser un procedimiento común, no está exento de riesgos, los cuales incluyen complicaciones intraoperatorias como hemorragias y lesiones en órganos adyacentes, así como complicaciones postoperatorias que pueden ir desde infecciones hasta problemas relacionados con la cicatrización y el desarrollo de trombosis venosa profunda, complicación relacionada a cirugías pélvicas.

El riesgo operatorio, está asociado a variables como: salud general de la paciente, edad, patología de fondo, patologías asociadas a enfermedades de fondo, riesgo de tromboembolismo, experiencia del cirujano, técnica operatoria y urgencia del procedimiento. (2)

A nivel mundial, la histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en ginecología, y estudios internacionales destacan que más del 90% de estos procedimientos son electivos y se realizan en mujeres que presentan patologías benignas (28). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que, globalmente, la causa más

común para la histerectomía es la miomatosis uterina, seguida por adenomiosis y otras condiciones benignas (29). Diversos estudios han evaluado las tasas de complicaciones, encontrando que aproximadamente un 10-20% de las pacientes experimentan algún tipo de complicación postoperatoria, como infecciones del sitio quirúrgico, sangrado excesivo y trombosis venosa profunda (26). A su vez, se reporta una alta satisfacción postquirúrgica, atribuida principalmente a la mejora de síntomas debilitantes, como el sangrado uterino anormal y los dolores pélvicos crónicos.

En América Latina, la histerectomía también se encuentra entre las intervenciones ginecológicas más comunes. Estudios de la región indican que el perfil clínico-epidemiológico de las pacientes que requieren esta cirugía es predominantemente de mujeres entre 35 y 50 años, muchas de ellas multíparas y con antecedentes de miomatosis uterina (27). Un estudio en Brasil, por ejemplo, muestra que hasta un 15% de las pacientes presentan complicaciones postoperatorias, de las cuales las infecciones del sitio quirúrgico son las más prevalentes, seguidas de las hemorragias y el daño visceral. Asimismo, los estudios subrayan la necesidad de evaluar los factores de riesgo, como la edad y la comorbilidad, que influyen en la evolución postquirúrgica (30) (31) .

En El Salvador, la histerectomía abdominal total es el procedimiento ginecológico más practicado en hospitales de tercer nivel. Según datos del Ministerio de Salud, esta cirugía representa alrededor del 8% de todas las intervenciones ginecológicas anuales. Las complicaciones más frecuentes incluyen infecciones de sitio quirúrgico, hemorragias y daño visceral, especialmente en pacientes con comorbilidades como obesidad o diabetes (32) (33).

El perfil clínico-epidemiológico de las pacientes sometidas a este tipo de intervención varía según la región geográfica y las características poblacionales. En países en vías de desarrollo, como El Salvador, donde se realizó este estudio, es importante caracterizar a las pacientes en términos de su paridad, comorbilidades asociadas, y otros factores clínicos que puedan influir en los resultados postquirúrgicos. Entender este perfil ayuda a diseñar

estrategias para mejorar la atención médica, reducir el riesgo de complicaciones y optimizar los resultados a largo plazo.

En este sentido, el Hospital Nacional de la Mujer, como un centro de referencia en salud ginecológica en El Salvador, desempeña un papel fundamental en el manejo de estas pacientes. Sin embargo, hasta la fecha, existe poca literatura local que documente de manera detallada el perfil clínico-epidemiológico y las complicaciones más frecuentes en mujeres sometidas a este procedimiento. Esta investigación busca llenar ese vacío y aportar datos actualizados que permitan mejorar la toma de decisiones clínicas.

A nivel local, el Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez" realiza entre 500 y 600 histerectomías abdominales electivas al año. Las pacientes atendidas suelen tener entre 35 y 50 años, con paridad elevada y patologías benignas como principales indicaciones. La tasa de complicaciones reportada en el hospital es menor al 20%, con infecciones del sitio quirúrgico como la más común (34) (35)

Este informe se enfoca en el análisis de los perfiles clínico-epidemiológicos, la evolución postoperatoria y las complicaciones más comunes en pacientes sometidas a histerectomía abdominal total electiva en el Hospital Nacional de la Mujer durante el año 2023, con el fin de contribuir a la mejora de los protocolos de manejo quirúrgico y postquirúrgico en esta población.

VIII. OBJETIVOS

9.1. OBJETIVO GENERAL:

- Describir el perfil clínico-epidemiológico, la evolución postquirúrgica y complicaciones más frecuentes de pacientes ginecológicas con histerectomía abdominal total electiva atendidas en Centro quirúrgico del Hospital Nacional de la Mujer en el período de enero a diciembre 2023.

9.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar el perfil clínico-epidemiológico de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total electiva en centro quirúrgico.
- Determinar la evolución postquirúrgica de las pacientes a quienes se les realizó histerectomía de forma electiva.
- Identificar complicaciones más frecuentes de la cirugía histerectomía abdominal total electiva realizadas.

IX. METODOLOGÍA

Tipo de Diseño:

Descriptivo transversal retrospectivo.

Ubicación:

Centro quirúrgico, Hospital Nacional de la Mujer.

Periodo:

Enero a diciembre de 2023

Población de estudio:

Pacientes a quien se les realizó histerectomía abdominal total en 2023.

Se obtuvo el dato por medio del departamento de estadística del hospital, con un valor aproximado de 500 histerectomías abdominales total en el año 2023 en centro quirúrgico.

Descripción de la población de estudio:

Mujeres de cualquier edad cuya cirugía fue Histerectomía abdominal total, programada de manera electiva realizada en el Centro Quirúrgico del Hospital Nacional de la Mujer y que no perteneció al Instituto Salvadoreño de Bienestar magisterial.

Método de muestreo:

Muestreo probabilístico simple.

Cálculo del tamaño de la muestra:

Población de la muestra	N	380
Valor promedio de una variable	y	1
Error estándar 0.015, lo determinamos. Es aceptable pues es muy pequeño	Se	0.015

Varianza de la población. Su definición $(Se)^2$ el cuadrado del error estándar	V	0.000225
Varianza de la muestra expresada como la probabilidad de ocurrencia de y	S^2	0.09

Resultando una muestra de 216.5 pacientes.

Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión	Exclusión
Histerectomía abdominal total electivas en Hospital Nacional de la Mujer	Procedimientos obstétricos Cirugías laparoscópicas Pacientes de Bienestar Magisterial Cirugías de emergencia Cirugías oncológicas

Procedencia de los sujetos:

Pacientes cuyas cirugías fueron programadas y realizadas en Centro quirúrgico.

Método de recogida de datos:

A través del área de estadística del Hospital Nacional de la Mujer se obtuvieron los datos de los expedientes clínicos pertenecientes a pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión los cuáles se solicitaron al área de archivo central del hospital. La muestra, cantidad representativa fue elegida con la fórmula de población finita y expedientes elegidos al azar para disminuir el sesgo del estudio.

Estrategia de análisis:

Se organizó la información recolectada en tablas y gráficos realizados en Microsoft Excel, lo cual facilitó la visualización de los datos permitiendo comparar y detectar las variables que se buscaba en la investigación, permitiendo responder la hipótesis y los objetivos.

X. MECANISMO DE RESGUARDO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

El aspecto ético fue considerado, manteniendo en reserva la identidad de las pacientes, manejando los datos en base al número de historia clínica. Teniendo como parámetro, los códigos de ética internacional de la Organización Mundial de la Salud y los de la Declaración de Helsinki modificada en 1983. Se utilizarán únicamente datos relacionados a su patología, tratamiento médico-quirúrgico a la que únicamente accederá el personal involucrado en la investigación. La información por obtener de los expedientes clínicos será manipulada solo por las investigadoras, no se darán a conocer datos personales de la paciente que permita identificarla. Estos datos permanecerán en resguardo por un período de 5 años.

XI. LIMITANTES

El presente estudio enfrentó algunas limitaciones que pueden haber afectado la recolección y análisis de datos:

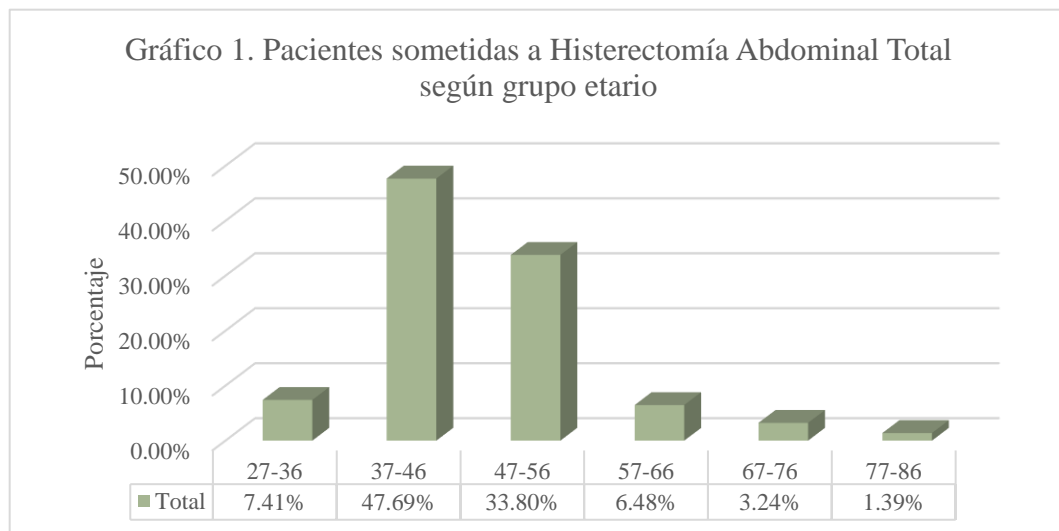
Falta de información completa en los expedientes físico y electrónicos: Dado que la revisión se realizó a través del expediente clínico de las pacientes y no en entrevista directa, en algunos casos no fue posible obtener toda la información necesaria de ciertas pacientes, lo que limitó el acceso a detalles clínicos importantes para el análisis.

Pérdida de seguimiento postquirúrgico: Algunas pacientes no asistieron a las consultas de seguimiento postquirúrgico en consulta externa, lo que impidió establecer de manera completa su evolución y los posibles resultados a mediano y largo plazo. Esta falta de datos de seguimiento puede haber influido en la evaluación global de la recuperación postoperatoria.

XIII. ANÁLISIS Y RESULTADOS

13.1. Objetivo 1. Caracterizar el perfil clínico-epidemiológico de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total electiva en centro quirúrgico.

Gráfico 1. Rango de edad de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total, según porcentaje.



En el periodo de estudio se identificaron 103 pacientes con histerectomía abdominal total entre 37 a 46 años, predominando con un 47.6%, seguido de las pacientes de 47 a 56 años (33.8%), siendo en mayores de 77 años la menor frecuencia (Gráfico 1).

Gráfico 2. Distribución de pacientes sometidas a Histerectomía abdominal total según procedencia



Gráfico 3. Distribución de pacientes sometidas a Histerectomía abdominal total según estado civil.

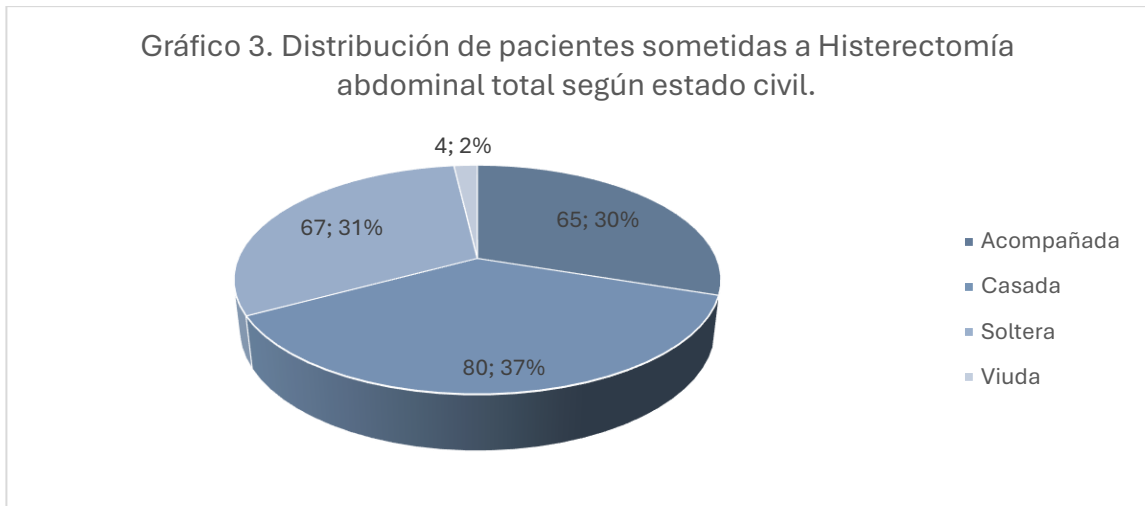
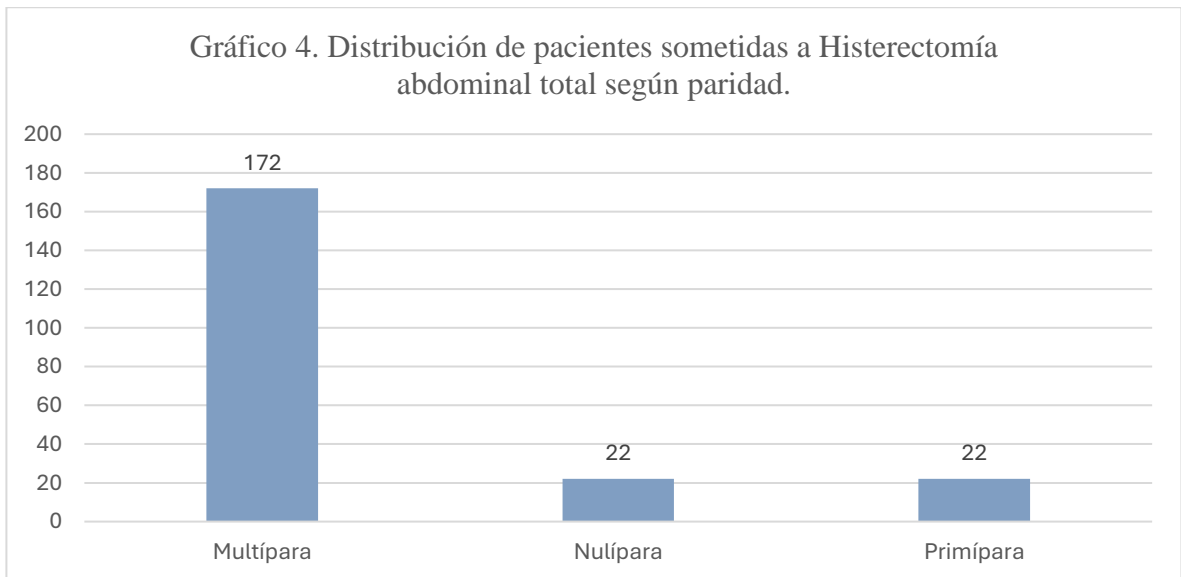


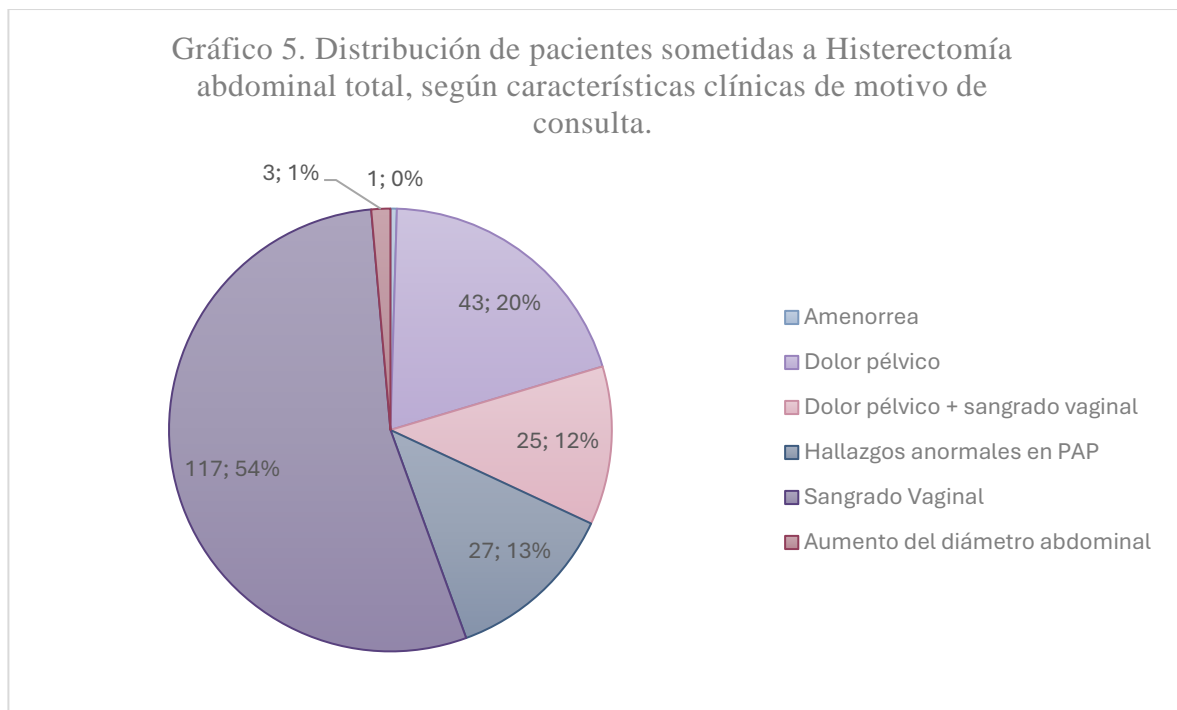
Gráfico 4. Distribución de pacientes sometidas a Histerectomía abdominal total según paridad.



La mayoría estaba casada (37%), 67 refirieron estar solteras (31%), acompañadas 65 casos (30%) y viudas 4 casos (1.85%), no se registraron personas divorciadas en el estudio (Gráfico 3). Se identificó que la mayor parte de pacientes a quienes se les realizó Histerectomía abdominal total electiva son de procedencia urbana (144 en total) que

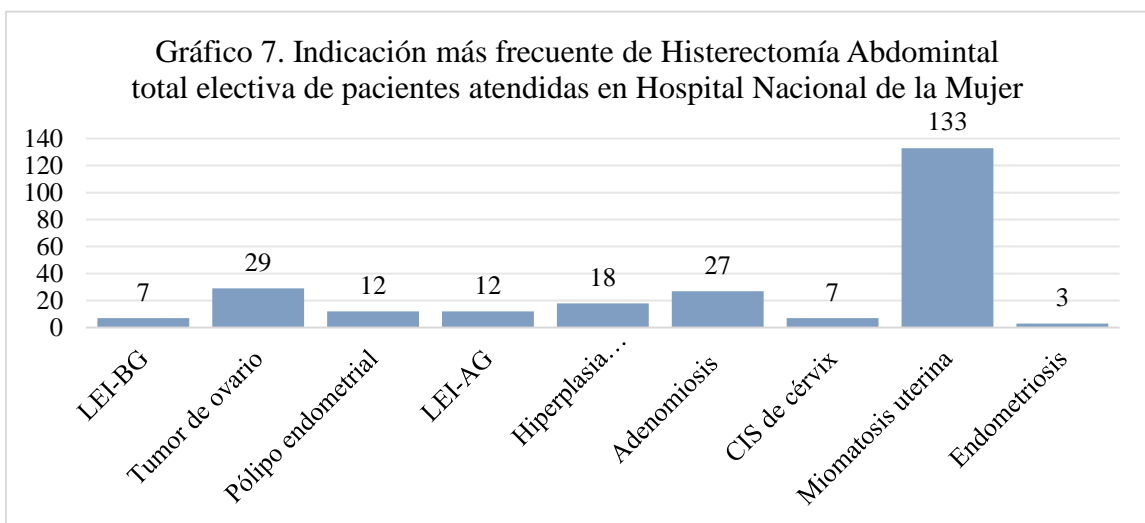
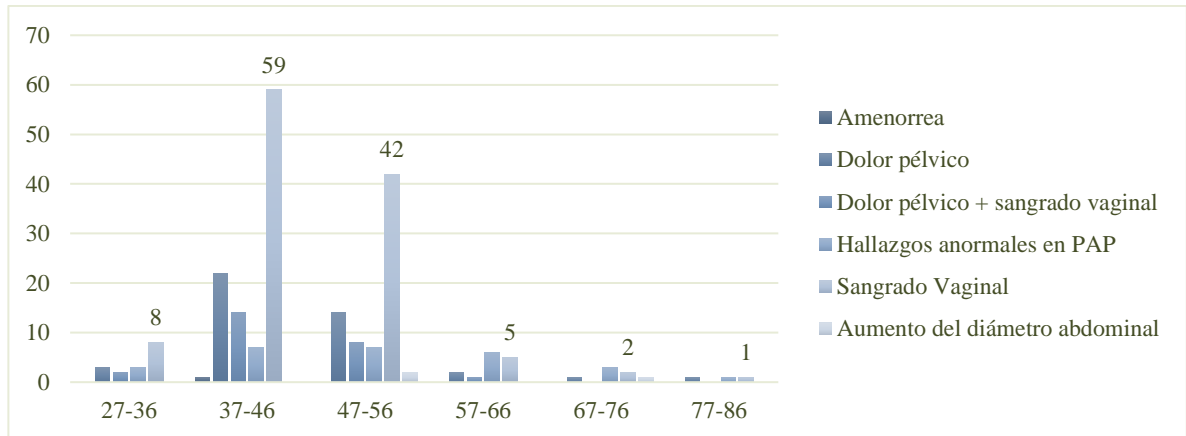
corresponde al 67% de la muestra estudiada, frente a un 33% (72 casos) que corresponden a población de área rural (Gráfico 2). 172 de las pacientes eran multíparas (80%), 22 nulíparas (10%) y 22 primíparas (10%) (Gráfico 4).

Gráfico 5. Distribución de pacientes sometidas a Histerectomía abdominal total, según características clínicas de motivo de consulta.



La principal característica de motivo de consulta (117 casos) fue el sangrado vaginal (54.1%), seguido de dolor pélvico (19.9%), hallazgos anormales en Papanicolau (12.5%), dolor pélvico acompañado de sangrado vaginal (11.5%), aumento del diámetro abdominal (1.39%) y amenorrea (0.46%) (Gráfico 5).

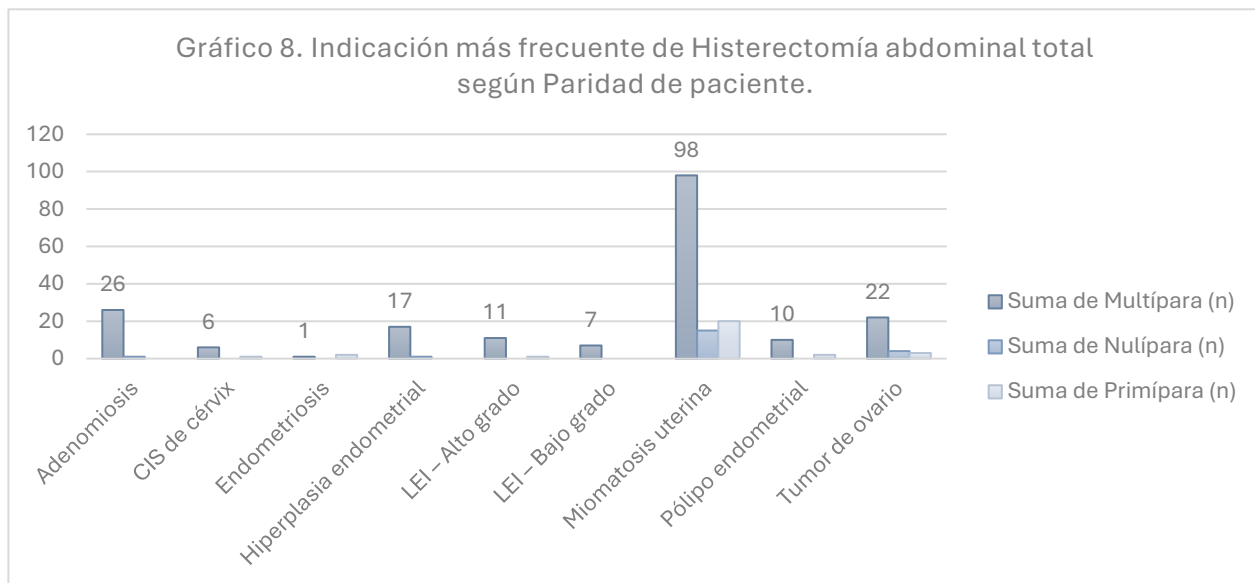
Gráfico 6. Principal motivo de consulta según grupo etario.



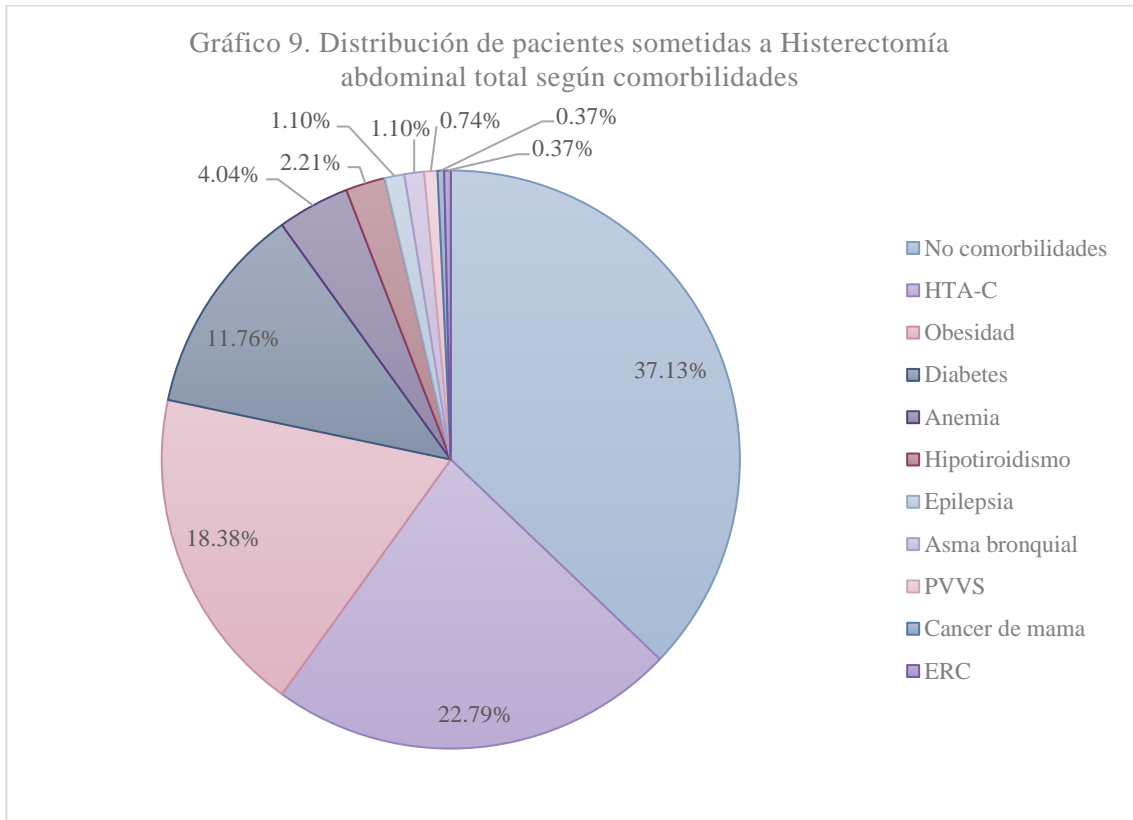
Según grupo etario en pacientes entre 37 -46 y de 47 - 56 años, el principal motivo de consulta fue sangrado vaginal (59 y 42 pacientes respectivamente), seguido de dolor pélvico (22 y 14 respectivamente), mientras que en el grupo entre 57-66 años el principal motivo de consulta fue Hallazgos anormales en PAP (6), seguido de sangrado vaginal (5) (Gráfico 6)

La indicación más frecuente de histerectomía abdominal total en la población estudiada fue por Miomatosis uterina (133), seguido de Tumor de ovario (29), Adenomiosis (27), Hiperplasia endometrial (18), Pólipo endometrial (12), LEI Alto grado (12), LEI Bajo grado (7), Carcinoma in situ de cérvix (7) y Endometriosis (3). (Gráfico 7).

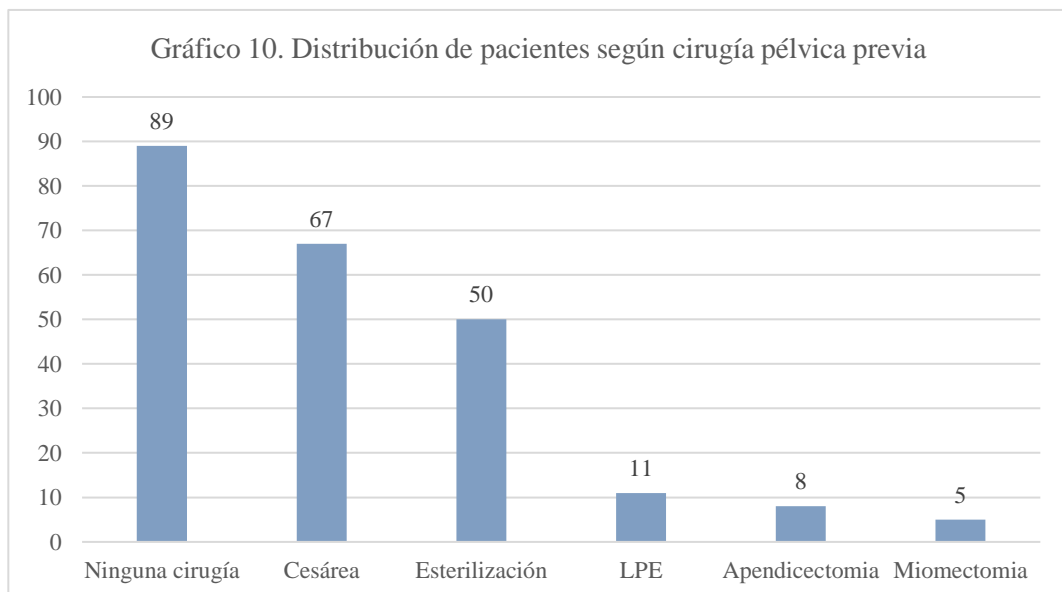
Gráfico 8. Indicación más frecuente de Histerectomía abdominal total según Paridad de paciente.



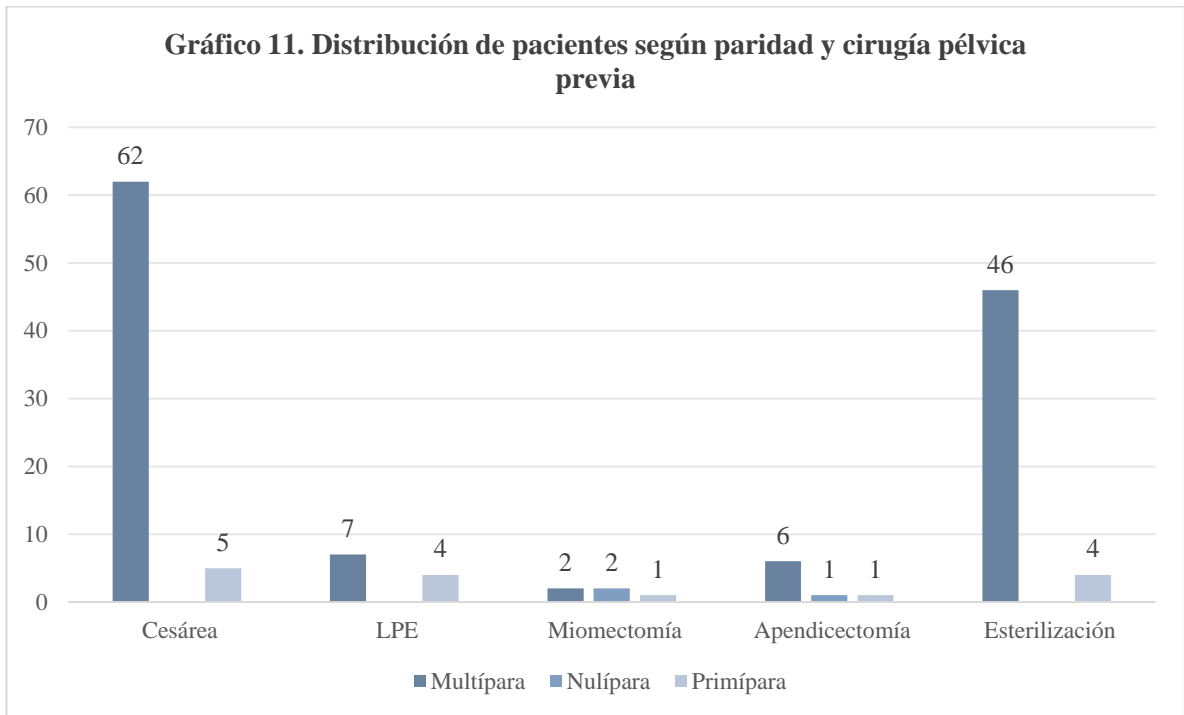
La histerectomía abdominal por miomatosis uterina se indicó más en pacientes multíparas (98), frente a primíparas (20), seguido por nulíparas (15). De los 3 casos de indicación de cirugía por endometriosis, 2 se realizaron a primípara y 1 a multípara. Adenomiosis hubo más indicación en multípara (26) frente a nulípara (1). Tumor de ovario fue indicación de cirugía en 22 pacientes multíparas, frente a 4 pacientes nulíparas y solo en 3 pacientes primíparas. De las pacientes a quienes se les realizó la cirugía por diagnóstico de Carcinoma in situ de cérvix, 6 eran multíparas y 1 era primípara (Gráfico 8)



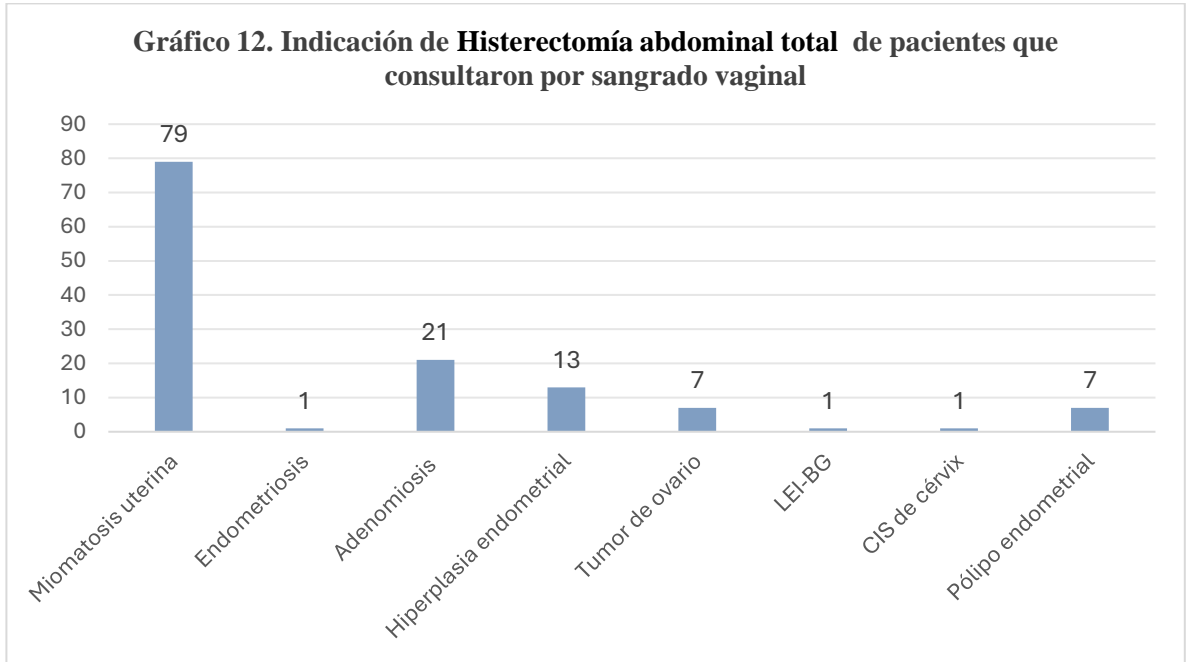
De todas las pacientes sometidas a histerectomía abdominal, el 22.79% tenían antecedente de Hipertensión arterial crónica, seguido de 18.38% con Obesidad, 11.76% con Diabetes, 4.04% tenían anemia y en su mayoría, el 37.13% no poseían comorbilidades (Gráfico 9).



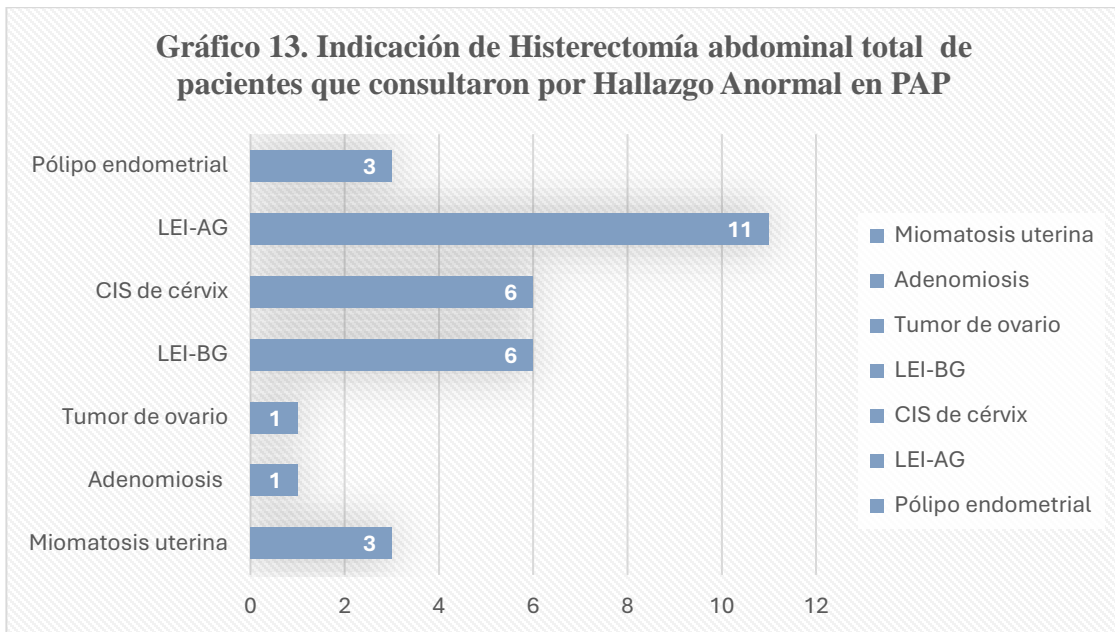
De las 216 pacientes sometidas a Histerectomía abdominal total, 89 pacientes no tenían cirugías pélvicas previas, 67 de las pacientes tenían antecedente de cesárea, seguido de esterilización (50 casos), en menor cantidad, 11 pacientes tenían antecedente de laparotomía exploradora, 8 apendicectomía y 5 miomectomía (Gráfico 10).



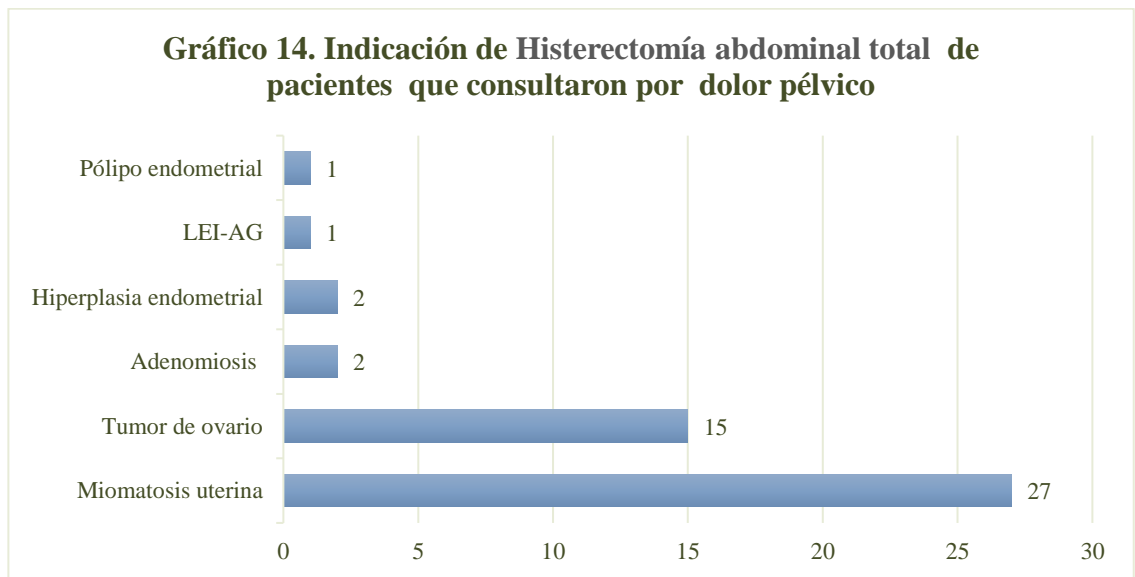
De las pacientes multíparas (172 en total), 62 tenían antecedente de cesárea, 46 antecedente de esterilización, 7 de Laparotomía exploradora, 6 de apendicectomía y 2 de miomectomía; mientras que las pacientes primíparas (22 en total), 5 tenían antecedente de cesárea, 4 de esterilización y 4 de laparotomía exploradora. Las pacientes nulíparas (22 en total) en cambio, 2 tenían antecedente de miomectomía y 1 de apendicectomía (Gráfico 11)



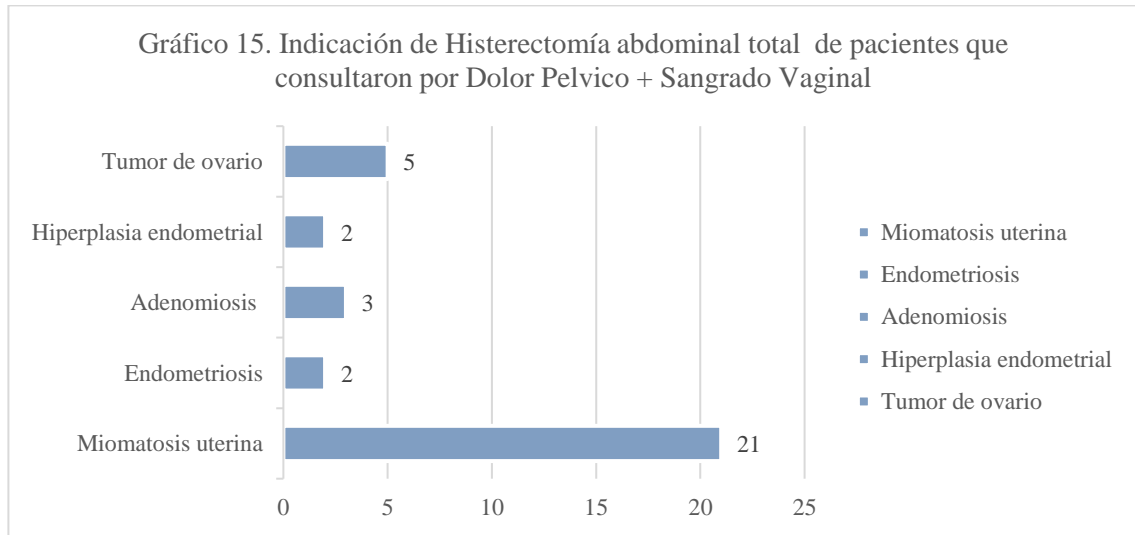
De las pacientes que consultaron inicialmente por Sangrado vaginal (117), a 79 se les realizó Histerectomía Abdominal Total por miomatosis uterina, a 21 por adenomiosis, a 13 por hiperplasia endometrial y en menor cantidad por tumor de ovario (7) y pólipo endometrial (7) (Gráfico 12)



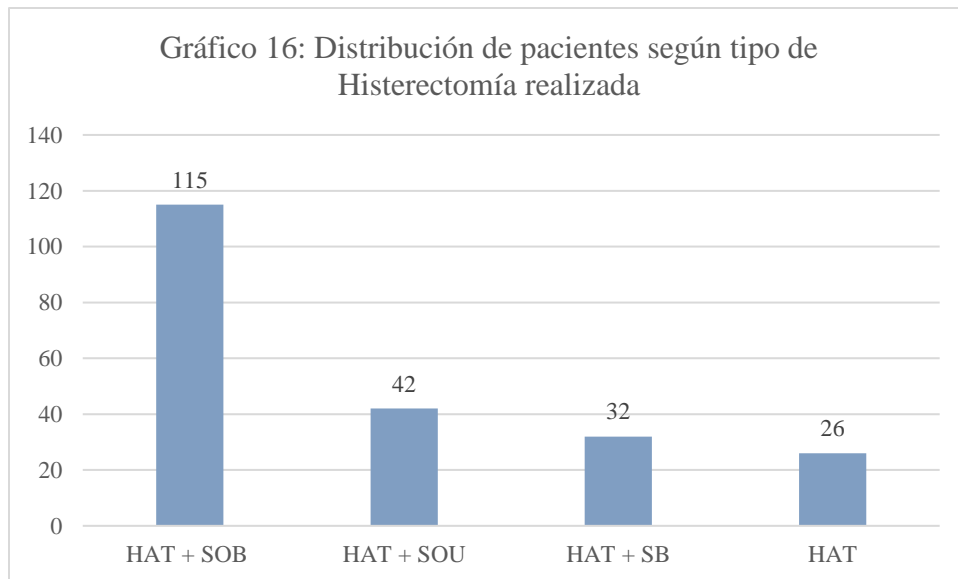
De las 27 pacientes que consultaron por hallazgos anormales en PAP, al 36% se indicó Histerectomía abdominal total por LEI- Alto grado (11 pacientes), seguido de 19% de pacientes con diagnóstico de Carcinoma in situ de cérvix (6 casos) y 19% con LEI- Bajo grado (6 casos), otras indicaciones fueron: miomatosis uterina (10%), pólipo endometrial (10%), adenomiosis y tumor de ovario (1% y 1%) (Gráfico 13).



De 43 casos que consultaron por dolor pélvico al 57% se indicó Histerectomía abdominal total por miomatosis uterina (27 casos), seguido de Tumor de ovario en un 31% de los casos (15), y en menor cantidad adenomiosis (4%), hiperplasia endometrial (4%), LEI-AG (2%) y Pólipo endometrial (2%) (Gráfico 14).



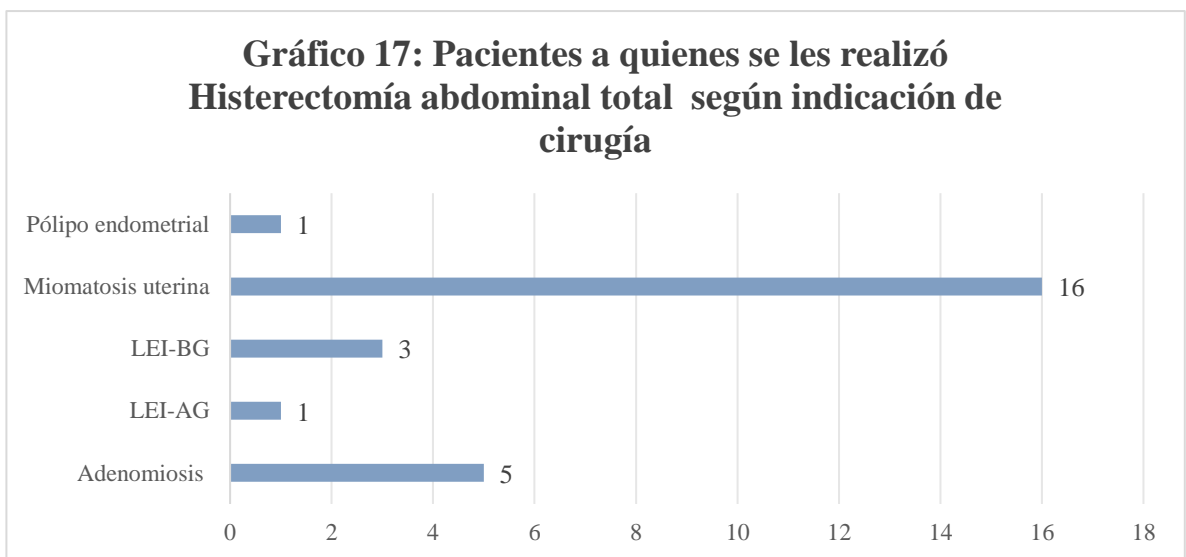
Del 11.2% de pacientes que consultó por dolor pélvico + sangrado vaginal, a 21 pacientes se les realizó HAT por miomatosis uterina, seguido de tumor de ovario (5 casos), adenomiosis (3 casos), Endometriosis (2) e Hiperplasia endometrial (Gráfico 15).



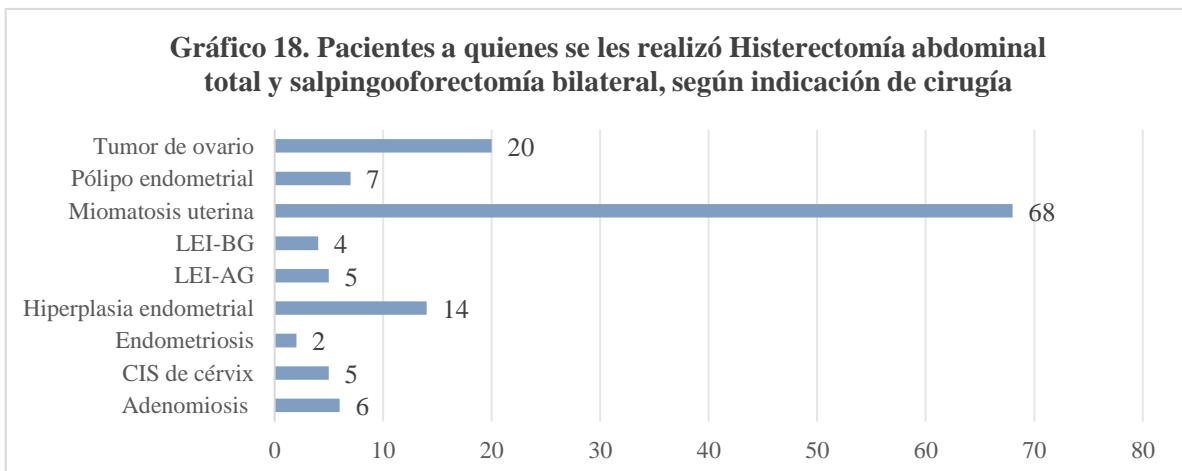
Entre las 216 pacientes sometidas a cirugía, 53% se les realizó Histerectomía Abdominal Total + Salpingo ooforectomía bilateral (115), seguido del 19% a quienes se les realizó Histerectomía Abdominal Total + Salpingo ooforectomía unilateral (42 casos), Histerectomía abdominal total + salpingectomía bilateral se realizó al 14.8% (32

pacientes) y únicamente Histerectomía Abdominal Total se les realizó al 12% (26 casos) (Gráfico 16).

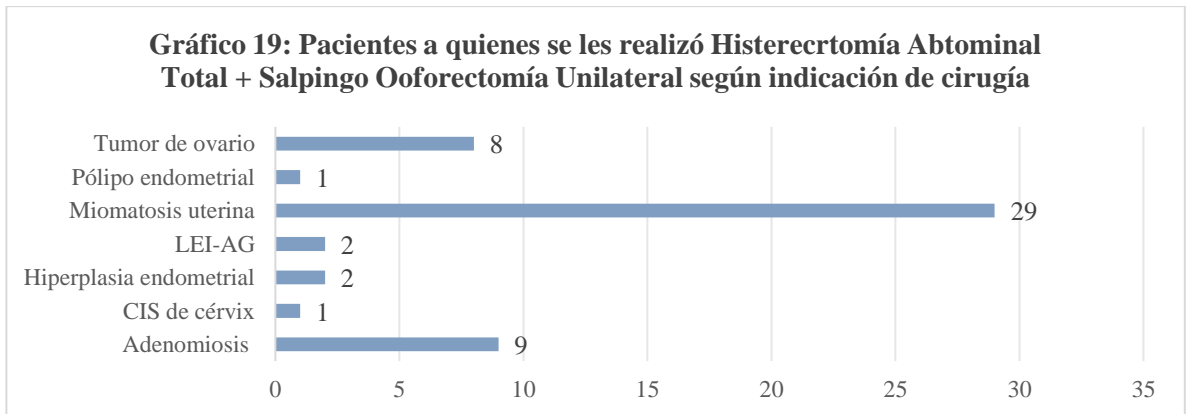
De las pacientes a las que solo se les realizó Histerectomía abdominal total, 16 casos la indicación más frecuente fue por Miomatosis uterina, seguido de Adenomiosis (5 casos), LEI-Bajo grado (3 casos), LEI-Alto grado (1 caso) y Pólipo endometrial (1 caso) (Gráfico 17).



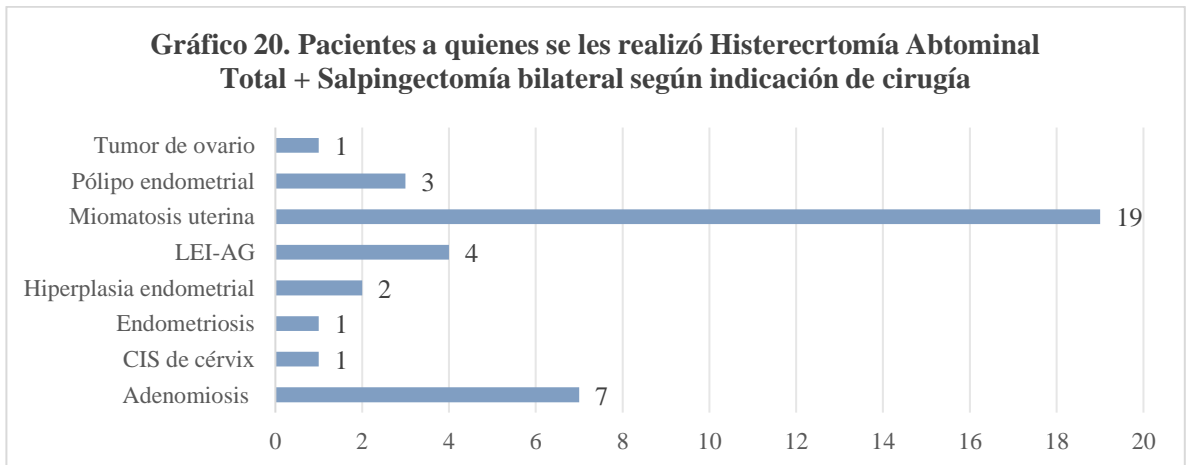
68 de los casos se indicó Histerectomía Abdominal total + Salpingo ooforectomía bilateral por Miomatosis uterina, seguido de Tumor de ovario (20 casos), Hiperplasia endometrial



(14 casos), Pólipo endometrial (7 casos), y en menor cantidad por Adenomiosis (6 casos), Carcinoma in situ de cérvix (5 casos) y LEI-Alto grado (5 casos) (Gráfico 18).



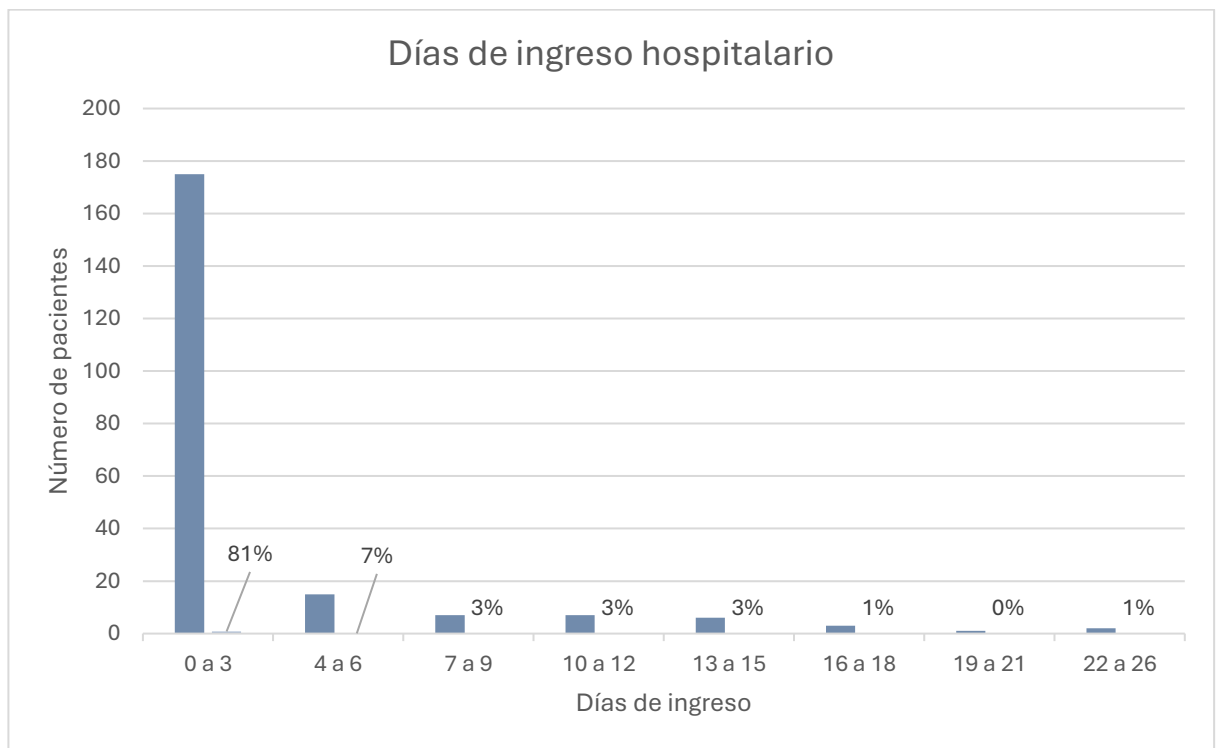
29 pacientes se realizó Histerectomía abdominal total + Salpingo ooforectomía unilateral por miomatosis uterina, seguido de Adenomiosis (9 casos) y Tumor de ovario (8 casos) (Gráfico 19).



De las 32 pacientes a quienes se les realizó Histerectomía Abdominal total + Salpingectomía bilateral, 19 casos fue por Miomatosis uterina, seguido de Adenomiosis (7 casos), LEI-Alto grado (4 casos), Pólipo endometrial (3 casos) e Hiperplasia endometrial (2 casos) (Gráfico 20).

13.2. **Objetivo 2: Determinar la evolución postquirúrgica de las pacientes a quienes se les realizó histerectomía de forma electiva.**

Gráfico 21: días de ingreso en la histerectomía abdominal total electiva.



De las 216 pacientes analizadas, 175 pacientes (81%) fueron dadas de alta en un periodo de 3 días o menos tras la intervención quirúrgica, lo que indica una recuperación postoperatoria rápida y sin complicaciones significativas en la mayoría de los casos.

El 19% restante (41 pacientes) permaneció hospitalizado por más de 3 días debido a diversos motivos, como complicaciones postoperatorias leves, observación extendida o comorbilidades preexistentes que requerían un seguimiento más cercano.

El hecho de que el 81% de las pacientes haya sido dada de alta en un plazo tan corto sugiere que la mayoría de las histerectomías realizadas tuvieron una evolución postquirúrgica favorable, sin eventos adversos que prolongaran la estancia hospitalaria.

Estudios recientes indican que la reducción en el tiempo de hospitalización postoperatoria en cirugías ginecológicas se debe en parte al uso de técnicas menos invasivas y protocolos de recuperación mejorados. Estos protocolos están diseñados para disminuir el estrés quirúrgico, mejorar la recuperación y reducir las complicaciones postoperatorias. Sin embargo, la literatura también enfatiza que la presencia de comorbilidades puede prolongar la estancia hospitalaria, un aspecto reflejado en el 19% de pacientes en el documento que requirieron una hospitalización prolongada debido a complicaciones o necesidades de observación adicional.

Tabla 1: Concordancia entre indicación quirúrgica y resultado histopatológico.

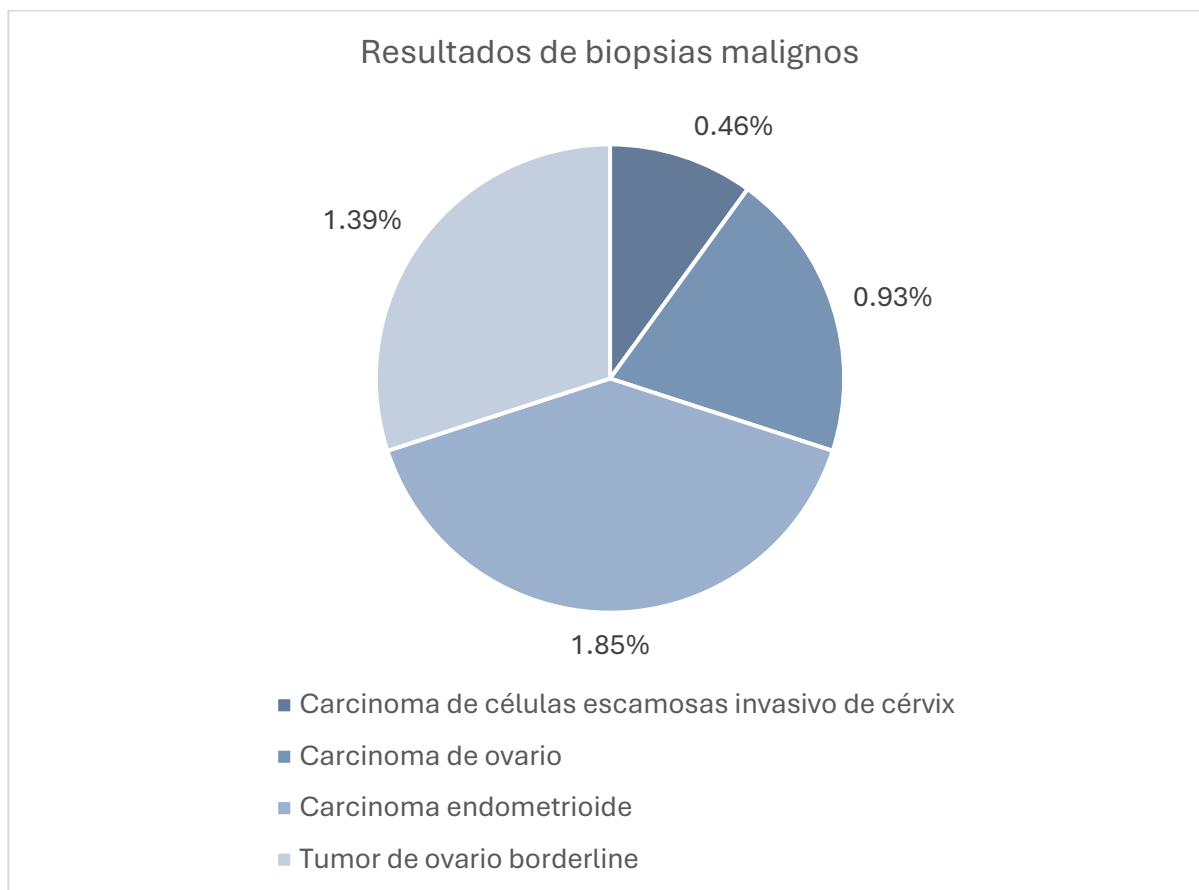
Biopsia coincide con indicación de cirugía	Número de pacientes
NO	33
SI	183
Total de pacientes	216

De las 216 pacientes sometidas a histerectomía abdominal total de manera electiva por patologías benignas, la biopsia confirmó el diagnóstico en 183 pacientes. La concordancia diagnóstica observada en el 84.7% de las pacientes es alta y destaca la precisión del diagnóstico clínico en la mayoría de los casos. No obstante, el 15.3% de discrepancias revela la importancia de la biopsia como confirmación diagnóstica.

En la literatura, esta concordancia suele variar, con estudios que reportan tasas de concordancia entre 80-90%, dependiendo de la experiencia del equipo diagnóstico y la tecnología empleada.

La identificación de casos malignos no sospechados, como carcinomas y tumores de ovario, sugiere que algunos de estos casos podrían beneficiarse de evaluaciones preoperatorias más exhaustivas, incluyendo pruebas de imagen avanzadas y marcadores tumorales, para mejorar la detección temprana de malignidades.

Gráfico 22: Resultados de biopsia malignos.



Del total de 216 pacientes sometidas a histerectomía abdominal total electiva, 10 casos (4.6%) presentaron hallazgos histopatológicos malignos. Los diagnósticos incluyeron tumores de ovario borderline (1.39%), carcinomas endometrioides (1.85%), carcinomas de ovario (0.93%) y un caso de carcinoma de células escamosas invasivo de cérvix (0.46%). Estos hallazgos subrayan la importancia de un diagnóstico exhaustivo antes de la cirugía.

En la literatura, la detección incidental de malignidades en histerectomías electivas por indicaciones benignas es consistente con tasas de aproximadamente 2-5% en estudios similares, estos casos surgen de patologías que pueden no manifestarse clínicamente o que

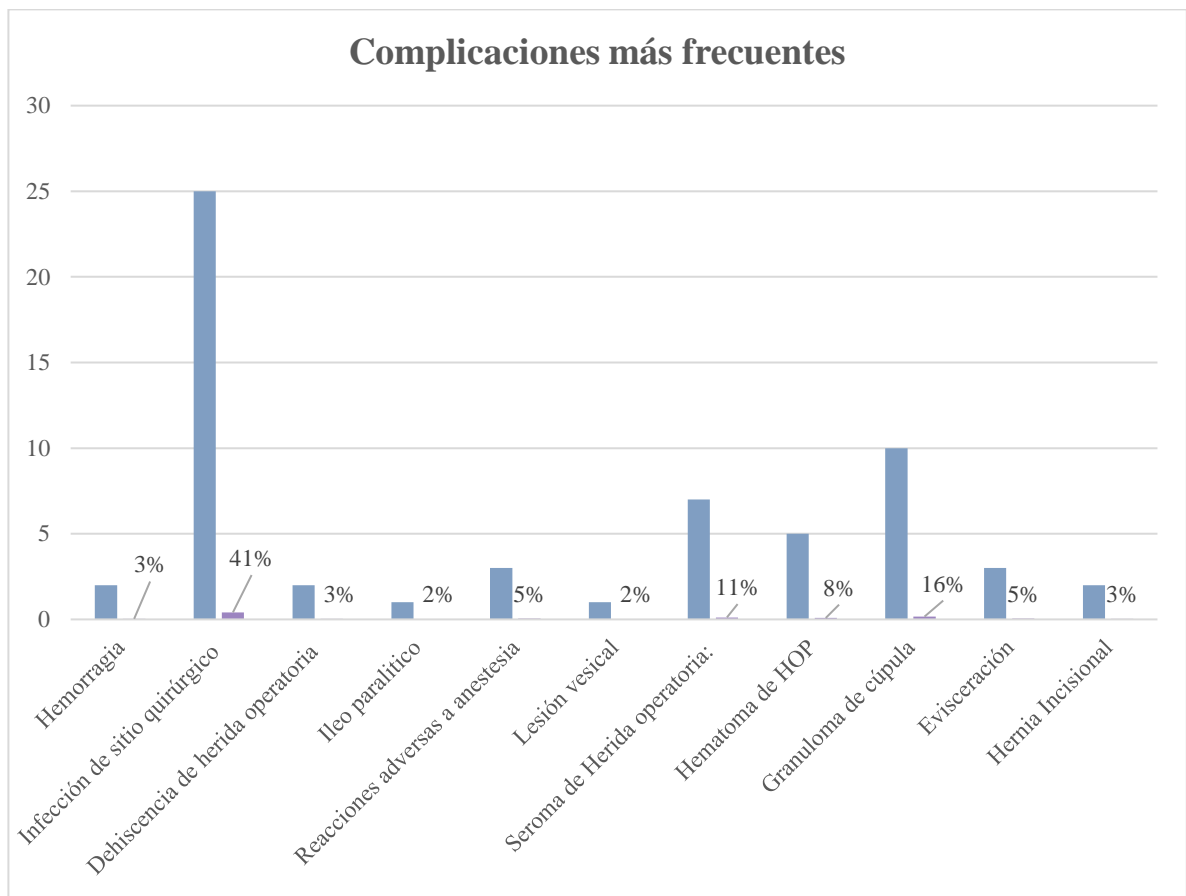
son difíciles de detectar con métodos preoperatorios estándar. Los hallazgos de la revisión refuerzan esta tendencia, particularmente con la alta proporción de carcinomas endometriales y tumores de ovario borderline, que son conocidos por su comportamiento clínico silente en etapas iniciales.

La identificación de malignidades durante o después de una histerectomía pone en evidencia la necesidad de un manejo multidisciplinario. Las pacientes afectadas fueron derivadas a oncología, lo que es consistente con las recomendaciones de guías internacionales como las de la Sociedad Europea de Ginecología Oncológica (ESGO), que sugieren la referencia inmediata para estadificación y tratamiento.

Aunque el uso de imágenes avanzadas, como resonancia magnética o ultrasonografía transvaginal, y marcadores tumorales como el CA-125, puede mejorar la precisión preoperatoria, su aplicación sistemática en casos de histerectomía electiva sigue siendo debatida. Estudios recientes indican que una evaluación más rigurosa preoperatoria, en especial en pacientes de mediana edad o con antecedentes familiares de cáncer ginecológico, podría reducir la incidencia de malignidades no sospechadas.

13.3. Objetivo 3: Identificar complicaciones más frecuentes de la cirugía hysterectomía abdominal total electiva realizadas.

Gráfico 23: Complicaciones más frecuentes asociadas a Histerectomía abdominal total electiva.



De las 216 pacientes sometidas a hysterectomía abdominal total de manera electiva. Durante el periodo postquirúrgico, se identificó que el 28.2% de las pacientes (61 pacientes) presentaron complicaciones relacionadas a la cirugía. La tasa de complicaciones del 28.2% encontrada es consistente con reportes previos en la literatura, que indican que entre el 20-30% de las pacientes sometidas a hysterectomías abdominales

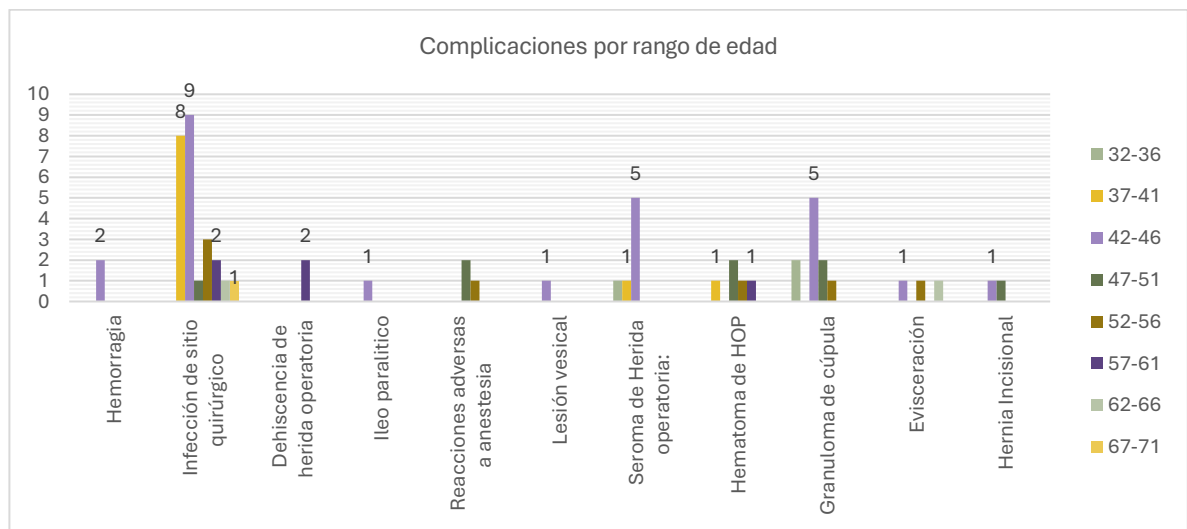
pueden presentar alguna complicación postoperatoria, siendo las infecciones de sitio quirúrgico las más comunes.

Infección del sitio quirúrgico fue la complicación más frecuente, afectando a 25 pacientes (11.9%). Este hallazgo es consistente con lo reportado en la literatura, ya que las infecciones quirúrgicas son una de las complicaciones más comunes tras procedimientos abdominales.

El hecho de que más de una cuarta parte (28.2%) de las pacientes haya experimentado complicaciones postquirúrgicas subraya la importancia de un seguimiento cercano tras la cirugía, especialmente en las primeras semanas del postoperatorio.

La literatura sugiere que factores como la edad, comorbilidades, tipo de intervención y tiempo quirúrgico pueden influir en la aparición de estas complicaciones. Además, la presencia de granulomas de cúpula vaginal en el 4.6% de los casos concuerda con estudios que documentan esta complicación como una secuela frecuente de la cicatrización en procedimientos ginecológicos abdominales.

Gráfico 24: Complicaciones Quirúrgicas por Rango de Edad en Pacientes Sometidas a Histerectomía Abdominal Total.

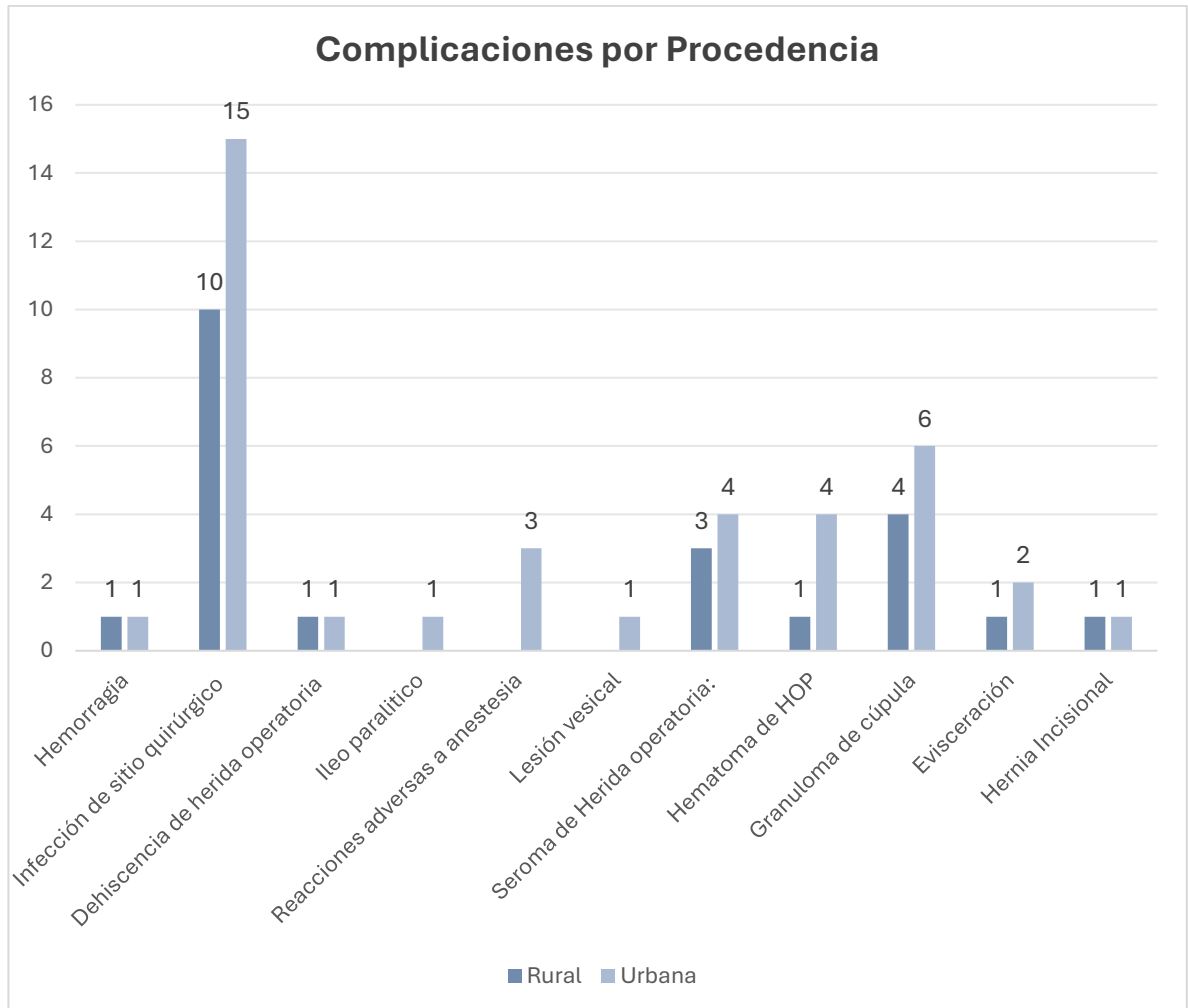


Dentro de la muestra de 216 pacientes, la complicación más común fue la infección del sitio quirúrgico, afectando principalmente a los grupos de edad de 42 a 46 años (9 casos, 4.2%) y de 37 a 41 años (8 casos, 3.7%). La hemorragia postoperatoria fue menos frecuente, presentándose en solo 2 pacientes (0.9%) en los rangos de 32 a 36 y 57 a 61 años, respectivamente. La dehiscencia de la herida operatoria fue más prevalente en las pacientes de 37 a 41 años (3 casos, 1.4%) y de 42 a 46 años (2 casos, 0.9%). Las reacciones adversas a la anestesia fueron raras, afectando a 2 pacientes (0.9%) en los rangos de 32 a 36 y 62 a 66 años. El seroma de la herida operatoria fue más común en el grupo de 52 a 56 años, con 5 casos (2.3%), mientras que el granuloma de cúpula vaginal destacó en los grupos de 57 a 61 años (5 casos, 2.3%) y de 52 a 56 años (2 casos, 0.9%). La hernia incisional fue poco frecuente, con solo 1 caso en los grupos de 42 a 46, 47 a 51, y 67 a 71 años, respectivamente.

Los grupos de edad intermedia (37 a 46 años) mostraron mayor susceptibilidad a infecciones del sitio quirúrgico y dehiscencia de la herida. Por otro lado, las complicaciones como seromas fueron más prevalentes en las pacientes de 52 a 56 años, mientras que los granulomas de cúpula fueron más notables en pacientes de 57 a 61 años.

Las infecciones y la dehiscencia de la herida operatoria son más prevalentes en pacientes de 37 a 46 años, lo cual puede asociarse con factores de riesgo específicos de este grupo, como el nivel de actividad y estado inmunológico.

Gráfico 25: complicaciones frecuentes según procedencia de las pacientes.

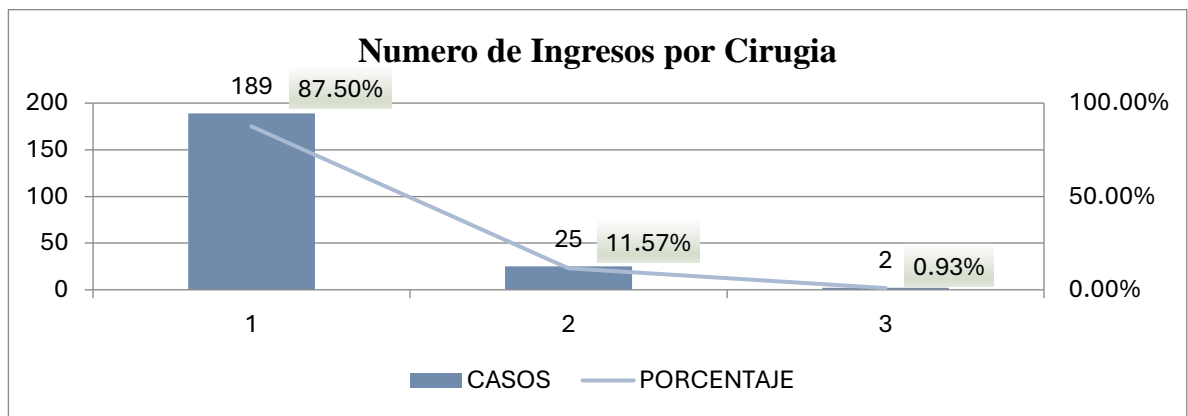


De las 216 mujeres que se sometieron a histerectomía abdominal total, la complicación más común asociada a cirugía fueron las infecciones de sitio quirúrgico y de estas el 6.94% (15 mujeres) ocurrieron en mujeres del área urbana y 4.63% (10 mujeres) en mujeres de área rural.

En cuanto a la distribución por procedencia, se encontró una mayor incidencia de infecciones en mujeres del área urbana, lo cual podría estar relacionado con factores como el acceso a servicios de salud o condiciones de vida que afectan la recuperación y la higiene postoperatoria. La literatura también sugiere que las pacientes de áreas urbanas

pueden presentar un perfil de riesgo diferente debido a factores socioeconómicos y de estilo de vida que influyen en los resultados quirúrgicos.

Gráfico 26: número de ingresos requeridos por cirugía electiva.



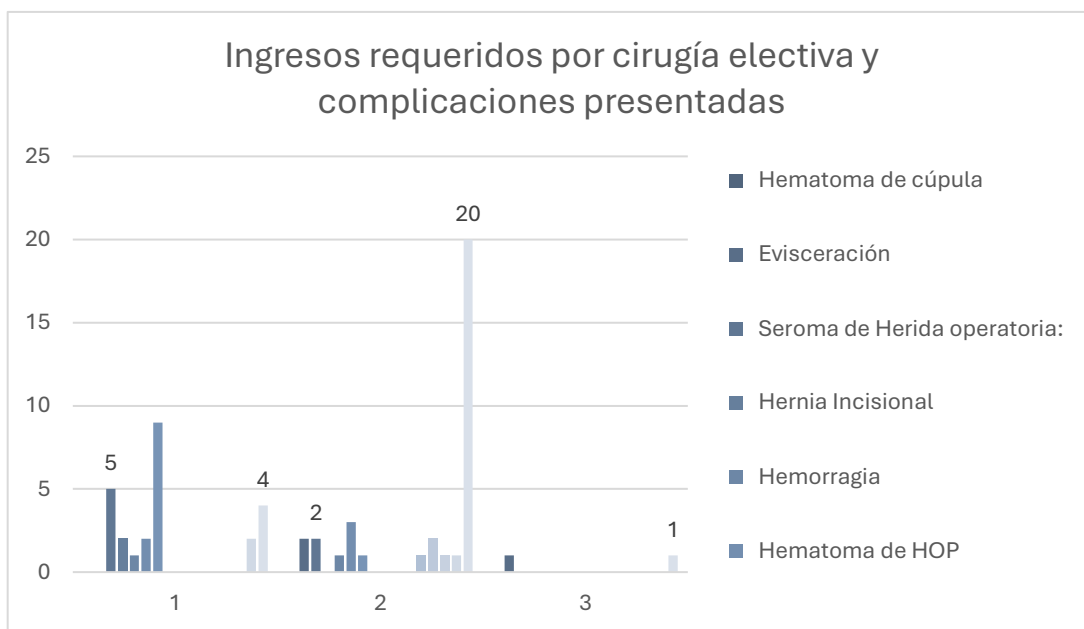
De las 216 pacientes sometidas a histerectomía abdominal total de manera electiva. Se analizó el número de ingresos hospitalarios necesarios para completar el proceso quirúrgico y postoperatorio.

La mayoría de las pacientes, 189 (87.5%), completaron su proceso quirúrgico con un solo ingreso hospitalario, lo que indica una evolución postquirúrgica favorable en la mayoría de los casos. El hecho de que las pacientes solo hayan necesitado un único ingreso subraya el éxito del manejo quirúrgico y postoperatorio inicial en la mayoría de los casos.

El 11.57% de las pacientes requirieron un segundo ingreso, principalmente debido a infecciones del sitio quirúrgico. En comparación, estudios recientes indican que las tasas de reingreso tras histerectomías abdominales pueden variar entre el 10-15%, con infecciones y dolor persistente como causas comunes. Los terceros ingresos, aunque raros (0.93%), indican situaciones más graves o complicaciones que no pudieron ser controladas en los ingresos previos, lo que resalta la importancia de un seguimiento cuidadoso para estas pacientes.

La baja incidencia de terceros ingresos (0.93%) refuerza que la mayoría de las complicaciones postoperatorias son manejables durante los primeros reingresos, aunque los casos complejos, como la evisceración, requieren un enfoque más intensivo y multidisciplinario.

Gráfico 27: Complicaciones asociadas a cirugía en relación con ingresos hospitalarios.



Se evaluaron las complicaciones postquirúrgicas en función del número de ingresos hospitalarios que requirieron las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total electiva. De las 216 pacientes, se analizó el impacto de las complicaciones en aquellas que necesitaron uno, dos o tres ingresos.

Entre las 189 pacientes que solo necesitaron 1 ingreso, 25 pacientes presentaron complicaciones postquirúrgicas. La complicación más común fue el granuloma de cúpula, afectando al 4.1% de estas pacientes.

De las 25 pacientes que requirieron 2 ingresos, 15.7% presentaron complicaciones relacionadas con la cirugía. La causa más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico, que se presentó en 20 pacientes (9.2%).

Entre las 2 pacientes que necesitaron 3 ingresos, se observaron complicaciones graves. Una paciente presentó evisceración, una complicación quirúrgica severa que requiere intervención inmediata, y otra paciente desarrolló una infección de sitio quirúrgico. Estas complicaciones reflejan un manejo postoperatorio más complejo, que demandó múltiples intervenciones.

XIV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

- **Perfil clínico-epidemiológico**

La mayoría de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total electiva tenían entre 37-46 años (47.6%), seguidas por el grupo de 47-56 años (33.8%). El 67% residía en áreas urbanas y el 37% reportó estar casada. El 80% eran multíparas. La miomatosis uterina fue la indicación más frecuente (61.6%), seguida por tumor de ovario (13.4%) y adenomiosis (12.5%).

El predominio de pacientes urbanas refleja mejor acceso a servicios especializados, mientras que las áreas rurales muestran limitaciones en diagnóstico temprano. Este patrón resalta la necesidad de políticas enfocadas en ampliar la cobertura ginecológica y programas educativos para zonas rurales.

- **Evolución postquirúrgica**

El 81% de las pacientes fue dada de alta en ≤ 3 días, indicando recuperación postoperatoria favorable. El 19% restante requirió hospitalización prolongada, principalmente debido a infecciones postquirúrgicas y comorbilidades como hipertensión (22.79%) y diabetes (11.76%).

El uso de protocolos de recuperación acelerada ha demostrado su eficacia en la reducción de hospitalizaciones. Sin embargo, es necesario implementar estrategias específicas para pacientes con comorbilidades, que presentan mayores riesgos de complicaciones y estancias hospitalarias prolongadas.

El 11.57% de las pacientes requirió un segundo ingreso hospitalario, principalmente por infecciones del sitio quirúrgico, y solo el 0.93% presentó complicaciones graves que ameritaron un tercer ingreso, como evisceración. La mayoría (87.5%) completó su proceso quirúrgico con un único ingreso.

Los reingresos resaltan la necesidad de mejorar el seguimiento postquirúrgico y fortalecer las estrategias de prevención de infecciones para reducir complicaciones que prolonguen la recuperación.

- **Complicaciones postquirúrgicas**

El 28.2% de las pacientes presentó complicaciones postoperatorias. Las infecciones del sitio quirúrgico fueron las más frecuentes (11.9%), seguidas de granulomas de cúpula vaginal (4.6%) y dehiscencia de heridas (1.85%).

Las infecciones fueron más prevalentes en mujeres de 37-46 años y en pacientes urbanas (6.94%), en comparación con las rurales (4.63%). Esto podría asociarse a factores relacionados con prácticas postoperatorias y acceso a servicios de seguimiento. Las pacientes con comorbilidades también mostraron mayor incidencia de complicaciones, lo que subraya la importancia de un control exhaustivo de estos factores antes y después de la cirugía.

- **Concordancia diagnóstica y hallazgos incidentales**

La concordancia entre diagnósticos preoperatorios y resultados histopatológicos fue del 84.7%. Sin embargo, se identificaron malignidades no sospechadas en el 4.6% de los casos, incluyendo carcinomas endometrioides y tumores borderline de ovario.

La incorporación sistemática de herramientas diagnósticas avanzadas, como marcadores tumorales y estudios de imagen, es fundamental para reducir la incidencia de hallazgos malignos inesperados. Estas medidas son esenciales en pacientes con factores de riesgo elevados o antecedentes familiares de cáncer ginecológico.

XVI. CONCLUSIONES

1. El Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” es la principal institución de referencia en ginecología y obstetricia en El Salvador. Este hospital, de tercer nivel de atención, atiende un alto volumen de casos quirúrgicos ginecológicos y obstétricos, y es reconocido por su capacidad en la realización de cirugías complejas, como las histerectomías. Su rol es clave para la atención de mujeres en edad reproductiva y postmenopáusica en el país, garantizando un acceso especializado a tratamientos que mejoran significativamente la calidad de vida de sus pacientes.
2. Las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total electiva fueron predominantemente mujeres de 37 a 46 años (47.6%), casadas (37%) y residentes en áreas urbanas (67%), con alta paridad (80% multíparas). La miomatosis uterina fue la indicación más frecuente (61.6%), consistente con los principales motivos para este procedimiento a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS).
3. El 81% de las pacientes fue dada de alta en tres días o menos, lo que refleja una recuperación postoperatoria favorable. Solo el 19% requirió hospitalización prolongada por complicaciones menores o comorbilidades. Estos resultados son coherentes con los beneficios documentados de protocolos de recuperación acelerada (ERAS), ampliamente respaldados por la literatura científica.
4. Se alcanzó una concordancia del 84.7% entre los diagnósticos preoperatorios y los hallazgos histopatológicos, demostrando una adecuada precisión en las indicaciones quirúrgicas. Sin embargo, la detección de 10 casos de malignidad no

sospechada (4.6%), como tumores borderline de ovario y carcinomas endometriales, resalta la necesidad de una evaluación preoperatoria exhaustiva.

5. El 28.2% de las pacientes presentó complicaciones postoperatorias, siendo la infección del sitio quirúrgico la más común (11.9%), seguida de granulomas de cúpula vaginal (4.6%). Estas cifras coinciden con reportes globales que sitúan las infecciones quirúrgicas entre las complicaciones más frecuentes tras histerectomías abdominales.
6. Las complicaciones, como infecciones y dehiscencia de la herida operatoria, afectaron principalmente a mujeres de 37 a 46 años, mientras que los seromas fueron más prevalentes en pacientes de 52 a 56 años. Además, las mujeres de áreas urbanas presentaron una mayor incidencia de complicaciones (6.94%) en comparación con las de áreas rurales (4.63%), posiblemente debido a diferencias en acceso a recursos de salud y educación en higiene postoperatoria.
7. El 87.5% de las pacientes completó el manejo quirúrgico con un único ingreso hospitalario, mientras que el 11.57% requirió reingreso por complicaciones, principalmente infecciones quirúrgicas. Casos más graves, como evisceración, representaron el 0.93% y necesitaron un tercer ingreso. Estas cifras reflejan tasas comparables a estudios internacionales.
8. La identificación de malignidades no sospechadas en 4.6% de las pacientes subraya la relevancia de herramientas avanzadas de diagnóstico preoperatorio, como marcadores tumorales y estudios de imagen. Esto es consistente con tasas globales de detección incidental en histerectomías electivas, estimadas entre el 2 y el 5%.

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complications of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2013;121(3):654-73.
2. Gálvez TM. Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010. *Horiz Med.* 2011;11(2):70-4.
3. Novak B, editors. Histerectomía. En: *Ginecología*. 15.a ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015. p. 803-40.
4. Wodlin NB. Risk factors for impaired patient-reported satisfaction and increased length of hospital stay following hysterectomy on benign indications in premenopausal women: a study from the Swedish National Register for Gynecological Surgery. *Geburtsh Frauenheilk.* 2020;80(3):288-99.
5. Ramdhan RC, Loukas M, Tubbs RS. Anatomical complications of hysterectomy: A review. *Clin Anat.* 2017;30(7):946-52.
6. Carugno J, Fatehi M. Abdominal hysterectomy. *National Library of Medicine.* 2022.
7. Konishi I. Basic principle and step-by-step procedure of abdominal hysterectomy. *Surg J.* 2018;4(2)
8. Novak B, editors. Histerectomía. En: *Ginecología*. 15.a ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015. p. 803-40.
9. Sivapragasam V, Kanagalingam R, Balasundaram P, Aiyappan R. Una auditoría de histerectomías: indicaciones, complicaciones y análisis clinicopatológico de especímenes de histerectomía en un centro de tercer nivel de atención. *Rev Int Reprod Anticoncept Obstet Ginecol.* 2018;7(9):3557-62.

10. Márquez Hernández J, Díaz Benítez D. Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. *Medisan*. 2014;18(5):703-10.
11. Vicente-Solá PR, Altamirano JP, Espinoza FG. Histerectomía, una mirada desde el suelo pélvico. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006;71(3):221-5.
12. United P. Complicaciones de la cirugía ginecológica. *Surg Clin North Am*. 2008;88(2):343-59.
13. Hollman-Montiel JP, Gutiérrez RA. Complicaciones de la histerectomía total. *Rev Med Hond*. 2014;82(4):165-70.
14. Shaikh GN, Shaikat AN. Abdominal hysterectomy for benign diseases. *J Surg Pak (Int)*. 2018;23(3):80-4.
15. Carreras S. Complicaciones en la cirugía ginecológica. *Rev Cubana Med Milit*. 2020;49(4)
16. Vizcaya RM, Méndez HM, Diéguez EG, Pérez SG. Resultados de la cirugía ginecológica de la unidad de cirugía mayor ambulatoria de un hospital comarcal. *Nure Investig*. 2021;18(114):39-44.
17. Hospital Nacional de la Mujer. Informe de labores, logros y rendición de cuentas anuales. Memoria de labores. San Salvador; 2023.
18. Yanun L, Feng RM, Ma GM, Gao CM. Complicaciones y análisis de viabilidad de la cirugía ambulatoria para enfermedades ginecológicas en China. *Medicina (Kaunas)*. 2021;100(1)
19. Rock JA, Jones HW. Ginecología operativa de Jones H. TeLinde. 9.a ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
20. Hafeez R, Shaikh GN. An audit of gynecological hysterectomies. *J Surg Pak*. 2021;26(4):220-4.

21. Roman RRH. Elective abdominal hysterectomy: Appraisal of indications and complications at Aminu Kano Teaching Hospital—An 8-year review. *Trop J Obstet Gynaecol.* 2017;32(3):345-50.
22. Panda S, Dalvi R, Nasreen SW, Sen S. Analysis of different routes of hysterectomy based on a prospective algorithm and their complications in a tertiary care institute. *Natl Lib Med.* 2022;32(1):15-20.
23. Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tjarks N, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;8
24. Ayeleke RO, Mourad SM, Jacobs KM, et al. Antibiotic prophylaxis for elective hysterectomy (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;9
25. Carli D, Ferreira JA, Menna-Barreto J. Effect of anesthetic technique on the quality of anesthesia recovery for abdominal hysterectomy. *Braz J Anesthesiol.* 2021;71(5):467-74.
26. Desai S, Singh RJ, Govil D, et al. Hysterectomy and women's health in India: evidence from a nationally representative, cross-sectional survey of older women. *Womens Midlife Health* [Internet]. 2023;9(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40695-022-00084-9>
27. Tello G, Rojas P, Sánchez M, et al. Histerectomía total vía abdominal: revisión de la literatura [Internet]. Santiago: Red Clínica; 2024 [citado 15 nov 2024]. Disponible en: <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/2185.pdf>
28. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;8
29. World Health Organization. Global prevalence of hysterectomy: indications and outcomes. *Bull World Health Organ.* 2021;99:152-9.
30. Ribeiro PB, Silva MD, Lima JR. Epidemiological characteristics of hysterectomy patients in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(5):322-8.

31. González-Merino MA, et al. Hysterectomy trends in Latin America: A focus on accessibility. *Mex J Obstet Gynecol.* 2022;90(3):101-6.
32. Ministerio de Salud de El Salvador. Indicadores de salud 2023. San Salvador: MINSAL; 2023.
33. Hernández López R, et al. Perfil clínico-epidemiológico de mujeres sometidas a histerectomía abdominal en El Salvador. *Rev Med Salvador.* 2022;14(1):45-52.
34. Departamento de Estadística, Hospital Nacional de la Mujer. Informe anual de cirugías 2023. San Salvador: HNM; 2023.
35. Hospital Nacional de la Mujer. Protocolos quirúrgicos y manejo postoperatorio en histerectomía abdominal. Informe institucional. 2023.