

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DE LA
HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL
AÑO 2017 AL 2019**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

LLACUASH AGUILAR JEHINSON GIANCARLO

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2020

ASESOR

Dr. Francisco Vallenás Pedemonte

AGRADECIMIENTO

Al servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora, que me brindó las facilidades para realizar la presente investigación.

En especial al Dr. Juan Carlos Delgado Salazar por su apoyo y enseñanza.

DEDICATORIA

A los motores de mi vida, mi madre Zoila y mi padre Fabian que, con su apoyo y amor incondicional, hacen de mí día a día una mejor persona.

A Dios por siempre iluminar mi camino.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Se llevó a cabo un estudio sobre los factores asociados a las complicaciones de la histerectomía. La histerectomía, como cualquier cirugía, no está ajena a la aparición de ciertas complicaciones que puedan presentarse en pleno o luego del acto quirúrgico, y son más susceptibles a ellas cuando se acompaña de aquellos factores de riesgo.

OBJETIVO: Determinar los factores asociados a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico de casos y controles, retrospectivo y transversal, donde se consideró una muestra de 200 postoperadas de histerectomía, divididas en 2 grupos, 100 casos que presentaron alguna complicación y 100 controles que no la presentaron, con los criterios de inclusión y exclusión considerados.

RESULTADOS: Las variables cirugía abdominal previa, obesidad, tiempo quirúrgico, sangrado y descenso de hemoglobina presentaron un valor de p menor a 0,05 existiendo una relación estadística significativa y también presentaron un OR e intervalo de confianza que los clasificó como factor de riesgo.

CONCLUSIONES: Existen factores asociados a las complicaciones de la histerectomía en pacientes que se les realizó dicho procedimiento quirúrgico del Servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019, los cuales son el haber tenido cirugía abdominal previa, obesidad, tener un tiempo quirúrgico mayor o igual a 90 minutos, tener una cantidad de sangrado mayor de 500 cc o un descenso de hemoglobina mayor o igual a 2 g/dl.

PALABRAS CLAVES: Histerectomía, complicaciones, factores asociados.

ABSTRACT

INTRODUCTION: A study was conducted on the factors associated with the complications of hysterectomy. Hysterectomy, like any surgery, is no stranger to the appearance of certain complications that may occur in full or after the surgical act, and are more susceptible to them when accompanied by those risk factors.

OBJECTIVE: To determine the factors associated with the complications of hysterectomy at the María Auxiliadora Hospital between 2017 and 2019.

MATERIALS AND METHODS: An observational, analytical case-control, retrospective and cross-sectional study was conducted, where a sample of 200 postoperative hysterectomy was considered, divided into 2 groups, 100 cases that presented some complication and 100 controls that did not presented, with the inclusion and exclusion criteria considered.

RESULTS: The variables previous abdominal surgery, obesity, surgical time, bleeding and decrease in hemoglobin presented a value of p less than 0.05 with a significant statistical relationship and also presented an OR and confidence interval that classified them as a risk factor.

CONCLUSIONS: There are factors associated with the complications of hysterectomy in patients who underwent said surgical procedure of the Gynecology Service of the María Auxiliadora Hospital between 2017 and 2019, which are having had previous abdominal surgery, obesity, having a time Surgical greater than or equal to 90 minutes, have an amount of bleeding greater than 500 cc or a decrease in hemoglobin greater than or equal to 2 g/dl.

KEY WORDS: Hysterectomy, complications, associated factors.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es uno de los procedimientos del área ginecológica más frecuentes que se practica. La mayor parte de ellas son realizadas por indicaciones de enfermedades tipo benignas. Como cualquier cirugía, la histerectomía no está ajena a la aparición de ciertas complicaciones que puedan presentarse en pleno o luego del acto quirúrgico, y son más susceptibles a ellas cuando se acompaña de aquellos factores de riesgo como son las cirugías previas, obesidad, anemia, entre otros. En nuestro país, la histerectomía abdominal aún sigue siendo el tipo más practicado, a pesar de que abarca ciertas complicaciones tanto intra como postoperatorias. A nivel nacional aún no hay estudios suficientes con respecto a este procedimiento ginecológico.

En el capítulo I, se enfoca sobre el problema, el planteamiento del problema, la formulación del problema, la justificación, la delimitación del área de estudio, las limitaciones de la investigación; también los objetivos como el propósito de la investigación.

En el capítulo II, se procede a desarrollar el marco teórico el cual incluye antecedentes tanto nacionales como internacionales relacionados al tema de investigación. En bases teóricas se incluye información sobre los tipos de histerectomía, etapas quirúrgicas, ventajas y desventajas, postoperatorio, complicaciones tanto intra como postoperatorias, incorporando las hipótesis, variables y la definición operacional de términos.

En el capítulo III, se explica la metodología de la investigación; el cual es plasmado en el diseño metodológico. Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, analítico de casos y controles, retrospectivo y transversal.

En el capítulo IV, se procede a plasmar los resultados obtenidos en el estudio mediante tablas y gráficos de barras, con su respectiva interpretación. Abarca

también la discusión utilizando como referencia los estudios considerados en los antecedentes nacionales e internacionales de la presente investigación.

En el capítulo V, se desarrolla la conclusión y las recomendaciones pertinentes al tema.

ÍNDICE

CARATULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	ix
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 GENERAL	2
1.2.2 ESPECÍFICOS	2
1.3 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.5 JUSTIFICACIÓN	4
1.6 OBJETIVOS	5
1.6.1 GENERAL	5
1.6.2 ESPECÍFICOS	5
1.7 PROPÓSITO	5

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2 BASES TEÓRICAS	12
2.3 MARCO CONCEPTUAL	36
2.4 HIPÓTESIS	38
2.4.1 GENERAL	38
2.4.2 ESPECÍFICAS	38
2.5 VARIABLES	39
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	40
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	43
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	43
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	43
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	43
3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	46
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	47
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	48
4.1 RESULTADOS	48
4.2 DISCUSIÓN	56
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
5.1 CONCLUSIONES	58
5.2 RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	65

LISTA DE TABLAS

Pág:

TABLA N° 1: FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.	48
TABLA N° 2: FACTORES PREOPERATORIOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.	51
TABLA N° 3: FACTORES INTRAOPERATORIOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.	53
TABLA N° 4: FACTORES POSTOPERATORIOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.	55

LISTA DE GRÁFICOS

Pág:

GRÁFICO N° 1: LA HISTERECTOMÍA ASOCIADA SEGÚN CIRUGÍA ABDOMINAL PREVIA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019. 52

GRÁFICO N° 2: LA HISTERECTOMÍA ASOCIADA SEGÚN OBESIDAD EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019. 52

GRÁFICO N° 3: LA HISTERECTOMÍA ASOCIADA SEGÚN TIEMPO QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019. 54

GRÁFICO N° 4: LA HISTERECTOMÍA ASOCIADA SEGÚN SANGRADO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019. 54

GRÁFICO N° 5: LA HISTERECTOMÍA ASOCIADA SEGÚN DESCENSO DE HEMOGLOBINA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019. 55

LISTA DE ANEXOS

	Pág:
ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	66
ANEXO N° 2: INSTRUMENTO	69
ANEXO N° 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO-CONSULTA DE EXPERTOS	71
ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	77

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todas las cirugías a nivel mundial que son realizadas tienen tanto complicaciones como riesgos que pueden afectar de alguna u otra forma el pronóstico de quien fue intervenido y que puede llegar a relacionarse con una complicación severa, su diagnóstico veloz y manejo adecuado.

De acuerdo a diversos estudios que se dieron en diferentes hospitales, el porcentaje de complicaciones que tienen que ver con las operaciones realizadas en el ámbito ginecológico está entre el 0,2 y el 26%, con un porcentaje de muerte inferior al 1% a nivel mundial.¹

En la realización de la histerectomía, las más habituales complicaciones que se pueden llegar a dar son el daño ureteral, vesical, intestinal y vascular. Diversas investigaciones dan un porcentaje del 0,3 al 1% de daño a nivel del área urinaria, la lesión intestinal y de vasos pélvicos mostraron un porcentaje menor correspondiendo a un 0,4 y 0.5% a nivel mundial.¹

Las infecciones del área operatoria, dehiscencia y la necesidad de transfusión son aquellas complicaciones que también se pueden llegar a dar, pero son menos comunes.¹

El visualizar anticipadamente las complicaciones es aquel factor esencial que forma parte del éxito de la cirugía. Por ello es también esencial el cuidado post-operatorio de las pacientes controlando periódicamente la diuresis, presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, saturación, análisis de sangre y demás pruebas que nos demuestre como va evolucionando las pacientes.

En el Perú hay pocos estudios referentes a la histerectomía, sin embargo, es una de las cirugías que se realizan habitualmente en el servicio ginecológico.

Por ese y otros motivos, con la finalidad de aumentar el saber de este procedimiento que es fundamental, nació el deseo de elaborar el actual estudio.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019?

1.2.2 ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los factores preoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019?
- ¿Cuáles son los factores intraoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019?
- ¿Cuáles son los factores postoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019?

1.3 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

DELIMITACIÓN ESPACIAL

Se desarrolló en el Servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora.

DELIMITACIÓN TEMPORAL

Se realizó entre el mes de enero del año 2017 al mes de diciembre del año 2019.

DELIMITACIÓN SOCIAL

Estuvo conformada por aquellas mujeres postoperadas de histerectomía del Servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

ECONÓMICO-FINANCIERA

Solo se realizó la revisión de las historias clínicas de las pacientes postoperadas de histerectomía.

RECURSOS HUMANOS

En este aspecto, se contó con algunas dificultades al desarrollar esta investigación ya que, se necesitó de un asesor del diseño metodológico, del área de estudio y estadístico.

RECURSOS MATERIALES

Solo se analizó las historias clínicas de las pacientes postoperadas de histerectomía, y los datos que aportaron al estudio se colocaron en las fichas de recolección de datos.

DISPONIBILIDAD DE TIEMPO

En este aspecto, se contó con algunas dificultades al desarrollar esta investigación ya que, dentro del periodo de tiempo que se ha propuesto realizarlo, se siguió desarrollando mi formación educativa.

ACCESO INSTITUCIONAL

Se destinó un documento al departamento de docencia e investigación del Hospital María Auxiliadora.

LICENCIAS

No se necesitó ningún tipo de licencia.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación brinda datos con los cuales accederemos a conocer mucho más sobre el área pre, intra y postoperatoria de la histerectomía tanto laparoscópica como la convencional.

La información recolectada fue de importancia para saber qué tipo de histerectomía es la más practicada, quienes la practican y cuáles son los factores que se relacionan a ciertas dificultades que pueden llegar a presentarse durante y luego de dichos procedimientos para que se tomen mejores medidas preventivas en los diferentes centros de salud. Este estudio se les proporcionará, no solo a especialistas del área ginecológica, sino también a médicos generales y de otras especialidades para que así tengan más saber acerca de estas prácticas quirúrgicas.

También puede ser usado de apoyo para las elaboraciones futuras de otros estudios que estén familiarizados al tema y así contribuir en el área de investigación de nuestro país.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

- Determinar los factores asociados a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

1.6.2 ESPECÍFICOS

- Establecer los factores preoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.
- Identificar los factores intraoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.
- Describir los factores postoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

1.7 PROPÓSITO

Con la presente investigación se tiene como fin aportar a la ciencia del país más conocimientos e información acerca de la histerectomía, pudiéndose llegar a provocar, por parte de los profesionales de salud, más calidad en estas prácticas quirúrgicas ginecológicas y que estos adopten una mejor conducta preventiva ante la aparición de ciertas complicaciones. También se busca y se aspira tener la oportunidad de comenzar a encaminarse en el rumbo de la ciencia que tanto se anhela alcanzar y ser el punto de partida para futuros trabajos que se realizará con la dedicación impetuosa para poder lograrlo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES NACIONALES

Lachos Ospina, J. (2017) en su trabajo titulado “Eficacia de la histerectomía laparoscópica comparado con la histerectomía convencional para la disminución de las complicaciones y estancia hospitalaria en pacientes post operados” se dedicó a revisar 10 artículos buscados en diferentes páginas que contenían base de datos referentes al tema y para obtener que grado de evidencia poseían se utilizó el Sistema Grade. Los 10 artículos poseían diferentes tipos de investigación. Con un porcentaje del 100% se llegó a que la histerectomía laparoscópica tiene mayor eficacia a diferencia de la convencional en cuanto a la disminución de varios factores, entre ellos: los días de hospitalización, complicaciones, sangrado, dolor luego de la operación, y presentaron mejor estética, calidad de vida y salud mental. Por ello este estudio concluye mediante los artículos analizados que la histerectomía laparoscópica tiene mayor eficacia que la convencional en cuanto a la disminución de la hospitalización como de las complicaciones.²

Riega Medrano C, Salazar Chumbimuni J. (2018) en su trabajo titulado “Eficacia de la histerectomía abdominal total (HAT) versus histerectomía laparoscópica total (HLT) en pacientes con cáncer de cuello uterino y miomatosis uterina” se tuvo como finalidad revisar 20 artículos ya sean nacionales como internacionales referentes al tema. Para ello se aplicó un estudio de tipo cuantitativo y tuvo como diseño una revisión sistemática. Para obtener que grado de evidencia poseían los artículos se utilizó el Sistema Grade. Los artículos tenían diferentes tipos de investigación. De los artículos revisados el 90% llegó a concluir que la histerectomía laparoscópica total tiene

mayor eficacia a diferencia de la histerectomía abdominal total en aquellas pacientes que tenían los diagnósticos de miomatosis uterina y cáncer de cuello uterino. Casi la totalidad de los artículos analizados mostraron que la HLT tiene mayor eficacia que la HAT en pacientes con las enfermedades mencionadas.³

Chung Rengifo, A. (2017), en su trabajo titulado “Complicaciones de histerectomía según vía de abordaje abdominal (HA) versus vaginal (HV) en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III ESSALUD Iquitos en el año 2016” se procedió a analizar y recolectar datos de 141 casos de post operadas de histerectomía en el periodo e institución mencionada de las cuales obtuvieron un promedio de edad de 46.78 ± 10.43 años. Los casos de histerectomía se realizaron tanto en el área ginecológica como en el área de obstetricia obteniendo un promedio de manera trimestral de 34 ± 5.6 casos y 1.3 ± 1.0 casos respectivamente. El tipo de histerectomía abdominal fue más practicada que la vaginal con un porcentaje de 85.82% y 14.18% respectivamente. La que tuvo mayor cantidad de complicaciones fue la vía abdominal a diferencia de la vaginal con un porcentaje de 19% y 15% respectivamente. El tiempo de duración de la cirugía fue similar entre los dos tipos (hora y media aproximadamente), así como también el tiempo de hospitalización (3 días aproximadamente). La miomatosis fue la indicación más frecuente de HA, mientras que el prolapso total fue la indicación más frecuente de HV. También en cuanto a las complicaciones de la histerectomía se tuvo una prevalencia de 18.44%.⁴

Fuentes Chero, C. (2015), en su trabajo titulado “Comparación entre histerectomía vaginal de útero no prolapsado y la histerectomía abdominal” fue una investigación de tipo comparativo y prospectivo. Se realizó la cirugía de un total de 21 mujeres de histerectomía vaginal (HV) y 40 pacientes de histerectomía abdominal (HA), durante el periodo y en el hospital mencionado previamente. Se llegó a evaluar diferentes características intra y

postoperatorias de cada técnica. Ambos grupos no obtuvieron algún tipo de complicación dentro de los procedimientos y los tiempos de operación, de analgesia y de recomposición fueron inferiores en las que se operaron de HV a diferencia del grupo que se operó de HA. El dolor luego de la operación también fue inferior a las 6, 12 y 72 horas en las postoperadas de HV a diferencia de las postoperadas de HA. La causa más habitual para indicación de histerectomía fue la fibromiomatosis con un 70% para HA y 57% para HV. La infección de herida operatoria fue una complicación de cantidad baja tanto en la HV como en la HA (9.5% y 7.5% respectivamente). Al final del estudio de llego a la conclusión que la HV tiene más ventajas y beneficios a nivel quirúrgico como clínico comparándolo con la HA, según los indicadores estudiados.⁵

García Arce, N. (2018), en su trabajo titulado “Calidad de vida (CV) de las mujeres jóvenes adultas de 20 a 40 años, sometidas a histerectomía abdominal (HA) o vaginal (HV) en el servicio de ginecología, en el Hospital regional Lambayeque 2015 -2016” se realizó un estudio de naturaleza descriptiva, transversal, cuantitativo y se contó con 107 mujeres postoperadas ya sean de HA o HV que pertenecieron al Hospital y con un rango de edad mencionados previamente. Para obtener material informativo se buscó una base que incluyeran datos, dentro de ellas, las historias clínicas. Se aplicó un tipo de cuestionario a las mujeres postoperadas de histerectomía que se encontraron esperando turno para ingresar consultorio externo. Se obtuvo un 70.1% de mujeres con el rango de edad, procedimiento realizado y mencionado con anterioridad, donde el 9,3% indico que su calidad de vida fue buena, 70.1% fue muy buena y el 20.6% fue excelente y que tenía asociación con su estado civil. Se tuvo como conclusión que las mujeres postoperadas de HA o HV en el hospital y periodo mencionado previamente contaron con una CV muy buena en la mayoría de casos.⁶

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Seung L, So O, Yeon C. (República de Corea, 2019), en su trabajo titulado “Comparación de la histerectomía vaginal y la histerectomía laparoscópica: una revisión sistemática y metanálisis” se tuvo como objetivo la comparación tanto la de histerectomía vaginal (HV) como de la histerectomía laparoscópica (HL) dirigiéndose a sus complicaciones y resultados quirúrgicos . Se escogieron ensayos controlados de manera aleatoria que compararon HV con HL. Se abarcó investigaciones publicados luego de enero del año 2000 en las ciertas páginas y base de datos. Primero se comparó la cantidad de complicaciones y luego se compararon diferentes factores como por ejemplo la pérdida sanguínea, tiempo quirúrgico, tiempo de hospitalización, conversión dentro de la operación, dolor luego de la operación y en cuanto tiempo se recuperaban. 18 estudios de 1618 pacientes cumplieron con los criterios dispuestos en la investigación. No se evidencio diferencias en las complicaciones, la conversión dentro de la operación, el dolor luego de la operación en el mismo día del procedimiento y a los dos días, la duración del tiempo de hospitalización y en cuanto al tiempo que se recuperan entre HV y HL. La HV se vinculó con un menor tiempo de cirugía y menor dolencia luego de la operación a las 24 h que HL. Se llegó a la conclusión que cuando ambos abordajes quirúrgicos son factibles, la HV debe mantenerse como la cirugía elegida para la histerectomía benigna.⁷

Carmona García, J. (Venezuela, 2016), en su trabajo titulado “Análisis de 100 casos de histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino” se tuvo como objetivo principal determinar el beneficio de la histerectomía vaginal como tipo quirúrgico en enfermedad uterina de naturaleza benigna. Se elaboró un estudio de tipo observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo en 100 pacientes con enfermedad uterina de naturaleza benigna, sin tener prolapso a nivel genital entre el año 2011 al 2013 en el Servicio de Ginecología del Hospital Central, “Dr. José María Vargas” de San Cristóbal, las cuales se las

histerectomizó por vía vaginal. Entre los resultados, la indicación más habitual fue la miomatosis uterina, la cesárea previa fue el antecedente operatorio más resaltante, el peso del útero tuvo una media de 281,22 g. Las complicaciones dentro del acto quirúrgico fueron del 2%, las complicaciones luego del acto quirúrgico leves 1% y las de rango moderado 2%. El tiempo operatorio fue breve. Se concluyó la histerectomía a nivel vaginal posee pocas complicaciones tanto dentro como luego del acto quirúrgico, con un tiempo operatorio breve.⁸

Santos López A, Gorbea Chávez V, Rodríguez Colorado S. (México, 2015), en su trabajo titulado “Histerectomía vaginal para úteros grandes y sin prolapso mediante morcelación y aguja de Deschamps” se realizó un estudio de tipo cohorte retrospectiva desde el año 2009 al 2014 en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México. Se realizó la comparación de las características demográficas, antes, dentro y luego del acto quirúrgico de dos grupos de estudio. El grupo de estudio abarcó 48 pacientes con útero voluminoso sin poseer prolapso y en quienes se les realizó técnicas de morcelación y aguja de tipo Deschamps y el grupo control consistió en 50 pacientes con útero prolapsado. En cuanto a la edad, cantidad de cesáreas, índice de masa corporal, diagnóstico antes de la operación, peso del útero, en los dos grupos existió diferencias significativas en cuanto a lo estadístico. Mientras que en la hemoglobina antes de la operación, pérdida de sangre, tiempo de la cirugía, tiempo de hospitalización y la aparición de complicaciones en los dos grupos no existió diferencias significativas en cuanto a lo estadístico. Se concluyó que la histerectomía de tipo vaginal empleando técnicas de morcelación y aguja de tipo Deschamps en mujeres con úteros voluminosos sin poseer prolapso es tanto segura como efectiva y tiene complicaciones semejantes a las que aparecen en la histerectomía de tipo vaginal prolapsado.⁹

Naveiro Fuentes, M. (España, 2018), en su trabajo titulado “Complicaciones de la histerectomía en función de su vía de abordaje y otros factores” se elaboró un estudio de tipo descriptivo observacional. La base de datos de las histerectomías elaboradas en la Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Virgen de la Nieves de Granada entre el año 2011 al 2015 sirvió como fuente de la información. Se elaboraron un total de 1430 histerectomías en el periodo y lugar mencionado, de los cuales 1083 fue por patología de origen benigno y 347 fue por patología de origen maligno. El tipo de histerectomía más practicada fue la abdominal y fue esta la que obtuvo un mayor número de complicaciones siendo la hemorragia la más habitual. El tiempo de hospitalización también fue más larga en la histerectomía abdominal. Se concluyó que la histerectomía por vía abdominal presenta un riesgo elevado de cualquier tipo de complicaciones por lo que ha de ser considerada como opción última en la medida de lo posible. La histerectomía laparoscópica posee ciertas ventajas como un riesgo mucho menor de complicaciones luego del acto quirúrgico y un corto tiempo de hospitalización.¹⁰

Hildebrandt T, Emir S, Boosz A. (Alemania, 2018) en su trabajo titulado “Histerectomía laparoscópica total: ¿cómo afecta la capacitación de cirujanos en una operación estandarizada a hospitales y pacientes?” se realizó una investigación de tipo analítico retrospectivo de los datos que se obtuvo de 571 pacientes postoperadas de histerectomía laparoscópica total (TLH) en el Departamento de Ginecología de la Universidad de Erlangen de 2009 a 2012, con / sin anexectomía, por una indicación benigna; y de datos para 255 pacientes postoperada de lo mismo en el Hospital Municipal de Karlsruhe en 2013-2014. Las mujeres se partieron en dos poblaciones: aquellas en las que la cirugía fue hecha por especialistas con gran experiencia que habían tenido al menos 40 cirugías independientes; y aquellos en quienes lo hizo un residente en prácticas que personalmente había tenido menos de 40 cirugías. En los dos grupos, las pacientes tenían peso corporal, pesos de úteros y

pérdidas de sanguínea de manera similar. Los pacientes en el grupo de especialistas eran ligeramente mayores en cuanto a la edad. No existieron diferencias en el porcentaje de complicaciones. Más de dos tercios de las complicaciones se dieron en pacientes con operaciones anteriores. Las cirugías de los residentes contaron con mucho más tiempo. Los tiempos de hospitalización en ambos grupos todavía estaba por debajo del umbral promedio de estadía bajo el sistema DRG de Alemania, por lo que no se dieron pérdidas de ingresos incluyendo a las cirugías de capacitación. Se llegó a la conclusión que los procedimientos de capacitación y enseñanza de manera supervisada por cirujanos con determinada experiencia son tan seguras y adecuadas como los procedimientos de los cirujanos experimentados. Las pacientes tratadas por especialistas tendían a tener más operaciones anteriores y eran mayores en cuanto a la edad, con una tendencia hacia el útero más grande en diámetro. El entrenamiento de operaciones consta de un tiempo adicional de aproximadamente 10-20 min por operación.¹¹

2.2 BASES TEÓRICAS

HISTERECTOMÍA

La Histerectomía, que consiste en extirpar el útero, es uno de los actos operatorios ginecológicos más realizados a nivel mundial para tratar enfermedades uterinas.¹²

Tanto las causas de enfermedades benignas como malignas entre otras son las razones para la realización de histerectomía. Dentro de las enfermedades benignas más comunes por lo cual se indica este procedimiento está el prolapso de órganos pélvicos y los leiomiomas sintomáticos, aunque también están enfermedades como la endometriosis, hemorragia uterina anormal, entre otras.¹²

Todas las pacientes que se someterán a una histerectomía previamente deberán tener los resultados anormales de valoración de cáncer cervicouterino y prueba de Papanicolaou.¹³

EPIDEMIOLOGÍA

Actualmente la histerectomía es la cirugía ginecológica mayormente realizada en países que están desarrollados, y a pesar que la mortalidad en estos procedimientos ha ido disminuyendo notoriamente con el paso del tiempo, la morbilidad en estos actos operatorios aún persiste.¹⁴ En EE.UU. se practican más de 500.000 histerectomías anualmente y se valora que 1/3 de la población femenina del país mencionado se le extraerá el útero antes de cumplir los 65 años. En España la cantidad de esta cirugía es de 105 por cada 100.000 mujeres.¹⁵ La forma que se realiza con mayor continuidad en diversos países europeos es la abdominal total. En cuanto a los gastos financieros en hospitales de las histerectomías son aproximadamente a unos 5.000 millones de dólares anualmente. No hay tanta diferencia entre cada tipo de histerectomía en la cantidad de defunciones. Son muy habituales luego de la histerectomía la presencia de infecciones a nivel pélvico y la fiebre.¹⁵

TIPOS DE HISTERECTOMÍA

La histerectomía consta de diferentes accesos para llevarse a cabo, entre ellos tenemos la vaginal, abdominal, laparoscópico o robótico, y diversos factores influyen su selección. Entre esos factores tenemos las propiedades físicas tanto de la pelvis como el útero, si hay o no alteración de anexos, el tiempo de hospitalización, los costos, las

indicaciones operatorias, el tiempo de recuperación, entre otros. Cada método operatorio presenta ventajas y desventajas.¹³

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

La mayoría de las histerectomías que se realizan aplican una incisión abdominal. De acuerdo a la situación clínica se puede escoger tanto una incisión vertical como transversa. Se suele preferir una incisión vertical cuando la paciente presenta un útero grande, dado que se obtiene un suficiente espacio quirúrgico.¹²

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Este método permite una gran capacidad de manipulación de los órganos que hay a nivel pélvico. Por ejemplo, facilita a la realización de una ooforectomía ya que brinda acceso a los ovarios entre otros procedimientos. A diferencia de la histerectomía laparoscópica, la abdominal se realiza en un tiempo operatorio menor, no requiere de la obtención de avanzados instrumentos, ni la experiencia laparoscópica. Aunque la abdominal, en cuanto a sus desventajas, presenta mayor dolor en la herida operatoria, más días de estancia hospitalaria y más riesgo de presentar un cuadro febril e infección de la herida operatoria. Comparándolo con el método vaginal, la abdominal se relaciona con un más alto riesgo de lesiones ureterales y de transfusiones sanguíneas, aunque la lesión vesical y la presencia de hemorragia luego del acto operatorio es de menor riesgo.¹³

- **ETAPAS QUIRÚRGICAS**

- **Anestesia y ubicación de la paciente**

Frecuentemente la anestesia es general. La paciente dentro de la sala de operaciones se le pondrá en decúbito supino, se le colocará una sonda vesical para la evacuación de la orina y se prepara quirúrgicamente al abdomen y vagina.¹³

- **Acceso abdominal**

Como se había mencionado, se puede optar por una incisión vertical o transversa y para su buena elección influyen ciertos factores clínicos.¹³

- **Exposición**

Luego de acceder a la cavidad a nivel abdominal se procede a la colocación de un separador que tenga la capacidad de autoretener como el Balfour o el de O'Connor-O'Sullivan. Visualmente y de manera manual se llega a explorar el abdomen y la pelvis y con compresas de vientre se aparta el intestino del campo operatorio. Una vez que se llega al útero, se lo sujeta y se eleva por fuera de la zona pélvica.¹³

- **Corte transversal del ligamento redondo**

Por medio de las trompas de Falopio (TF) y ligamento uteroovárico (LUO) se procede a la colocación de pinzas Kelly tipo curvas tanto al lado derecho como izquierdo. La histerectomía comienza cortando, a nivel central, uno de los ligamentos redondos (LR), con el fin de acceder al retroperitoneo y así visualizar al uréter e identificar al ligamento cardinal y a la arteria uterina (AU) para seccionarlos posteriormente. Se

procede a colocar un punto de sutura transfixivo casi a 1 cm a nivel proximal y otra a 1 cm a nivel distal al lugar donde se decide cortar. Se crea una tensión sobre la parte interpuesta del ligamento y se llega a cortarlo en los primeros uno a dos centímetros del ligamento ancho (LA).¹³

- **Hojas del ligamento ancho (LA)**

Posteriormente se aparta el LA originando a las dos hojas, tanto anterior como posterior. Con pinzas que no provocan trauma se llegan a sujetar tantos los bordes de la parte interna como externa de la hoja que se encuentra en la parte anterior. Se lleva hacia arriba y afuera la tensión sobre los bordes mencionados y se procede a seccionar en una vía tipo curva a la parte inferior y también a la línea de la parte media hasta llegar a la altura vesicouterina. Los pasos últimamente mencionados se realizan de la misma manera en el lado contralateral. Posteriormente se debe identificar a los uréteres alejándolos del campo operatorio y así llegar a cortar a nivel de la hoja posterior del ligamento ancho.¹³

- **Ooforectomía**

Para la realización de este procedimiento mediante una pinza de Babcock se sostiene tanto la trompa de Falopio como el ovario, colocándose hacia arriba y separándose del ligamento infundibulopélvico (IP). Se llega al peritoneo y se amplía la incisión en dirección cefálica lateral. Se pueden aplicar dos pinzas de Heaney de tipo curvas alrededor una vez aislado el ligamento IP. Luego se procede a colocar dos pinzas laterales donde se tiene planificada el corte y una en la parte medial. Se corta el ligamento IP y se llega a ligar colocando una sutura de tipo libre absorción lenta y esta debe estar alrededor de la parte

más próxima de la pinza de Heaney. Mientras se está anudando, se saca la pinza que está a nivel proximal. Se hace un punto de sutura tipo transfictiva a nivel de la pinza de Heaney que resta. Mientras se está anudando se saca la pinza de Heaney que resta.¹³

Debido a que el anexo está separado de la pared pélvica lateral y puede llegar a incomodar la operación, los anexos se sostienen con una pinza ubicada aun en el LUO u otra opción es extirpar y retirar el anexo.¹³

- **Colgajo vesical**

En cuanto a la vejiga se corta la parte peritoneal que junta el límite superior del área vesical al istmo del útero cuando se llegó a abrir la hoja anterior del LA. Para que la vejiga llegue a moverse y de esta manera se separa del cuello uterino y del istmo uno de los métodos es la disección cortante.¹⁴

Hay sólo tejido conjuntivo areolar laxo uniendo el lado posterior del órgano vesical y la anterior del istmo uterino y el cuello. Existen varias técnicas para movilizar la vejiga alejándola del istmo y cuello uterino. En el hospital del autor, el método preferido es la disección cortante. Se llega a sostener el pliegue vesicouterino y suspende para originar tensión con el cuello del útero a nivel del fondo. Se origina contracción en el mismo tiempo jalando la pinza Kelly en dirección superior. Posteriormente se cortan las bandas de tejido conjuntivo con tijeras finas tipo Metzenbaum que se ubican por dentro del espacio vesicouterino.¹³

- **Arterias uterinas (AU)**

Una vez identificadas las AU, se debe realizar una incisión llamado esqueletonización que consiste en cortar un tipo de

tejido que está rodeando los vasos del útero, provocando un tejido de pequeño volumen que se sitúa en el pedículo vascular donde se va a llegar a pinzar. Para realizar la eskeletonización se debe sostener con una pinza de tipo lisa y fina el tejido que queda excesivo, retrayéndolo despacio en sentido lateral separándolos de los vasos. Con tijeras de tipo Metzenbaum se procede a cortar este tejido próximo al útero. Posteriormente, por debajo del lugar donde se está planeando cortar los vasos, se ponen dos pinzas curvas de tipo Heaney. Encima del corte planeado se procede a colocar otra pinza curva y se corta de manera transversal los vasos uterinos. Posteriormente se colocan puntos y se van retirando las pinzas.¹³

- **Amputación del fondo uterino**

Posterior a la ligadura que se produjo bilateralmente a nivel de las AU se separa con una incisión del cuello e istmo si el útero es voluminoso e incrementado de tamaño. Luego de sacar el cuerpo, se procede a suspender el cuello poniendo pinzas de tipo Kocher encima de las paredes anterior y posterior del istmo.¹³

- **Incisión de los ligamentos cardinales (LC)**

Para ello se utilizan pinzas Heaney de tipo recta para sostener el ligamento cardinal. Se corta la parte del LC que estaba sostenida. Posteriormente se procede a colocar puntos tipo simples transfixivos, se anuda y se saca la pinza. De la misma manera se realiza en el lado opuesto. Y así el ligamento cardinal se llega a ligar desde la parte superior hasta la inferior y también a nivel de la cara lateral del cuello del útero.¹³

- **Corte transversal del ligamento uterosacro (LUS)**

Por el momento las únicas estructuras de soporte que restan y que están aún adheridas al cuerpo del útero son los LUS. Con una pinza se sostiene cada ligamento junto a la inserción uterina. Posteriormente se corta a nivel medio de la pinza, se coloca un punto tipo transfixivo, retirando la pinza.¹³

- **Extracción del útero**

Se corta el tejido de la vagina encima del nivel donde están las pinzas y mediante este proceso se aleja el útero de la pelvis.¹³

- **Cierre de la herida.**

La incisión a nivel abdominal finalmente se cierra.¹³

POSOPERATORIO

Luego de la histerectomía de este tipo se dan los diferentes cuidados al igual que las diferentes operaciones que se realizan a nivel abdominal. El tiempo de estancia hospitalario se diferencia entre 1 y 4 días. En cuanto al ámbito sexual, este suele retrasarse entre 4 a 6 semanas luego de la operación. A diferencia del tipo vaginal o laparoscópico, la presencia de fiebre luego de la operación es habitual en la abdominal. Debido a la elevada frecuencia de fiebre que aún no se le explica del todo que suele desaparecer de manera espontánea, es recomendable observar al paciente entre 24 a 48 horas si es que presenta aumento de temperatura. Entre otras alternativas se puede indicar antibióticos y/o exámenes extras como ecografías.¹³

HISTERECTOMÍA VAGINAL

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Este tipo de histerectomía brinda un tiempo recuperativo más breve, hospitalización y tiempo de operación de más corto tiempo, y también presenta mucha menor morbilidad a nivel quirúrgico. Se debe escoger este tipo de histerectomía cuando los órganos pélvicos son de menor tamaño, el descenso del útero es de cierto grado y cuando no se necesita acceder a la parte alta del abdomen. Este acceso quirúrgico no se suele indicar en pacientes que poseen una pelvis estrecha o importantes adherencias a nivel de la pelvis.¹³

ETAPAS QUIRÚRGICAS

- **Anestesia y posición de la paciente**

Se coloca la de tipo regional o general. Posterior a ello se la pone en posición de litotomía dorsal alta para no lesionar ciertos nervios. Se prepara la vagina de manera quirúrgica y se elimina la orina vaciando la vejiga.¹³

- **Incisión de la pared vaginal**

Se debe juntar los labios tanto anterior como posterior del cuello del útero con una pinza tipo Lahey. Se administran entre 10 y 15 ml de solución salina acompañado de vasopresina o lidocaína al 0.5% acompañado de adrenalina de manera circular debajo de la mucosa, situado por arriba de la unión cervicovaginal. Por arriba del cuello se rodea la pared vaginal. El corte se debe mantener superficial a la aponeurosis pubocervical.¹³

- **Acceso peritoneal anterior**

En esta parte se sostiene la pared de la vagina a nivel anterior y se suspende hacia arriba con una pinza tipo Allis. El que realiza la operación mete hacia abajo y arriba contra el cuello del útero con su dedo que este envuelto con una gasa para así disecar las fibras y mover la vejiga en dirección a nivel cefálico. Se mantiene este procedimiento hasta llegar al pliegue vesicouterino. Este se observará como una línea transversa de color blanca que pasa la parte anterior del cuello. Se identifican dos capas delgadas lisas del peritoneo a la palpación que se deslizan entre sí. Se sostiene el pliegue vesicouterino y se suspende hacia arriba para crear una tensión en la capa peritoneal y que se procede a cortarla. Se pone el separador anterior con su lado distal en la cavidad peritoneal y manteniendo elevado la vejiga.¹³

- **Acceso posterior**

El fondo del saco vaginal posterior se muestra elevando hacia adelante tanto la pinza de Lahey como el cuello. Se pone una pinza tipo Allis a nivel de la pared vaginal posterior y a nivel del borde externo del corte circular anteriormente originado. Mediante el peritoneo posterior expuesto se crea una tensión traccionando hacia abajo la pinza tipo Allis. Se llega al fondo de saco posterior de Douglas cortando la pared vaginal posterior con las tijeras de Mayo tipo curvas. La valva vaginal corta con peso se reemplaza por una hoja más larga que llega al fondo de saco.¹³

- **Corte transversal de los ligamentos uterosacros (LUS) y cardinales**

Se reconoce el LUS, se pone una pinza tipo Heaney curva, se corta de manera transversal y se procede a ligar con un punto transfixivo. También se procede a ligar el LUS que esta

opuestamente. De la misma forma se procede a pinzar, cortar y suturar los ligamentos cardinales. Posteriormente se ponen hemóstatos en forma de referencia para que luego se una a la cúpula vaginal para apoyar a su sostén en un plazo largo.¹³

- **Arterias uterinas (AU)**

Se identifica la AU de un lado y se sujeta. Se coloca una sutura simple detrás de la pinza y se amarra antes de retirar la pinza. A continuación, se liga de la misma manera la AU del lado opuesto.¹³

- **Ligamentos uteroovárico (LUO) y redondo (LR)**

Se llegan a pinzar el LR, LUO y las salpinges con dos pinzas tipo Heaney curvas si el útero es de dimensiones pequeñas y su descenso es adecuado. Mediante puntos de tipo simples proximales y transfictivos distales cada pedículo se procede a ligar en dos oportunidades. Por medio de una incisión de colpotomía anterior y posterior, el cuerpo del útero se saca si éste es de dimensiones grandes para exponer los 3 ligamentos mencionados anteriormente. Para la extracción del fondo se utilizan los dedos o una pinza.¹³

- **Fragmentación**

Se realiza un corte a nivel central desde el cuello hasta el fondo con tijeras o también con bisturí si es que el fondo del útero es de dimensiones grandes para llegar a sacarlo, disminuyendo su volumen previo a ligar las uniones de los cuernos uterinos. Luego de disminuir su volumen, se procede a poner pinzas de Heaney alrededor del LUO, encima del ligamento y la trompa de Falopio.¹³

- **Ooforectomía**

Para este procedimiento se sostienen los anexos con una pinza tipo Babcock, se tracciona y se corta. Se procede a pinzar y ligar el ligamento infundibulopélvico (IP) de forma similar al pedículo uteroovárico.¹³

- **Valoración de la hemostasia**

Luego de quitar el útero se observan los pedículos de la cirugía para ver si hay sangrado o no. Se corta el material de sutura del ligamento IP si es que la hemostasia es buena.¹³

- **Cierre de la cúpula vaginal**

Se continúa cerrando el peritoneo. Posteriormente se cierra la incisión a nivel de la pared de la vagina de izquierda a derecha con puntos de tipo separados continuo con el material respectivo.¹³

POSOPERATORIO

Normalmente las mujeres postoperadas de este tipo de histerectomía poseen una función intestinal normal con un retorno precoz, y en comparación a la histerectomía abdominal las pacientes tienen una caminata más fácil y poco requerimiento de anestésicos luego de la histerectomía vaginal.¹³

HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Existen diversas técnicas para la realización de histerectomía laparoscópica, entre ellas tenemos:¹³

- Laparoscopia diagnóstica antes de la histerectomía vaginal
- Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia
- Histerectomía laparoscópica
- Histerectomía laparoscópica total: extracción laparoscópica completa del útero.¹³

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

En cuanto a sus ventajas son el requerimiento de analgésicos inferiores, estancias de hospitalización menores, evolución recuperativa más pronta y un porcentaje menor de infección de la herida operatoria. En cuanto a su desventaja es que toma mayor tiempo en su realización llevando así un tiempo de operación más amplio, pero el aprendizaje o la experiencia del cirujano podría ser un factor.¹³

La presente técnica está indicada en enfermedades de tipo benignas que frecuentemente necesitan abordarlos por vía abdominal ya sea en las situaciones de masas anexiales, miomatosis a nivel uterino, cáncer ovárico, entre otras y cuando la técnica vaginal no está indicada como en los casos de vagina que son estrechas, arco púbico también estrecho y en las pacientes que se es muy dificultoso que se coloque en posición de litotomía como las que padecen de artritis. Diversos investigadores manifiestan que úteros que posean un peso mayor de 700 gramos no deberían ser extraídos laparoscópicamente, pero en diversas series se acepta un peso entre 200 – 500 gramos y los que deciden en la reducción del tamaño del útero y luego realizar la cirugía

aceptan entre 1000 gramos a más. En ciertos casos en donde hay presencia de miomas grandes, el que se realice la técnica laparoscópica dependerá de ciertos factores como por ejemplo la forma y las longitudes del útero, que tan móvil es la pelvis, su ubicación, que tan ancho área pélvica y también la experiencia que cuenta cada personal quirúrgico.¹⁶

ETAPAS QUIRÚRGICAS

- **Anestesia y posición de la paciente**

La mayoría de las pacientes deberán estar hospitalizadas y se optara por la anestesia tipo general. La paciente se pondrá en litotomía dorsal y mediante la palpación bimanual se terminará el examen físico ginecológico para saber el tamaño uterino. Se prepara a la paciente a nivel abdominal y vaginal preoperatoriamente. Se procederá a la colocación de una sonda vesical para evitar un daño de la vejiga.¹³

- **Posición del equipo quirúrgico**

A nivel de los pies de la paciente se encuentra la torre de equipamiento y detrás del denominado segundo ayudante. El cirujano principal se sitúa hacia la cabeza de la paciente y a la izquierda de la paciente se encuentra el denominado primer ayudante.¹⁶

- **Puertos de trabajo y resto de la técnica**

Se lleva a cabo un corte de tipo semicircular a nivel de la parte inferior de la cicatriz umbilical. En ese nivel se coloca la aguja de Veress dentro de la cavidad abdominal, mediante el test de Palmer se verifica su adecuada posición. Se procede a provocar

neumoperitoneo mediante la colocación de dióxido de carbono y cuando se llega a la presión indicada que es de aproximadamente de 12 a 15 mmHg, se procede al retiro de una aguja especial y se llega a poner el trocar de cierta medida (10 mm) a nivel del corte periumbilical, donde se coloca el lente que esta acoplado a la videocámara. Se procede a revisar la cavidad del abdomen y se introduce un trocar de 5 mm mediante la visualización de la endoscopia a nivel de la fosa iliaca derecha e izquierda, antes de la incisión de la piel.¹⁶

- **Anexectomía**

Para llegar a realizar este procedimiento, se jala con una pinza el ligamento llamado infundíbulo-pélvico y se procede a la coagulación de los vasos y corta con una tijera. Se corta la hoja anterior del LA con una tijera, el corte se expande hasta el cuerpo uterino en su parte anterior, y se procede a las técnicas previamente indicadas al otro lado. Con una pinza de tipo no traumática se jala la hoja del LA que esta partida y procede a realizar el corte de la fascia pubovesicouterina con una tijera, al separar previamente a la vejiga del cuello del cuerpo del útero. Se corta con tijera la hoja posterior del LA y se procede a coagular con la bipolar y cortar el LU si es que no se hace anexectomía.¹⁶

Se corta con tijera la hoja posterior del LA y se procede a coagular por vía bipolar y corte del LUO si es que no se hace este procedimiento, se disecciona con una tijera la cara de la parte posterior del cuello del útero antes de coagulación por vía bipolar y corte con tijeras de los LUS. Se coagula por vía bipolar y corte con tijera a nivel de las AU y también cervicovaginales.¹⁶

- **Colpotomía**

Se realiza este procedimiento por arriba del manipulador del útero y también la extracción de la pieza de cirugía mediante la vagina. Se realiza el cerramiento y se fija la cúpula de la vagina a nivel de los ligamentos uterosacros, esto puede ser electivo para el que opera, ya sea por laparoscopia o por la vagina. Se hace periodización o no de lo que decida el cirujano.¹⁶

- **Termino de la cirugía**

Luego de la inspeccionar la hemostasia, se procede a extraer el dióxido de carbono dentro del abdomen y también la extracción de los trócares mediante la visualización de endoscopia y se sutura la piel con material no absorbible de tipo monofilamento.¹⁶

POSOPERATORIO

Luego de la realización de este tipo de histerectomía, similar a la histerectomía de acceso vaginal su tiempo de recuperación es más breve. Las mujeres postoperadas, en comparación a la histerectomía abdominal, la laparoscópica tiene una recuperación más breve del tránsito intestinal, necesidad de analgesia escasa y la ambulación es más rápida y fácil. Las complicaciones luego de la operación son similares a la histerectomía abdominal, aunque este último tiene mayor porcentaje de infección de sitios quirúrgicos a nivel superficial.¹³

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

Hemorragia

Es aquella pérdida de volumen sanguíneo mayor a 1.000 ml o que necesita transfundir sangre. Una hemorragia intraoperatoria adquiere importancia en la aparición de anemia luego de la operación y que aumenta considerablemente la morbilidad y mortalidad dentro de una operación. En la cirugía del área Ginecología el Sangrado que ocurre dentro del acto quirúrgico es frecuente teniendo un porcentaje de 2 a 3 % de todas las histerectomías, por lo que en sala de operaciones se debe tener lista medidas de soporte para que cuando ocurra tal complicación se actúe de manera oportuna.¹⁰

Lesión del tracto urinario

En la cirugía del ámbito ginecológico es una complicación que se conoce bien. Su detección dentro del acto quirúrgico favorece el que lo reparen, disminuyendo la consecuencia negativa que podría provocar luego de la operación y así la morbilidad. El que no se diagnostique o se haga de manera tardía conlleva a complicaciones mucho más severas como la aparición de fistulas o daño a nivel renal. Su incidencia se diferencia entre un 0,3% a 3%. El daño a nivel de la vejiga es más frecuente que a nivel ureteral, aunque esto no es del todo concluyente. En la histerectomía que se da por vía vaginal puede llegar a tener un 2%, donde el daño a nivel de la vejiga es la más frecuente. En la histerectomía por vía laparoscópica el daño de este tipo se diferencia entre 1,2 al 5%, aunque este alto porcentaje puede estar relacionado a la experiencia disminuida de los que operan con esta técnica. En la histerectomía que se realiza por vía abdominal el porcentaje de daño que se da en la zona vesical es de aproximadamente el 1% y los daños que se dan a nivel ureteral es uno de cada 1.000 actos operatorios, sin

embargo, el numero puede ser aún más alto en operaciones mucho más agresivas o relacionada a oncología.¹⁰

Lesión visceral

Es aquel daño que se da a nivel intestinal y aparece alrededor del 0.5% de las histerectomías de acceso vaginal, por vía laparoscópica presente un porcentaje disminuido entre 0,2 y 0,4% y por vía abdominal presenta un porcentaje mayor a diferencia de los anteriores accesos llegando al 1%. El daño a nivel intestinal deberá ser identificado para su pronto abordaje dentro del acto operatorio y así disminuir la morbilidad. Si se llega a identificar este tipo de lesión en una histerectomía de acceso vaginal se tiene que poner un instrumento de tipo no traumático para indicar la localización del daño y así prevenir que el asa intestinal se vaya nuevamente al área del peritoneo. Si se llega a dañar la serosa ya sea en la histerectomía de acceso abdominal o laparoscópica pue hacerse un manejo de manera expectante a diferencia del daño que se pueda ocasionar a nivel de la mucosa y la muscular donde siempre debe ser útil abordarlas para su pronto reparo.¹⁰

Lesiones vasculares

En la histerectomía de acceso laparoscópica, el daño de vasos de grandes dimensiones que hay a nivel abdominal no es mayor a 0,3 – 0,9% al colocar el primer trocar a través de la cicatriz umbilical. Las lesiones de este tipo suelen darse en mujeres de contextura delgada o en menores de edad. Para evitar estas lesiones es importante que se distienda adecuadamente el área abdominal con la finalidad de incrementar este espacio. Los daños de los vasos epigástricos inferiores son los daños vasculares más habituales que coinciden a veces con la introducción de los trocares.¹⁰

TAMAÑO UTERINO

En los casos donde existe un útero de gran tamaño o un acceso por la vagina de dimensiones estrechas, la histerectomía de acceso abdominal es aun el indicado. Aunque las tradicionales maneras de morcelación favorece extraer con seguridad y eficiencia por la vía vaginal. Aquellas técnicas que tienen como finalidad reducir el volumen o tamaño del útero no incrementan la morbilidad dentro del acto operatorio, por ello la aparición de complicaciones no necesariamente tener relación con el tamaño del útero. Al comparar la vía laparoscópica con la vaginal, las evidencias quirúrgicas y la pérdida del volumen sanguíneo en un útero de dimensiones grandes son similares. Aunque la vía laparoscópica requiere de mayor tiempo operatorio y costo del hospital. Por ello, el tener un saber importante y buen manejo de las diferentes técnicas de morcelación del útero son fundamentales cuando se opta por la histerectomía por vía vaginal en un útero de mayor tamaño o cuando la vía vaginal presenta estrechez. Por ello la histerectomía vaginal debe ser más considerada que la abdominal y para eso debe seguir instruyéndose en la práctica por vía vaginal.¹⁷

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Complicaciones urinarias: retención urinaria

Esta complicación es la incompetencia o defectuosidad para orinar por más que la vejiga se encuentre repleta y provoca un residuo luego de la micción alto. Entre los riesgos que incitan la aparición de esta complicación es que la paciente tengas más de 50 años, presente una patología a nivel neurona, la utilización de una anestesia de tipo regional, una operación que dure más del par de horas, que la paciente presente una cirugía a nivel pélvico como antecedente entre otras. En este tipo de operaciones esta complicación es relativamente habitual,

mayormente de la histerectomía por acceso vaginal. Los síntomas que pueden llegar a tener esta complicación son la sensación de un vaciado no completa a nivel vesical, una lenta micción, requerir hacer esfuerzo para miccionar y de aumentar la frecuencia de orinar de inmediato, entre otras. Frecuentemente esta complicación se suele resolver a las 48 horas luego de la operación, aunque será útil realizar sondajes de manera intermitente en algunos casos.¹⁰

Morbilidad infecciosa: fiebre, absceso o infección de la herida quirúrgica

Se suele dar la presencia de fiebre, que significa una temperatura mayor a 38°C, luego del acto operatorio ginecológico, obteniendo un porcentaje del 30% en algunos casos. Esta temperatura alta que se da en las primeras 48 horas luego de la operación habitualmente tiene que ver con la expulsión de citoquinas por la lesión de los tejidos y no está asociado a un tipo de infección necesariamente y suele desaparecer entre 2 a 3 días. La presencia de fiebre luego de la histerectomía obliga la evaluación minuciosa de la paciente, tomando como importancia el momento de la presencia de la fiebre y sus probables causas. En cuanto a las causas más habituales de fiebre luego de la operación están las de nivel pulmonar, infección urinaria, infección de la herida quirúrgica y otras causas que se dan a nivel iatrogénico, de los cuales la más habitual es la infección urinaria, las infecciones de la herida operatoria y abscesos que se dan a nivel pélvico. En cuanto a los abscesos, su aparición mediante una histerectomía, un lugar habitual es en la cúpula vaginal y los anejos, apareciendo aproximadamente en el 1%. La posibilidad de infección del sitio quirúrgica oscila el 3% luego de una histerectomía. Las complicaciones que se dan a nivel de la herida operatoria son causas esenciales de morbilidad luego de la operación ya sea tardía o temprana, más habitual en la histerectomía de acceso abdominal.¹⁰

Mortalidad

La mortalidad en las operaciones ginecológicas es mínima llegando a adquirir un porcentaje de 0,2%. La mortalidad en las histerectomías en la mayor parte de los hospitales de Latinoamérica se diferencia entre 1 a 2%. Incluso hay varias investigaciones que manifiestan un 0% de tasa de mortalidad. La mortalidad es mínima y está relacionado con la edad, por lo que la población femenina de 40 años de edad tiene una tasa de mortalidad de 5 por 10000 casos y se aumenta aproximadamente de 7.5 por 10000 para la población femenina de 50 años de edad.¹⁸

DESCENSO DE HEMOGLOBINA

Una de las mayores complicaciones que pueden llegar a tener las pacientes cuando se les realiza histerectomía es la pérdida sanguínea que provoca en varios casos la utilización de paquetes globulares para la transfusión sanguínea. Son varias las formas que se usan para el cálculo de pérdida de volumen sanguíneo entre ellas se encuentra la diferencia entre la cantidad de hemoglobina preoperatoria con la postoperatoria. En un trabajo de investigación se estudió la cantidad de Sangrado dentro del acto operatorio que estuvo entre 80 a 300 cm³. En un 73,33 %. La menor pérdida de Sangrado fue de aproximadamente 80 cm³ y el máximo 700 cm³. El porcentaje de las pacientes postoperadas de histerectomía que sufrieron la disminución de hemoglobina fue de 0 a 0,9 g/dl luego de la operación.⁸

Factores que pueden asociarse a la presencia de complicaciones de la histerectomía

Edad

Hay varios estudios que consideran a la edad avanzada como asociación al alto número de riesgo de complicaciones a nivel quirúrgico. En una investigación donde se incluyó 50.000 pacientes de edad adulta el riesgo de muerte en una cirugía programada se aumentó en un 1,3% en postoperadas menores de 60 años y los porcentajes iban aún más en aumento cuanto mayor edad tenían. En la histerectomía o de cualquiera de las cirugías programadas la asociación de la edad con la aparición de las complicaciones es provocada mayormente por la enfermedad médica en esta área de la población, que pueden abarcar diversos problemas.¹⁰

Obesidad

Este factor se asocia fundamentalmente con un riesgo aumentado de infecciones que se dan a nivel de la herida operatoria, embolismo pulmonar y de trombosis venosa a nivel profunda en una amplia cantidad de procedimientos de operaciones programadas. En cuanto a las histerectomías, se encontró un riesgo aumentado de complicaciones de la herida operatoria como son los hematomas, seromas, infecciones, dehiscencias, entre otros. También se asoció a un aumento de hemorragias que se dan dentro del acto operatorio en pacientes que cuentan con un IMC superior a 30 Kg/m². La histerectomía que se realiza por vía laparoscópica parece ser un medio adecuado para pacientes que padecen de este factor, como también hay investigadores que no llegan a encontrar diferencias en la aparición de complicaciones entre los que tiene obesidad y las que presentan peso adecuado. Aunque hay otros investigadores que debido a que la

vía laparoscópica requiere de una alta técnica y experiencia si asociaron a un riesgo incrementado de la aparición de alguna complicación en pacientes con obesidad a diferencia de las que tienen peso adecuado. Aún sigue siendo la histerectomía de tipo abdominal el modo de acceso quirúrgico de preferencia en pacientes obesas, a pesar que esta técnica es la que tiene un alto número de complicaciones. Por ello en las pacientes obesas es fundamental considerar la técnica quirúrgica y la presencia de posibles complicaciones que se puedan dar en plena cirugía.¹⁰

Cirugía abdominal previa

Las pacientes que presentan este antecedente tienen un riesgo elevado de poseer adherencias siendo el 60% el porcentaje de pacientes que tendrán adherencias a nivel de la pared anterior, lo que puede conllevar a un aumento de riesgo de complicaciones dentro de una operación que se pueda dar más adelante. Diferentes investigadores han demostrado que pacientes con cesáreas que luego tenían que realizarse histerectomía obtuvieron un riesgo aumentado de requerir nuevamente una intervención, complicación de tipo infecciosa, daño de órganos vecinos, también el requerimiento de transfusión de paquetes globulares a diferencia de las pacientes que solo han presentado partos por vía vaginal. Los daños más habituales en estos casos son el daño de órganos que se encuentran a nivel pélvico, como por ejemplo la vejiga o el intestino.¹⁰

Experiencia del Cirujano

La formación médica a nivel mundial no es del todo completa al finalizar un curso de licencia en el ámbito médico. En el entrenamiento de residentes para médicos ser médicos con una especialidad incluye el saber y adquirir cierta habilidad en prácticas que son fundamentales para tener un futuro adecuado en la carrera de diferentes especialidades. En Alemania por ejemplo se necesita un número establecido de prácticas quirúrgicas para que un médico se considere como especialista. En el ámbito ginecológico obstétrico se necesitan tanto cirugías menores como también procedimientos que se dan por medios laparoscópicos además del saber de ciertas habilidades en obstetricia. Por ejemplo, en Alemania se necesita de 100 cirugías por vía vaginal y abdominal, ya sean histerectomías como las vías laparoscópicas para ser considerado como especialista. Las mujeres a las que se aborda a este procedimiento tienen la gran expectativa de que el médico que los intervengan quirúrgicamente obtenga una gran experiencia. Aunque esto se contradice con el área de capacitación de cierta especialidad, porque los médicos que no tienen la adecuada experiencia en su área deben de hacerles participar en cirugías con relevancia y deben poseer las habilidades o técnicas operatorias adecuadas. Partiendo de la última idea, nace la incógnita de si las cirugías de relevancia pueden darse con la misma seguridad con resultados operatorios similarmente adecuados en operaciones de entrenamiento, o si aparecen factores cualitativos tanto en el manejo de las cirugías, en el tiempo de cada cirugía y también la cantidad de complicaciones luego de la operación. En Alemania las cirugías de capacitación se realizan con la asistencia adecuada de un médico cirujano con determinada experiencia y que califica como es médico especialista. El objetivo fundamental es llegar a provocar garantías en los estándares de calidad cuando se realizan las cirugías indicadas. Las investigaciones en ciertos países ya han evidenciado que las cirugías

de capacitación mayormente no se asocian con porcentaje de complicaciones más elevadas. En Finlandia existe un estudio en el cual tuvo como conclusión que los entrenamientos dirigidos a los residentes de histerectomías laparoscópicas no guardaban relación con un porcentaje de complicaciones elevadas. En Argentina se evidencio una disminución en los tiempos quirúrgicos asociados a la curva de saber de los alumnos.¹¹

ORGANIZACIÓN Y EDUCACION MÉDICA

En nuestro país se adquiere el título de médico con una especialidad después de estudiar de 11 a 12 años: a nivel de pregrado son 7 años, de servicio médico a nivel rural 1 año (SERUMS) y residentado médico con duración de 3 años. Entre cada etapa puede tomarse aproximadamente 1 año realizando trámites provocando que este sistema no sea constante. En ciertas especialidades se suelen dar en 5 años. Luego de culminar el pregrado se adquieren dos títulos: uno de los cuales es el de profesional de Médico Cirujano y otro que es el grado de Bachiller en Medicina. Mediante el residentado médico cada médico adquiere el título de médico con una especialidad.¹⁹

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Histerectomía

Aquella cirugía del ámbito ginecológico que consta del retiro total del útero o parte este.²⁰

Abdomen

Zona del tronco de los seres vivos en donde se sitúan los órganos fundamentales del sistema digestivo y también del área genitourinaria.²¹

Vagina

Canal muscular y membranoso que tienen las del sexo femenino y se despliega a nivel de la vulva hasta la matriz.²¹

Útero

Órgano compuesto de músculo, hueco que poseen las mujeres, ubicado dentro de la pelvis, lugar donde se da la menstruación y se origina el feto hasta el momento del parto.²¹

Laparoscopia

Procedimiento del ámbito quirúrgico moderno poco invasiva, por donde se coloca un instrumento de aspecto delgado y que emite iluminación, el cual se denomina laparoscópio, por medio de un corte a nivel abdominal.²²

Trompa de Falopio

Oviducto que poseen las mujeres y también las hembras de los mamíferos a nivel general.²¹

Ovario

Órgano del sexo femenino en donde se desarrollan los óvulos y se originan varias hormonas.²¹

Ooforectomía

Extracción ya sea de uno o dos ovarios.²³

Mioma uterino

Son los tumores más habituales que se dan a nivel pélvico en mujeres, la mayor parte de ellos no presentan síntomas y a veces producen sangrado, dolencia y presión a nivel pélvico.²⁴

Endometriosis

Mal que se caracteriza por ser una inflamación crónica del endometrio.²⁵

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 GENERAL

-H1: Si existen factores asociados a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

-H0: No existen factores asociados a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

2.4.2 ESPECÍFICAS

-H1: Si existen factores preoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

-H0: No existen factores preoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

-H2: Si existen factores intraoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

-H0: No existen factores intraoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

-H3: Si existen factores postoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

-H0: No existen factores postoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

2.5 VARIABLES:

- Variable Independiente: Factores asociados.
 - Factores preoperatorios
 - Edad
 - Cirugía abdominal previa
 - Obesidad
 - Cirujano

 - Factores intraoperatorios
 - Técnica quirúrgica
 - Tiempo quirúrgico
 - Sangrado
 - Tamaño uterino

 - Factores postoperatorios
 - Tiempo de hospitalización
 - Descenso de hemoglobina

- Variable Dependiente: Complicaciones
 - Hemorragia
 - Fiebre
 - Lesión del tracto urinario
 - Lesión visceral
 - Retención urinaria
 - Infección de herida quirúrgica

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **HISTERECTOMÍA**

Procedimiento del ámbito quirúrgico no reversible, que se caracteriza por la extracción del útero o parte de ella, provocando infertilidad. Se hace a nivel vaginal o abdominal.²⁶

- **EDAD**

Tiempo cronológico de vida hasta la fecha del acto quirúrgico que se le realizó. En este estudio está delimitada en ≤ 30 años, 31 – 40 años, 41 – 50 años y > 50 años.

- **CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA**

Antecedente quirúrgico a nivel abdominal. En este estudio está delimitado en si presentó el antecedente o no.

- **OBESIDAD**

Índice de masa corporal superior o igual a 30 Kg/m². En este estudio está delimitado en si presentó obesidad o no.

- **CIRUJANO**

Profesional médico que ejerció el procedimiento como cirujano principal dentro del acto operatorio. En este estudio está delimitado en médico especialista o médico resistente.

- **TÉCNICA QUIRÚRGICA**

Tipo de histerectomía que se le realizó a la paciente. En este estudio está delimitado en histerectomía convencional (abdominal o vaginal) o laparoscópica.

- **TIEMPO QUIRÚRGICO**

Duración del acto operatorio.²⁷ En este estudio está delimitado en < 90 minutos y ≥ 90 minutos.

- **SANGRADO**

Cantidad de sangre perdida en centímetros cúbicos (cc) dentro del acto operatorio. En este estudio está delimitado en ≤ 500 cc y > 500 cc.

- **TAMAÑO UTERINO**

Longitud en centímetros (cm) del cuerpo uterino evidenciado intraoperatoriamente. En este estudio está delimitado en ≤ 10 cm y > 10 cm.

- **TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN**

Duración de hospitalización de una persona en condición de paciente.²⁸ En este estudio está delimitado en ≤ 3 días y > 3 días.

- **DESCENSO DE HEMOGLOBINA**

La resta de la cantidad de hemoglobina en gramos por decilitro (g/dl) antes de la operación con la hemoglobina luego de la operación. En este estudio está delimitado en < 2 g/dl y ≥ 2 g/dl.

- **HEMORRAGIA**

Aquella pérdida de sangre que necesitó que se le transfundiera o la que originó una reducción del hematocrito de 10 o más puntos. En este estudio está delimitado en si presentó hemorragia o no.

- **FIEBRE**

Temperatura mayor o igual a 38°C que presentó la paciente. En este estudio está delimitado en si presentó fiebre o no.

- **LESIÓN DEL TRACTO URINARIO**

Daño a nivel de la vía urinaria. En este estudio está delimitado en si presentó lesión del tracto urinario o no.

- **LESIÓN VISCERAL**

Daño de un asa intestinal. En este estudio está delimitado en si presentó lesión visceral o no.

- **RETENCIÓN URINARIA**

Incapacidad que presenta la paciente de vaciar la vejiga ya sea completa o parcial. En este estudio está delimitado en si presentó retención urinaria o no.

- **INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA**

Infección asociada con el acto quirúrgico en el propio lecho de donde se hizo la operación. En este estudio está delimitado en si presentó infección de herida quirúrgica o no.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es de tipo observacional, analítico de casos y controles, retrospectivo y transversal

- Es observacional porque solo nos limitamos a observar las variables sin intervenir directamente.
- Es analítico porque se evaluó relación causa – efecto.
- Es sobre casos y controles, ya que se compararon 2 grupos de estudio, uno que tuvo alguna complicación (casos) y el otro que no lo presentó (controles).
- Es transversal porque las variables se calcularon en una sola oportunidad y en un periodo de tiempo.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación de nivel de tipo explicativo.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

El presente estudio incluye como población a las pacientes postoperadas de histerectomía del Servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora durante un periodo de tiempo que abarcó desde enero del 2017 a diciembre de 2019 la cual corresponde a 576 postoperadas.

MUESTRA

Para su cálculo se realizó la fórmula para investigación de casos y controles. Utilizando como referencia un estudio en el cual la frecuencia de exposición de los casos fue de 0.38 y la frecuencia de exposición de los controles fue de 0.61 con un Odds Ratio de 2.5, un nivel de confianza al 95% y un poder estadístico de 80%.²⁹

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

- a. Frecuencia de exposición entre los casos: 38.8%
- b. Frecuencia de exposición entre los controles: 61.2%
- c. Nivel de seguridad: 95%

$$z_{1-\alpha/2} = 1,96$$

$$z_{1-\beta} = 0,84$$

- d. Poder estadístico: 80%

- e. Valor de $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$

$$n = \frac{[1.96\sqrt{2(0.5)(1-0.5)} + 0.84\sqrt{0.388(1-0.388) + 0.612(1-0.612)}]^2}{(0.388 - 0.612)^2}$$

$$n = \frac{[1.96(0.7) + 0.84(0.68)]^2}{0,05}$$

$$n = \frac{[1.37 + 0.57]^2}{0,05}$$

$$n = \frac{3.7636}{0,05}$$

0,05

$$n = 75,2 \Rightarrow 75$$

Se obtuvo como valor de $n = 75$, pero al ser un valor mínimo se consideró 100 casos de postoperadas que tuvieron alguna complicación y 100 controles de postoperadas que no tuvieron ninguna complicación.

Criterios de Inclusión

Casos

- Postoperadas de histerectomía con alguna complicación.
- Pacientes operadas de histerectomía en el Hospital María Auxiliadora.
- Pacientes postoperadas de histerectomía provenientes de consultorio externo y/o emergencia.
- Pacientes postoperadas de histerectomía con historias clínicas y protocolos operatorios completos.

Controles

- Postoperadas de histerectomía sin ninguna complicación.
- Pacientes operadas de histerectomía en el Hospital María Auxiliadora.
- Pacientes postoperadas de histerectomía provenientes de consultorio externo y/o emergencia.
- Pacientes postoperadas de histerectomía con historias clínicas y protocolos operatorios completos.

Criterios de Exclusión:

Casos y controles

- No atendidas en el Hospital María Auxiliadora.
- Pacientes postoperadas de histerectomía fuera del periodo de tiempo propuesto.
- Historias clínicas y protocolos operatorios incompletos a quienes se le realizó histerectomía.

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se pidió permiso al hospital donde se ejecutó el actual estudio. Luego se habló con el que se encarga de la parte estadística del Hospital María Auxiliadora. El que realizó la investigación hizo la observación de las historias clínicas ya obtenidas de manera progresiva y registró toda información que aportó a la investigación en una ficha de recolección de datos.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio se llegó a elaborar una base de datos donde se digitó todo lo colocado en la ficha de recolección de datos que presenta 16 indicadores y 34 ítems. Se procesó la información recolectada en el programa Excel versión 19 y SPSS versión 25 y, con ello, se realizaron las pruebas estadísticas que se necesitó.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis descriptivo acorde al tipo de variable, que consistió en el cálculo con porcentajes y frecuencias, y que se plasmó en una serie

de tablas y gráficos. Se aplicó la prueba no paramétrica de Chi² para ver la asociación y además el OR para ver el riesgo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación no arriesgó el estado de salud ni la integridad de las personas que lo conformó, se aseguró confiabilidad, debido a que al ser una investigación de tipo retrospectiva se procedió al análisis de las diferentes historias clínicas y se recolectó los datos necesarios que aporten al estudio, asegurando al hospital que aquellos datos fueron utilizados exclusivamente para la investigación. El estudio se condujo rigurosamente a los principios de la ética médica de toda investigación: “Principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia”. Se tramitó y solicitó la aprobación por parte del comité de ética de investigación debidamente acreditada.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA N° 1: FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019

		COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA					X ²	P	OR	Intervalo de confianza de 95%	
		Casos		Controles		total				Inf.	Sup.
Factores preoperatorios											
Edad	≤ 30 años	7	7,0%	3	3,0%	10	0,82	0,36	-	-	-
	31 – 40 años	18	18,0%	17	17,0%	35					
	41 – 50 años	47	47,0%	45	45,0%	92					
	> 50 años	28	28,0%	35	35,0%	63					
Cirugía abdominal previa	Si	49	49,0%	32	32,0%	81	5,99	0,01	2,04	1,14	3,62
	No	51	51,0%	68	68,0%	119					
Obesidad	Si	33	33,0%	18	18,0%	51	5,92	0,01	2,24	1,61	4,33
	No	67	67,0%	82	82,0%	149					
Cirujano	Médico Especialista	28	28,0%	29	29,0%	57	0,02	0,87	-	-	-
	Médico Residente	72	72,0%	71	71,0%	143					

Factores intraoperatorios											
Técnica quirúrgica	Convencional	93	93,0%	87	87,0%	180	2,00	0,15	-	-	-
	Laparoscópica	7	7,0%	13	13,0%	20					
Tiempo quirúrgico	< 90 min	44	44,0%	30	30,0%	74	4,20	0,04	1,83	1,02	3,28
	≥ 90 min	56	56,0%	70	70,0%	126					
Sangrado	≤ 500 cc	30	30,0%	16	16,0%	46	5,53	0,01	2,25	1,13	4,46
	> 500 cc	70	70,0%	84	84,0%	154					
Tamaño uterino	≤ 10 cm	52	52,0%	59	59,0%	111	0,99	0,31	-	-	-
	> 10 cm	48	48,0%	41	41,0%	89					
Factores postoperatorios											
Tiempo de hospitalización	≤ 3 días	53	53,0%	63	63,0%	116	2,05	0,15	-	-	-
	> 3 días	47	47,0%	37	37,0%	84					
Descenso de hemoglobina	< 2 g/dl	40	40,0%	25	25,0%	65	5,12	0,02	2,00	1,09	3,65
	≥ 2 g/dl	60	60,0%	75	75,0%	135					

Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital María Auxiliadora 2020.

Interpretación: En la tabla n° 1 se observa que de las 200 postoperadas de histerectomía en el Hospital María Auxiliadora, 100 pacientes presentaron alguna complicación y 100 no presentaron complicación. De las 100 pacientes que presentaron alguna complicación se evidenció que, dentro de los factores preoperatorios, el 49,0% tuvo alguna cirugía abdominal previa y el 51,0% restante no la tuvo, a diferencia de los controles donde el 32,0% tuvo alguna cirugía abdominal previa y el 68,0% no la tuvo; respecto a la variable obesidad,

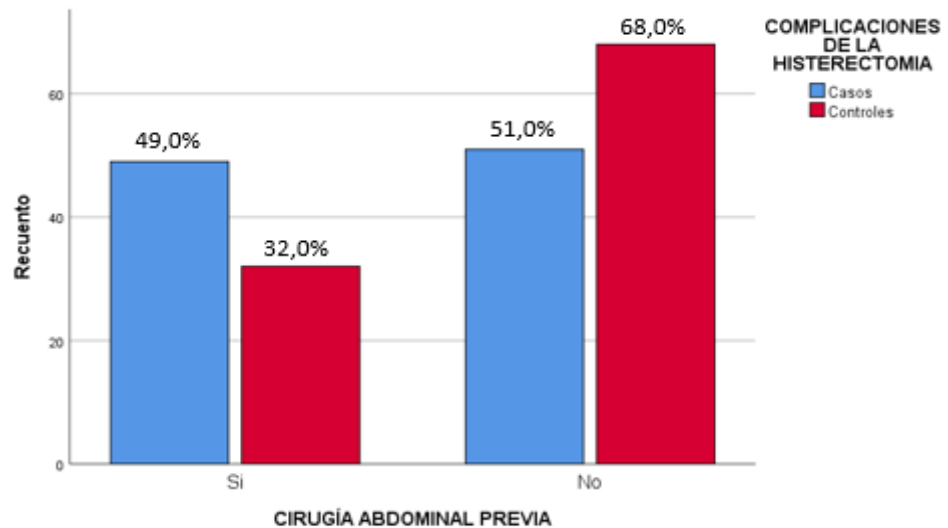
el 33,0% tuvo obesidad y el 67,0% restante no la tuvo, a diferencia de los controles donde el 18,0% tuvo obesidad y el 82,0% restante no la tuvo. Ambas variables tienen un valor de p menor a 0,05 por lo que existe una relación estadísticamente significativa con un OR de 2,04 para la variable cirugía abdominal previa y 2,24 para la variable obesidad con un intervalo de confianza al 95%: 1,14 – 3,62 y al 95%: 1,61 – 4,33 respectivamente que los clasifican como factor de riesgo, a diferencia de las variables edad y cirujano donde no se evidenció relación alguna ($p = 0,36$ y $p = 0,87$, respectivamente). Dentro de los factores intraoperatorios se evidenció que el 44,0% tuvo un tiempo quirúrgico menor de 90 minutos y el 56,0% restante tuvo un tiempo mayor o igual a 90 minutos, a diferencia de los controles donde el 30,0% tuvo un tiempo menor de 90 minutos y el 70,0% restante tuvo un tiempo mayor o igual a 90 minutos. En la variable sangrado, el 30,0% tuvo una cantidad de 500 cc o menos y el 70,0% restante tuvo una cantidad mayor de 500 cc, a diferencia de los controles donde el 16,0% tuvo una cantidad de 500 cc o menos y el 84,0% restante tuvo una cantidad mayor de 500 cc. Ambas variables tienen un valor de p menor de 0,05 por lo que existe relación estadísticamente significativa con un OR de 1,83 para la variable tiempo quirúrgico y 2,25 para la variable sangrado con un intervalo de confianza al 95%: 1,02 – 3,28 y al 95%: 1,13 – 4,46 respectivamente que los clasifican como factor de riesgo, a diferencia de las variables técnica quirúrgica y tamaño uterino donde no se evidenció relación alguna ($p = 0,15$ y $p = 0,31$). Dentro de los factores postoperatorios se evidenció que el 40,0% tuvo un descenso de hemoglobina menor a 2 g/dl y el 60,0% restante tuvo un descenso de 2 g/dl o más, a diferencia de los controles donde el 25,0% tuvo un descenso menor a 2 g/dl y el 75,0% restante tuvo un descenso de 2 g/dl o más. Esta variable tiene un valor de p menor de 0,05 por lo que existe una relación estadísticamente significativa con un OR de 2,00 y con un intervalo de confianza al 95%: 1,09 – 3,65 que lo clasifica como factor de riesgo, a diferencia de la variable tiempo de hospitalización donde no se evidenció relación alguna ($p = 0,15$).

TABLA N° 2: FACTORES PREOPERATORIOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.

		COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA					X ²	P	OR	Intervalo de confianza de 95%	
		Casos		Controles		total				Inf.	Sup.
Factores preoperatorios											
Edad	≤ 30 años	7	7,0%	3	3,0%	10	0,82	0,36	-	-	-
	31 – 40 años	18	18,0%	17	17,0%	35					
	41 – 50 años	47	47,0%	45	45,0%	92					
	> 50 años	28	28,0%	35	35,0%	63					
Cirugía abdominal previa	Si	49	49,0%	32	32,0%	81	5,99	0,01	2,04	1,14	3,62
	No	51	51,0%	68	68,0%	119					
Obesidad	Si	33	33,0%	18	18,0%	51	5,92	0,01	2,24	1,61	4,33
	No	67	67,0%	82	82,0%	149					
Cirujano	Médico Especialista	28	28,0%	29	29,0%	57	0,02	0,87	-	-	-
	Médico Residente	72	72,0%	71	71,0%	143					

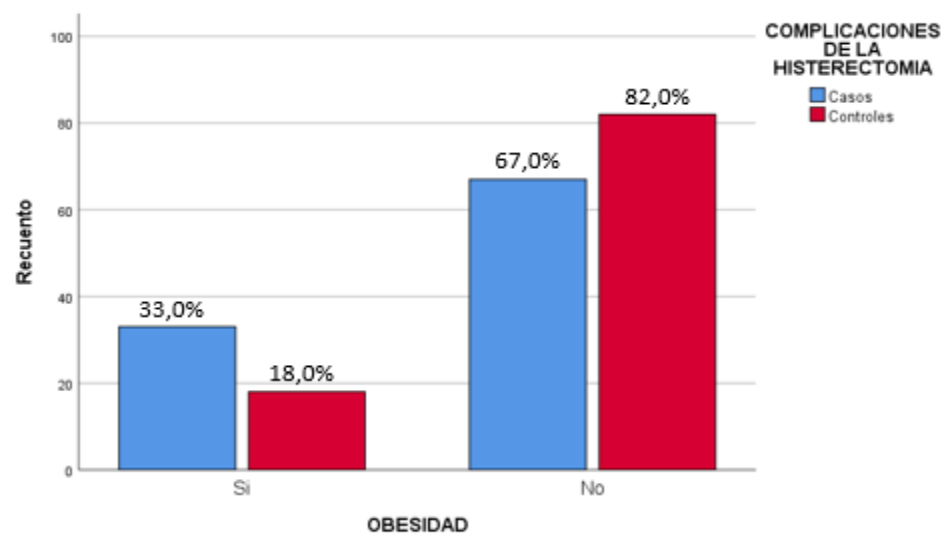
Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital María Auxiliadora 2020.

GRÁFICO N° 1: LA HISTERECTOMÍA ASOCIADA SEGÚN CIRUGÍA ABDOMINAL PREVIA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.



Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital María Auxiliadora 2020.

GRÁFICO N° 2: LA HISTERECTOMÍA ASOCIADA SEGÚN OBESIDAD EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.



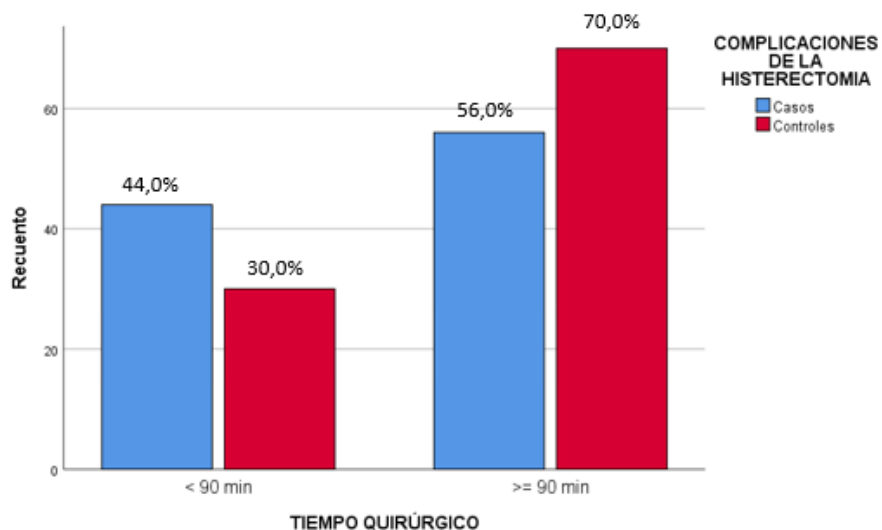
Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital María Auxiliadora 2020.

TABLA N° 3: FACTORES INTRAOPERATORIOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.

		COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA					X ²	P	OR	Intervalo de confianza de 95%		
		Casos		Controles		total				Inf.	Sup.	
Factores intraoperatorios												
Técnica quirúrgica	Convencional	93	93,0%	87	87,0%	180	2,00	0,15	-	-	-	
	Laparoscópica	7	7,0%	13	13,0%	20						
Tiempo quirúrgico	< 90 min	44	44,0%	30	30,0%	74	4,20	0,04	1,83	1,02	3,28	
	≥ 90 min	56	56,0%	70	70,0%	126						
Sangrado	≤ 500 cc	30	30,0%	16	16,0%	46	5,53	0,01	2,25	1,13	4,46	
	> 500 cc	70	70,0%	84	84,0%	154						
Tamaño uterino	≤ 10 cm	52	52,0%	59	59,0%	111	0,99	0,31	-	-	-	
	> 10 cm	48	48,0%	41	41,0%	89						

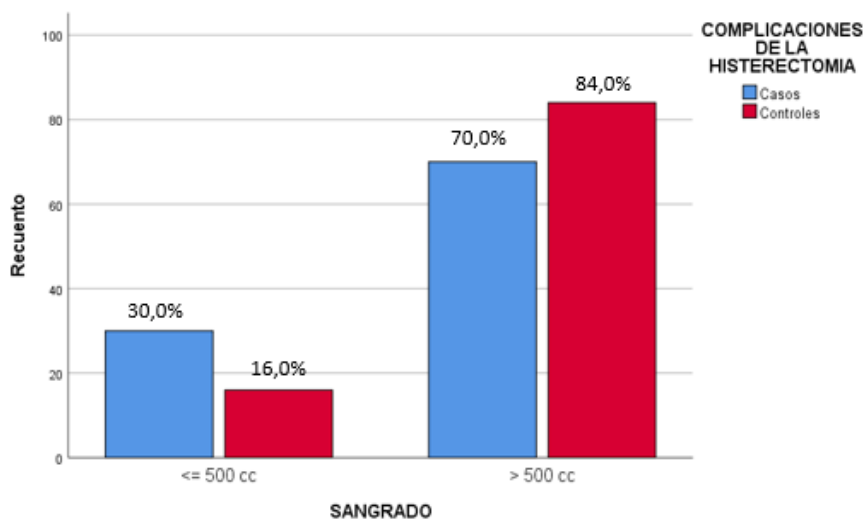
Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital María Auxiliadora 2020.

GRÁFICO N° 3: LA HISTERECTOMÍA ASOCIADA SEGÚN TIEMPO QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.



Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital María Auxiliadora 2020.

GRÁFICO N° 4: LA HISTERECTOMÍA ASOCIADA SEGÚN SANGRADO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.



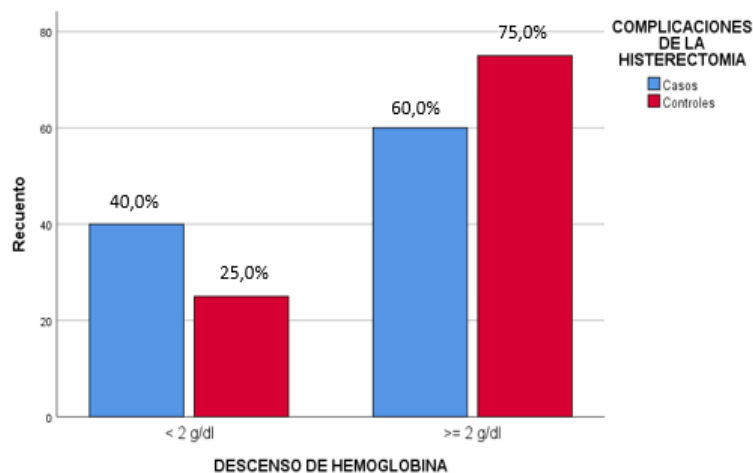
Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital María Auxiliadora 2020.

TABLA N° 4: FACTORES POSTOPERATORIOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.

		COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA					X ²	P	OR	Intervalo de confianza de 95%	
		Casos		Controles		total				Inf.	Sup.
Factores postoperatorios											
Tiempo de hospitalización	≤ 3 días	53	53,0%	63	63,0%	116	2,05	0,15	-	-	-
	> 3 días	47	47,0%	37	37,0%	84					
Descenso de hemoglobina	< 2 g/dl	40	40,0%	25	25,0%	65	5,12	0,02	2,00	1,09	3,65
	≥ 2 g/dl	60	60,0%	75	75,0%	135					

Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital María Auxiliadora 2020.

GRÁFICO N° 5: LA HISTERECTOMÍA ASOCIADA SEGÚN DESCENSO DE HEMOGLOBINA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.



Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital María Auxiliadora 2020.

4.2 DISCUSIÓN

Según los resultados del presente estudio se determinó que, en cuanto a los factores preoperatorios, el 49,0% tuvo alguna cirugía abdominal previa y el 51,0% restante no la tuvo con OR de 2,04; siendo la cirugía abdominal previa un factor de riesgo (IC al 95%: 1,14- 3,62), lo que se asemeja con la bibliografía. **Mariña Naveiro Fuentes** elaboró un estudio en la Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología en un Hospital de Granada – España con una muestra de 1430 pacientes a las que se les realizó histerectomía donde se mostró un porcentaje global de pacientes que presentaron una cirugía abdominal previa de 36,2%.¹⁰ En cuanto a la variable obesidad se evidenció que el 33,0% la tuvo y el 67,0% restante no la tuvo con un OR de 2,2; siendo la obesidad un factor de riesgo (IC al 95%: 1,61- 4,33), el cual difiere con el estudio de **Mariña Naveiro Fuentes** en su estudio mencionado anteriormente donde la población de pacientes obesas que se sometieron a una histerectomía se observó que el porcentaje de patología médica fue superior al 65%, oscilado entre el 68% y el 74,3% según la vía de abordaje.¹⁰

Se determinó que, en cuanto a los factores intraoperatorios, el 44,0% presentó un tiempo quirúrgico menor a 90 minutos y el 56,0% restante presentó un tiempo mayor o igual a 90 minutos con OR de 1,83; siendo el tiempo quirúrgico un factor de riesgo (IC al 95%: 1,02- 3,28) lo que concuerda con el estudio de **Chung Rengifo Augusto** realizado en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III EsSalud Iquitos con una muestra 141 casos de histerectomía donde el tiempo quirúrgico promedio fue de aproximadamente una hora y media (98.84 ± 13.58 min.).⁴ **Carmona García José** en su estudio realizado en el Servicio de Ginecología del Hospital Central de San Cristóbal (Venezuela) con una muestra de 100 pacientes que se les realizó histerectomía, el tiempo quirúrgico estuvo entre los 30 y 60 minutos en el 75 % de los casos.⁸

Seung Hyun Lee y colaboradores realizaron una revisión sistemática y metaanálisis de 18 estudios publicados donde la histerectomía vaginal se asoció con un tiempo de operación más corto que la laparoscópica (24.48 a 43.54 minutos)⁷, lo cual también guarda relación con los hallazgos obtenidos en el presente estudio. En cuanto a la variable sangrado se evidenció que el 30,0% presentó una cantidad de 500 cc o menos y el 70,0% restante tuvo una cantidad mayor de 500 cc, con OR de 2,25; siendo el sangrado un factor de riesgo (IC al 95%: 1,13 – 4,46), lo cual no guarda relación con el estudio de **Carmona García José** mencionado con anterioridad donde el sangrado intraoperatorio osciló entre 80 - 300 cc en el 73,33 % de los casos.⁸

Se evidenció que, en cuanto a los factores postoperatorios, el 40,0% presentó un descenso de hemoglobina menor a 2 g/dl y el 60,0% restante presentó un descenso mayor o igual a 2 g/dl con OR de 2,00; siendo el descenso de hemoglobina un factor de riesgo (IC al 95%: 1,09 – 3,65), no guardando relación con el estudio de **Carmona García José** previamente mencionado donde el 58 % de las pacientes presentaron una disminución de la hemoglobina entre 0 - 0,9 g/dl en el posoperatorio.⁸

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Existen factores asociados a las complicaciones de la histerectomía en pacientes que se les realizó dicho procedimiento quirúrgico del Servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019, los cuales son el haber tenido cirugía abdominal previa, obesidad, tener un tiempo quirúrgico mayor o igual a 90 minutos, tener una cantidad de sangrado mayor de 500 cc o un descenso de hemoglobina mayor o igual a 2 g/dl.

El haber tenido cirugía abdominal previa es un factor asociado, ya que hay una probabilidad de 2,04 veces más para desarrollar alguna complicación en mujeres que se les realizó histerectomía en el Servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

El haber tenido obesidad es un factor asociado, ya que hay una probabilidad de 2,24 veces más para desarrollar alguna complicación en mujeres que se les realizó histerectomía en el Servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

El tener un tiempo quirúrgico mayor o igual a 90 minutos es un factor asociado, ya que hay una probabilidad de 1,83 veces más para desarrollar alguna complicación en mujeres que se les realizó histerectomía en el Servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

El tener una cantidad de sangrado mayor de 500 cc es un factor asociado, ya que hay una probabilidad de 2,25 veces más para desarrollar alguna

complicación en mujeres que se les realizó histerectomía en el Servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

El tener un descenso de hemoglobina mayor o igual a 2 g/dl es un factor asociado, ya que hay una probabilidad de 2,00 veces más para desarrollar alguna complicación en mujeres que se les realizó histerectomía en el Servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.

5.2 RECOMENDACIONES

Es de importancia que los médicos ginecólogos y cirujanos generales adopten una conducta de tipo preventiva antes y luego de abordar quirúrgicamente a pacientes con antecedente de cirugía abdominal mediante el control de exámenes por imágenes para evidenciar o no ciertas complicaciones como las adherencias.

Los médicos ginecólogos y en general deben de procurar que en cada cita o control por consultorio externo lleguen a detectar pacientes con sobrepeso u obesidad para que paralelamente se les solicite acudir a un médico endocrinólogo y así adquieran un estilo de vida adecuado mejorando su índice de masa corporal.

Se sugiere un examen físico detallado de la paciente que se someterá a una intervención quirúrgica ginecológica por parte del profesional de la salud, enfocándose en el área genital y abdominal para obtener ciertos datos como el tamaño uterino.

Es conveniente potenciar el desarrollo de programas de preparación sobre la técnica, tanto teórico como práctica, en la realización de este tipo de cirugía ginecológica que hoy en día es una operación realizada

con frecuencia. De acuerdo a la literatura recopilada en el presente estudio, la histerectomía de tipo laparoscópica presenta mayor eficacia, como el de provocar una estancia hospitalaria más corta a diferencia de la histerectomía convencional, aunque por su complejidad y disminuida práctica también suele presentar ciertas desventajas como mayor tiempo quirúrgico, por lo que se debería priorizar en mejorar las destrezas en este tipo de histerectomía en los diferentes centros de aprendizaje y hospitales.

Se recomienda sensibilizar a los cirujanos ginecológicos para que puedan optar por una revisión de hemostasia más minuciosa dentro del acto quirúrgico, de esta manera evitar cantidades de sangrado elevados y su consecuente caída de hemoglobina.

Sugerir a los servicios de salud de las diferentes instituciones, tanto nacionales como internacionales, el cumplimiento de los protocolos quirúrgicos de manera estricta donde se considera el monitoreo y el seguimiento antes, durante y después del acto operatorio que se les realiza a los pacientes.

Es conveniente la incorporación de un programa de preparación psicológica con respecto a las estrategias de afrontamiento sobre indicadores tales como ansiedad, dolor y complicaciones posquirúrgicas, de esta manera se obtendría una mayor calidad asistencial y una mejor adaptación física y psicológica postquirúrgica en pacientes que se someten a este tipo de procedimientos ginecológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbosa GR, Garnica LR. Prevalencia de complicaciones y factores predisponentes en cirugía ginecológica por patología benigna en el hospital universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 80(6): 456 – 461.
2. Lachos Ospina, J. Eficacia de la histerectomía laparoscópica comparado con la histerectomía convencional para la disminución de las complicaciones y estancia hospitalaria en pacientes post operados. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Universidad Norbert Wiener. 2017.
3. Riega Medrano C, Salazar Chumbimuni J. Eficacia de la histerectomía abdominal total versus histerectomía laparoscópica total en pacientes con cáncer de cuello uterino y miomatosis uterina. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Universidad Norbert Wiener. 2018.
4. Chung Rengifo, A. Complicaciones de histerectomía según vía de abordaje abdominal versus vaginal en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital III ESSALUD Iquitos en el año 2016. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2017.
5. Fuentes Chero, C. Comparación entre histerectomía vaginal de útero no prolapsado y la histerectomía abdominal. [Tesis para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia]. Universidad San Martín de Porres. 2015.
6. García Arce, N. Calidad de vida de las mujeres jóvenes adultas de 20 a 40 años, sometidas a histerectomía abdominal o vaginal en el servicio de ginecología, en el Hospital regional Lambayeque 2015 -2016. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Universidad San Martín de Porres. 2018.

7. Lee SH, Oh SR, Cho YJ. Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 2019 Jun 24;19(1):83.
8. Carmona García J. Análisis de 100 casos de histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2016;76(1):4-10.
9. Santos A, Gorbea V, Rodríguez S. Histerectomía vaginal para úteros grandes y sin prolapso mediante morcelación y aguja de Deschamps. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83:148-154.
10. Naveiro Fuentes M. Complicaciones de la histerectomía en función de su vía de abordaje y otros factores. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada. 2018.
11. Hildebrandt T, Emir S, Boosz A. Total laparoscopic hysterectomy: how does training for surgeons in a standardized operation affect hospitals and patients? *Arch Gynecol Obstet*. 2018 oct; 298 (4):763-771.
12. Silva AM. Importancia de una intervención psicoeducativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a una histerectomía. Una revisión de la literature. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2017; 82(6).
13. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM (2015). *Williams Ginecología*, México, McGraw-Hill Interamericana Editores.
14. Carranza A, Valencia S, Vargas I. Validación de la guía de procedimientos quirúrgicos de histerectomía abdominal basada en la evidencia científica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen enero – diciembre 2017. [Trabajo Académico para optar el título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico Especializado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
15. Bazan Jara, K. Preferencias de tipos de histerectomía abdominal en médicos gineco-obstetras de cinco hospitales públicos de Lima Metropolitana, enero- febrero 2018. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Universidad Privada San Juan Bautista. 2018.

16. Sardiñas R. La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. Rev Cubana Cir vol.54 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2015.
17. Dubuisson, J., Veit-Rubin, N. Volume utérin et hystérectomie vaginale : intérêt et limites de l'hystérectomie vaginale. Gynecol Obstet Fertil. 2016 Mar;44(3):175-80.
18. Florián Castillo R. Factores asociados a infecciones postoperatoria en histerectomía vaginal Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2015.
19. Pennya E, Collins J. Educación médica en el Perú. Volumen 19, Supplement 1, July 2018, Pages 47-52.
20. Cardoso BC, Camargo CR, Fernandes I. Perfil de Mulheres Submetidas a Histerectomia e Influência da Deambulação na Alta Hospitalar, Pleiade, 11(21): 17-24, Jan./Jun., 2017.
21. Real Academia Española. 23.^a edición. Madrid: España Libros, S. L. U.; 2019.
22. Chauvet P., Rabischong B., Curinier S., Laparoscopia y Cirugía laparoscópica: principios generales e instrumental, Elsevier, Volumen 54, Issue 2, June 2018, Pages 1-17.
23. Paredes AR, Díaz PE, Dávila AR, Ventajas y desventajas de la ooforectomía incidental en pacientes entre 35 y 45 años, Avances, 2016, 15 – 19.
24. Sepúlveda JA. Alarcón MA, Manejo médico de la miomatosis uterina. Revisión de la literature, Rev Chil Obstet Ginecol 2016; 81(1): 48 – 55.
25. Falcone T, Flyckt R, Manejo Clínico de la Endometriosis, Obstet Gynecol 2018;131:557–71.
26. Anicama Mendoza, K. Histerectomía abdominal y vaginal Hospital María Auxiliadora 2018. [Tesis para optar el título de segunda especialidad en ginecología y obstetricia]. Universidad San Martin de Porres. 2019.
27. Anyarin Pisconte, Y. Factores que influyen en la estancia prolongada en el servicio de medicina del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez. Ica – 2016. [Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Ciencias:

Administración y Gerencia en Organizaciones de Salud]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

28. Tapia Bernal, S. Uso de la técnica de colocación de una cinta suburetral transobturatriz en la histerectomía vaginal como tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. Acta Med. Per. 2015;32(1):25-35.
29. Vásquez Sánchez, J. Factores relacionados a complicaciones infecciosas en histerectomía abdominal Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2016. [Tesis para optar el grado académico de maestro en medicina con mención en ginecología y obstetricia]. Universidad San Martín de Porres. 2018.

ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: LLACUASH AGUILAR JEHINSON GIANCARLO

ASESOR: DR. FRANCISCO VALLENAS PEDEMONTE

LOCAL: CHORRILLOS


TÍTULO: FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES ASOCIADOS			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Factores preoperatorios: Edad	\leq 30 años 31 – 40 años 41 – 50 años > 50 años	Ordinal	Ficha de recolección de datos
Cirugía abdominal previa	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Obesidad	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos

Cirujano	Médico especialista Médico residente	Nominal	Ficha de recolección de datos
Factores intraoperatorios: Técnica quirúrgica	Convencional Laparoscópica	Nominal	Ficha de recolección de datos
Tiempo Quirúrgico	< 90 min ≥ 90 min	Nominal	Ficha de recolección de datos
Sangrado	≤ 500 cc > 500 cc	Nominal	Ficha de recolección de datos
Tamaño uterino	≤ 10 cm > 10 cm	Nominal	Ficha de recolección de datos
Factores postoperatorios: Tiempo de hospitalización	≤ 3 días > 3 días	Nominal	Ficha de recolección de datos
Descenso de hemoglobina	< 2 g/dl ≥ 2 g/dl	Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE DEPENDIENTE: COMPLICACIONES			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Hemorragia	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Fiebre	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Lesión del tracto urinario	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Lesión visceral	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Retención urinaria	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Infección de herida quirúrgica	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos

ANEXO N° 2: INSTRUMENTO

	UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
---	--

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título: “FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019”.

Autor: JEHINSON GIANCARLO LLACUASH AGUILAR

N° FICHA:

N° H.C:

FACTORES PREOPERATORIOS

- 1) **Edad:** ≤ 30 años ()
31 – 40 años ()
41 – 50 años ()
> 50 años ()
- 2) **Cirugía abdominal previa:** Si () No ()
- 3) **Obesidad:** Si () No ()
- 4) **Cirujano:** Médico especialista ()
Médico residente ()

FACTORES INTRAOPERATORIOS

- 5) **Técnica Quirúrgica:** Convencional ()
Laparoscópica ()

6) Tiempo Quirúrgico: < 90 min. ()
≥ 90 min. ()

7) Sangrado: ≤ 500 cc. ()
> 500 cc. ()

8) Tamaño uterino: ≤ 10 cm. ()
> 10 cm. ()

FACTORES POSTOPERATORIOS

9) Tiempo de hospitalización: ≤ 3 días ()
> 3 días ()

10) Descenso de hemoglobina: < 2 g/dl. ()
≥ 2 g/dl. ()

11) Complicaciones:

Hemorragia	Si ()	No ()
Fiebre	Si ()	No ()
Lesión del tracto urinario	Si ()	No ()
Lesión visceral	Si ()	No ()
Retención urinaria	Si ()	No ()
Infección de herida quirúrgica	Si ()	No ()

ANEXO N° 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Vallenas Pedemonte Francisco
- 1.2. Cargo e institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista
- 1.3. Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4. Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.
- 1.5. Autor del instrumento: Llacuash Aguilar Jehinson Giancarlo

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				/	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				/	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre la factores asociados a las complicaciones de la histerectomía				/	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				/	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				/	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de factores asociados a las complicaciones de la histerectomía				/	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				/	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				/	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica de casos y controles				/	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicar (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

80%

Lugar y Fecha: Lima, __ Enero de 2020

SERVICIO MEDICO "MI SALUD"
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
DR. EN SALUD PUBLICA - DR. EN EDUCADOR

[Firma]
DR. FRANCISCO A. VALLENS PEDERMONTE
C.M.P. 20528 10N. 032191

Firma del Experto

D.N.I Nº 07406156
Teléfono 815850103

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Experto: Lic. Bazán Rodríguez Elsi
 1.2. Cargo e institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista
 1.3. Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4. Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.
 1.5. Autor del instrumento: Llacuash Aguilar Jehinson Giancarlo

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					87%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					87%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre la factores asociados a las complicaciones de la histerectomía					87%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los items.					87%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					87%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de factores asociados a las complicaciones de la histerectomía					87%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					87%
COHERENCIA	Entre los indices e indicadores.					87%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica de casos y controles					87%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplica* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

87%

Lugar y Fecha: Lima, *17* Enero de 2020

Eli Bazán R.
EUSIBAZÁN RODRÍGUEZ
COESPE N° 444

Firma del Experto

D.N.I N° *1920583*
Teléfono *577 414 327*

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Experto: *Juan Carlos Delgado Salazar*
- 1.2. Cargo e institución donde labora: Hospital María Auxiliadora
- 1.3. Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4. Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.
- 1.5. Autor del instrumento: Llacuash Aguilar Jehinson Giancarlo

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre la factores asociados a las complicaciones de la histerectomía					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de factores asociados a las complicaciones de la histerectomía					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica de casos y controles					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplicar* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, 23 Enero de 2020

[Firma]
D. JUAN CARLOS DEL ROSARIO
Médico Cirujano
Especialista en Ginecología
CMP 31262 RNE 18007

Firma del Experto

D.N.I N°... *27284367* ...
Teléfono... *912 727 628*

ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: LLACUASH AGUILAR JEHINSON GIANCARLO

ASESOR: DR. FRANCISCO VALLENAS PEDEMONTE

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2017 AL 2019.

77

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019?</p>	<p>General:</p> <p>Determinar los factores asociados a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.</p>	<p>General:</p> <p>Existen factores asociados a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>Factores asociados</p> <p>Indicadores:</p> <p>Factores preoperatorios:</p>

<p>Específicos:</p> <p>¿Cuáles son los factores preoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019?</p> <p>¿Cuáles son los factores intraoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019?</p> <p>¿Cuáles son los factores postoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019?</p>	<p>Específicos:</p> <p>Establecer los factores preoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.</p> <p>Identificar los factores intraoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.</p> <p>Describir los factores postoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.</p>	<p>Específicas:</p> <p>Existen factores preoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.</p> <p>Existen factores intraoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.</p> <p>Existen factores postoperatorios que se asocian a las complicaciones de la histerectomía en el Hospital María Auxiliadora entre el año 2017 al 2019.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Cirugía abdominal previa - Obesidad - Cirujano <p>Factores intraoperatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnica quirúrgica - Tiempo quirúrgico - Sangrado - Tamaño uterino <p>Factores postoperatorios:</p>
--	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none">- Tiempo de hospitalización- Descenso de hemoglobina <p>Variable Dependiente:</p> <p>Complicaciones</p> <p>Indicadores:</p> <p>Hemorragia</p> <p>Fiebre</p> <p>Lesión del tracto urinario</p> <p>Lesión visceral</p> <p>Retención urinaria</p>
--	--	--	---

			Infección de herida quirúrgica
Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnica e Instrumentos	
<p>- Nivel: Tipo explicativo</p> <p>- Tipo de Investigación: Observacional, analítico de casos y controles, retrospectivo y transversal.</p>	<p>Población: Pacientes postoperadas de histerectomía del Servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora durante un periodo de tiempo que abarcó desde enero del 2017 a diciembre de 2019.</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <p>Casos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postoperadas de histerectomía con alguna complicación. • Pacientes operadas de histerectomía en el Hospital María Auxiliadora. • Pacientes postoperadas de histerectomía provenientes de consultorio externo y/o emergencia. • Pacientes postoperadas de histerectomía con historias clínicas y protocolos operatorios completos. 	<p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis documental <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficha de recolección de datos 	

	<p>Controles</p> <ul style="list-style-type: none">• Postoperadas de histerectomía sin ninguna complicación• Pacientes operadas de histerectomía en el Hospital María Auxiliadora.• Pacientes postoperadas de histerectomía provenientes de consultorio externo y/o emergencia.• Pacientes postoperadas de histerectomía con historias clínicas y protocolos operatorios completos <p>Criterios de Exclusión:</p> <p>Casos y controles</p> <ul style="list-style-type: none">• No atendidas en el Hospital María Auxiliadora.• Pacientes postoperadas de histerectomía fuera del periodo de tiempo propuesto.• Historia clínica y protocolo operatorio incompletos a quienes se le realizó histerectomía.	
--	---	--

	<p>N: 75</p> <p>Tamaño de muestra: 100 casos de postoperadas de histerectomía con alguna complicación y 100 controles de postoperadas de histerectomía que no tuvieron complicación.</p> <p>Muestreo: No probabilístico</p>	
--	--	--