

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**BENEFICIOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS A HISTERECTOMÍA  
VAGINAL E HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN MIOMATOSIS  
UTERINA EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS EN EL SERVICIO DE  
GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN EN EL PERIODO ENERO A JULIO 2016**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**TAFUR COPAJA SANTIAGO CARLOS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2019**

**ASESOR:**  
**DRA. LENY BRAVO LUNA**

## **AGRADECIMIENTO**

En primera instancia doy gracias a Dios por permitirme tener tan buena experiencia en mi casa de estudios, el haberme permitido mi formación académica y a todas aquellas persona que de alguna forma colaboraron con mi investigación, ya sea de una manera directa e indirecta. Como también agradezco a la persona que este leyendo mi investigación para que le ayude de alguna forma en el trabajo que realice e incurrir dentro de su repertorio de información personal.

Agradecimiento a mi hermano Raúl Ponce Aliaga.

## **DEDICATORIA:**

Dedico mi tesis, primeramente a Dios, a mis abuelitos Perfecto y Flora por haberme aportado sus conocimientos desde pequeños, a mis padres Lourdes Copaja Mamami por cada día hacerme ver la vida de una forma diferente y confiar en mis decisiones, a mi padre Dario Tafur Becerra y hermanos Dario Tafur Copaja y Macarena Tafur Copaja.

## RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo de la presente tesis fue determinar los beneficios y complicaciones asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años en el servicio de gineco - obstetricia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo enero a julio del 2016 Lima - Perú.

**Materiales y métodos:** Para ello se consideró una muestra de 116 con miomatosis uterina que le hayan realizado histerectomía vaginal e histerectomía laparoscópica, separados en 2 grupos de 58 pacientes por cada operación. La presente tesis es de tipo analítico debido a que los resultados permitirán identificar los beneficios y complicaciones y será transversal. La técnica que se empleó para el estudio fue la observación y como instrumento la ficha de recolección de datos.

**Resultados:** Respecto a los datos obtenidos en la presente tesis, se observó la escala del dolor, se puede observar que 37 pacientes tuvieron entre el rango de dolor de 6 a 8, y 37 pacientes presentaron en el rango del dolor de 3 a 5 en la histerectomía vaginal; por otra parte 36 pacientes presentaron de 0 a 2 en el rango del dolor, 22 pacientes presentaron de 3 a 5 pacientes respecto a la histerectomía laparoscópica. Otro de los otros problemas es la estancia hospitalaria, se puede observar que respecto a la estancia hospitalaria, 43 pacientes estuvieron de 4 a 5 días por histerectomía vaginal, 15 pacientes estuvieron entre 2 a 3 días por estancia hospitalaria por la histerectomía vaginal; y solo 58 pacientes presentaron una estancia hospitalaria de 2 a 3 días por histerectomía laparoscópica.

**Conclusiones:** Se describieron las complicaciones en ambas cirugías, además de antecedentes patológicos de cada paciente, y datos relevantes dentro de ambas cirugías en miomatosis.

**PALABRAS CLAVES:** Histerectomías Laparoscópica, Histerectomía Vaginal, Miomatosis, Complicaciones Quirúrgicas.

## ABSTRACT

**Objective:** The objective of this thesis was to determine the benefits and complications associated with vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy in uterine myomatosis in patients aged 20 to 50 years in the gynecology and obstetrics service at the Daniel Alcides Carrión National Hospital in the period January to July 2016 Lima - Peru.

**Materials and methods:** To this end, a sample of 116 with uterine myomatosis who underwent vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy, separated into 2 groups of 58 patients per operation, was considered. The present thesis is analytical because the results will identify the benefits and complications and will be transversal. The technique used for the study was the observation and as an instrument the data collection card.

**Results:** Regarding the data obtained in this thesis, the pain scale was observed, it can be observed that 37 patients had between the pain range of 6 to 8, and 37 patients presented in the range of pain from 3 to 5 in vaginal hysterectomy; On the other hand, 36 patients presented 0 to 2 in the range of pain, 22 patients presented 3 to 5 patients with respect to laparoscopic hysterectomy. Another one of the other problems is the hospital stay, it can be observed that regarding the hospital stay, 43 patients were of 4 to 5 days by vaginal hysterectomy, 15 patients were between 2 to 3 days by hospital stay for the vaginal hysterectomy; and only 58 patients presented a hospital stay of 2 to 3 days by laparoscopic hysterectomy.

**Conclusions:** The complications in both surgeries were described, as well as pathological antecedents of each patient, and relevant data within both surgeries in myomatosis.

**KEYWORDS:** Laparoscopic Hysterectomy, Vaginal Hysterectomy, Myomatosis, Surgical Complications.

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis analiza y estudia los beneficios y complicaciones asociadas a la Histerectomía laparoscópica uterina e histerectomía vaginal, aunque la segunda de ellas ha demostrado grandes beneficios para los pacientes el costo de la misma no está al alcance de todos los peruanos, dado la situación socioeconómica, el Sistema Integral de Seguro (SIS), y obviamente la coyuntura política actual.

En el capítulo I, se va a presentar 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 va abordar el marco teórico el cual estará relacionado con los beneficios y complicaciones asociadas a histerectomía vaginal e histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina, entre los cuales su desarrollo y crecimiento de los miomas, caracterización y diagnóstico de miomas, su clasificación, procedimientos, factores de riesgo y factores protectores como sus abordajes quirúrgicos histerectomía.

En el capítulo III, se aborda la metodología de la investigación; el cual fue mostrado por el diseño metodológico Se le considerara a este estudio tipo analítico no experimental todo estudio que evalúa una presunta relación causa-efecto en relación a la miomatosis uterina, tipo cohorte supone la separación de un conjunto de sujetos en dos grupos (Histerectomía vaginal y laparoscópica) según se consideren al factor que se pretende estudiar (beneficios y complicaciones de las mismas). Es retrospectivo, debido a que se obtuvieron los resultados a través de las historias clínicas en el plazo determinado de estudio.

En el capítulo IV, se presenta el análisis de los resultados como su discusión misma.

En el capítulo V, se presentan las conclusiones como las recomendaciones de la tesis.



## ÍNDICE

CARÁTULA	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
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2.1 GENERAL	3
1.2.2 ESPECÍFICOS	3
1.3 JUSTIFICACIÓN	4
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	5
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.6 OBJETIVOS	6
1.6.1 GENERAL	6
1.6.2 ESPECÍFICOS	6
1.7 PROPÓSITO	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	8
2.2 BASE TEÓRICA	26
2.3 MARCO CONCEPTUAL	33

2.4 HIPÓTESIS	51
2.4.1 GENERAL	51
2.4.2 ESPECÍFICOS	51
2.5 VARIABLES	52
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	54
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	56
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	56
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	56
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	56
3.3.1 POBLACIÓN	56
3.3.2 MUESTRA	57
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	59
3.5.1 PROCESAMIENTO DE DATOS	59
3.5.2 ANÁLISIS DE DATOS	59
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	59
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
4.1 RESULTADOS	60
4.2 DISCUSIÓN	79
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1 CONCLUSIONES	82
5.2 RECOMENDACIONES	83
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	85
<b>ANEXOS</b>	94

## LISTA DE TABLAS

	Página
TABLA N°01: EDAD DE LOS PACIENTES	60
TABLA N°02: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	61
TABLA N°03: TIPOS DE CIRUGÍA	62
TABLA N°04: ANTECEDENTES DE CESÁREA	63
TABLA N°05: EDAD DE LOS PACIENTES VS TIPO DE CIRUGÍA	64
TABLA N°06: EDAD DE LOS PACIENTES VS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	65
TABLA N°07: TIPO DE CIRUGÍA VS LESIÓN URETERAL	67
TABLA N°08: TIPO DE CIRUGÍA VS HEMATOMA	68
TABLA N°09: TIPO DE CIRUGÍA VS DOLOR	69
TABLA N°10: TIPO DE CIRUGÍA VS HEMORRAGIA	71
TABLA N°11: TIPO DE CIRUGÍA VS PROLAPSO DEL MUÑÓN	72
TABLA N°12: TIPO DE CIRUGÍA VS FÍSTULA VESICoureTERAL	73
TABLA N°13: TIPO DE CIRUGÍA VS ESTANCIA HOSPITALARIA	74
TABLA N°14: TIPO DE CIRUGÍA VS INFECCIÓN DE LA HERIDA	75
TABLA N°15: TIPO DE CIRUGÍA VS REINTEGRACIÓN AL TRABAJO	76

## LISTA DE GRÁFICOS

	Página
GRÁFICO N°01: EDAD DE LOS PACIENTES	60
GRÁFICO N°02: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	61
GRÁFICO N°03: TIPOS DE CIRUGÍA	62
GRÁFICO N°04: ANTECEDENTES DE CESÁREA	63
GRÁFICO N°05: EDAD DE LOS PACIENTES VS TIPO DE CIRUGÍA	64
GRÁFICO N°06: EDAD DE LOS PACIENTES VS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	66
GRÁFICO N°07: TIPO DE CIRUGÍA VS LESIÓN URETERAL	68
GRÁFICO N°08: TIPO DE CIRUGÍA VS HEMATOMA	69
GRÁFICO N°09: TIPO DE CIRUGÍA VS DOLOR	70
GRÁFICO N°10: TIPO DE CIRUGÍA VS HEMORRAGIA	71
GRÁFICO N°11: TIPO DE CIRUGÍA VS PROLAPSO DEL MUÑÓN	72
GRÁFICO N°12: TIPO DE CIRUGÍA VS FÍSTULA VESICoureTERAL	73
GRÁFICO N°13: TIPO DE CIRUGÍA VS ESTANCIA HOSPITALARIA	74
GRÁFICO N°14: TIPO DE CIRUGÍA VS INFECCIÓN DE LA HERIDA	76
GRÁFICO N°15: TIPO DE CIRUGÍA VS REINTEGRACIÓN AL TRABAJO	77

## **LISTA DE ANEXOS**

	<b>Página</b>
<b>ANEXO N°01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO N°02: INSTRUMENTO</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO N°03: VALIDEZ DE INSTRUMENTO–CONSULTA DE EXPERTOS</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO N°04: MATRIZ DE CONSISTENCIA</b>	<b>108</b>

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El tema pilar en la presente tesis es la extirpación quirúrgica llamada histerectomía ya sea por causas naturales o por causa de una intervención quirúrgica, para poder entender la importancia de la histerectomía, se debe conocer las principales características de esta; históricamente la histerectomía abdominal total fue realizada por el médico Charles Clay, mientras que la histerectomía laparoscópica fue realizada y estudiada por el médico Semm en el año 1991, aunque para el caso de ambas ya han sido estudiadas por varios años, las complicaciones siguen siendo reportadas aún en los últimos estudios, tales como complicaciones de órganos anexos como vejiga, uréteres y procedimientos adicionales cervicales<sup>1-2</sup>.

Como se mencionó anteriormente, la histerectomía se define como la extirpación quirúrgica del útero, dicho procedimiento ha estado evolucionando a lo largo de los años, todo ello influenciado por el desarrollo de las diferentes áreas tales como anestesiología, tratamiento antibiótico, y la evolución misma de la cirugía<sup>3</sup>.

Otro problema que se observa actualmente, es la posibilidad que tiene el paciente en la elección del procedimiento en sí, tanto por vía vaginal o abdominal, obviamente relacionado con el diagnóstico y los datos clínicos encontrados. Datos actuales, refieren que las histerectomías son dadas utilizando abordaje abdominal<sup>4-9</sup>.

Otro punto relevante en la presente investigación, son los miomas uterinos, los cuales se definen como tumores benignos en las pacientes en edad fértil. En la mayoría de casos son asintomáticos, pero una forma de reconocerlo es por los sangrados irregulares que produce, además del dolor pélvico e infertilidad<sup>10</sup>.

Una de las características de los miomas es que en la mayoría de casos permanecen sin cambios o se reducen durante el tercer trimestre del embarazo por los diferentes cambios estrogénicos que ocurren durante su gestación. Aunque la medicina ha tenido una evolución constante, aun no es posible en proveer el crecimiento del mioma durante la gestación, lo que se puede asegurar es que este tipo de tumores producen complicaciones durante el embarazo y el parto<sup>11</sup>.

El riesgo manifestado por los miomas, están relacionado con la localización de los mismos, existen dos tipos de miomas relacionados con la mayoría de complicaciones, la submucosa y retro placentaria (desprendimiento de placenta y sangrado posparto).

Estudios actuales reportan que el 10% de las pacientes con miomas uterinos reportaran complicaciones durante la gestación. Fisiopatológicamente, los miomas uterinos aumentan el riesgo de resultados obstétricos adversos son desconocidos, pero algunas teorías refieren que interfieren con la distensibilidad del útero, lo que resulta una obstrucción mecánica, cambia sustancialmente el patrón de contracciones y la morfología endometrial al momento de la implantación, además del aporte de nutrientes y disminuye la superficie de adhesión placentaria en embarazos más avanzados y por producir inflamación local<sup>12-15</sup>.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. GENERAL**

¿Cuáles son los beneficios y complicaciones asociadas a histerectomía vaginal e histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años en el servicio de gineco – obstetricia en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo enero a julio 2016?

### **1.2.2. ESPECÍFICOS**

- ¿Cuáles son los beneficios postquirúrgicos en pacientes que son sometidas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina?
- ¿Cuál es la escala del dolor postoperatorio en los diferentes tipos de abordaje quirúrgico en miomatosis uterina?
- ¿Cuáles son las principales complicaciones asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina?
- ¿Cuál es el tiempo de hospitalización asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina?
- ¿Cuál es la incidencia del prolapso del muñón Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina?



### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Actualmente, la miomatosis uterina va a ser una de las más principales factores de histerectomía, es poco habitual tener casos de pacientes que fueron tratadas con un manejo conservador, en mi trabajo de investigación, analicé los procesos diferentes que se den tanto en el campo quirúrgico, por histerectomía vaginal e histerectomía laparoscópica, con el fin de identificar todos los beneficios y a su vez las complicaciones; con ello poder emitir recomendaciones a nuestras pacientes para la resolución quirúrgica de la miomatosis uterina.

La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas que se presentan en diversas entidades del estado ya sea tanto a nivel particular como estatal, como las indicaciones de dicho procedimiento son diversas y las vías de abordaje también lo son.

En nuestro hospital la histerectomía por vía vaginal sigue siendo la vía que con mayor frecuencia que se utiliza, seguida por la histerectomía laparoscópica. Con el advenimiento de la histerectomía laparoscópica se ha logrado disminuir las diversas complicaciones de la cirugía, como el menor dolor postoperatorio, a su vez el tiempo de estancia hospitalaria más corto, y sobre todo la incorporación a las actividades cotidianas en forma más rápida con lo que el tiempo de incapacidad de la paciente resulta ser el menor.

Por lo tanto al comprobar los beneficios y sus complicaciones antes mencionados se podrían capacitar a más personal para que se realicen más histerectomía por vía laparoscópica en lugar de la histerectomía vaginal y así lograr mejores resultados en cuanto a la recuperación de la paciente al reducir el dolor y sus posibles complicaciones.

Los resultados de la presente tesis repercutirán en el ámbito económico nacional, reducirá los gastos producidos tanto en el intraoperatorio como

el postoperatorio, disminuirá de manera significativa la estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias como infecciones hospitalarias resistentes a tratamiento.

#### **1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

El desarrollo de la presente tesis se llevó a cabo en el Servicio de Ginecología en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. La elaboración de la tesis se llevó a cabo en los meses de Enero a Julio del 2016. El desarrollo de la presente tesis se llevó en pacientes que oscilan entre los 20 a 50 años con miomatosis uterina, de igual forma se contó con la participación de 116 pacientes en el tiempo que se determinó el estudio. Se estudió los beneficios como las complicaciones asociados a histerectomía vaginal como la histerectomía laparoscópica en miomatosis, lo cual va a determinar la importancia de ambas técnicas quirúrgicas como las consecuencias que tengan en las pacientes a las cuales sean sometidas, de igual forma se llegaron a comparar en cada aspecto dichas técnicas las que repercutan en las pacientes.

#### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La dificultad económica radicó en los materiales como el transporte del mismo. Las pruebas se llevaron a cabo dentro de las instalaciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, por personal altamente capacitado. Se realizó la coordinación con OADI, y el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Todos los programas estadísticos son adquiridos por la Universidad Privada San Juan Bautista, y el investigador realizó dentro de la sala de cómputo de dicha institución como también en las instalaciones del Hospital Daniel Alcides Carrión.

## **1.6. OBJETIVOS**

### **1.6.1. GENERAL**

Determinar los beneficios y complicaciones asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años en el servicio de gineco - obstetricia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo enero a julio del 2016.

### **1.6.2. ESPECÍFICOS**

- Analizar los beneficios postquirúrgicos en pacientes que son sometidas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina.
- Identificar la escala del dolor postoperatorio en los diferentes tipos de abordaje quirúrgico en miomatosis uterina.
- Mencionar las principales complicaciones asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina.
- Registrar el tiempo de hospitalización asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina.
- Deducir la incidencia del prolapso del muñón Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina.

## **1.7. PROPÓSITO**

El propósito del presente estudio de investigación radica en establecer cuáles son los beneficios y complicaciones, y con ello, establecer las diferentes técnicas quirúrgicas como la Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años.

El conocimiento generado en este estudio de investigación se va a reflejar en la disminución de recurrencia de estos casos, por consiguiente responder a las expectativas sociales permitiendo un desarrollo acorde con la necesidad de atención.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS**

A continuación se va a abarcar en los principales antecedentes en la actual tesis, se puede mencionar es estudio realizado por Julisse Pacheco et al con el trabajo titulado “Modificaciones de la técnica quirúrgica clásica de histerectomía abdominal total” (Perú – Lima, 2013)<sup>16</sup>.

**Objetivo:** Fue describir la técnica quirúrgica modificada por Gómez-Circelli de Histerectomía abdominal total en las pacientes intervenidas en la Clínica Santa Isabel durante el lapso 2011 y 2012.

**Materiales y métodos:** Para ello, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo; con una muestra de 30 pacientes, de las cuales el promedio de edad fue de 45,13±10,36 años, cuya principal indicación quirúrgica fue por Miomatosis uterina (66,66%) y cáncer de cuello uterino (26,66%).

**Resultados:** se realizaron procedimientos asociados como Salpingooforectomía bilateral (40%) y Apendicetomía (20%). Por otro lado, se estimó el tiempo quirúrgico resultando de 46,4±18,72 minutos y el período de estancia de 1 día. Cabe señalar, que no se registraron complicaciones inmediatas ni tardías, solo una complicación mediata correspondiendo a una úlcera en vagina.

**Conclusión:** la histerectomía abdominal total modificada por Gómez-Circelli, es una técnica alternativa, que puede ofrecer menor tiempo

operatorio y la estancia hospitalaria; así como una baja frecuencia de complicaciones postoperatorias.

Margoth Lanos et al “Histerectomía radical laparoscópica asistida por la vagina (VALRH) versus histerectomía vaginal radical asistida por laparoscopia (LARVH) en el tratamiento del cáncer cervical: resultados quirúrgicos y resultado oncológico” (Perú – Lima, 2013)<sup>17</sup>.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue comparar las tasas de morbilidad y supervivencia de pacientes con cáncer cervical en etapa temprana tratados con histerectomía radical laparoscópica asistida por vía vaginal (VALRH) con controles de histerectomía vaginal asistida por laparoscopia pareada (LARVH).

**Materiales y métodos:** Ciento nueve pacientes que se sometieron a VALRH para el estadio de cáncer cervical FIGO Ia1, L1 a Ib entre 2007 y 2009 y 200 pacientes que se sometieron a LARVH entre 1994 y 2002 se analizaron en su totalidad y en un grupo de pares emparejados.

**Resultados:** En ambos grupos, no hubo conversión a laparotomía debido a una complicación intraoperatoria. La prevalencia de las transfusiones de sangre fue significativamente menor en el grupo de VALRH (2 vs. 39 pacientes;  $P < 0,001$ ). La función de la vejiga se reanudó antes ( $P < 0,001$ ) y los pacientes fueron dados de alta más temprano después de VALRH ( $P < 0,001$ ). No hubo lesiones intraoperatorias en el grupo VALRH. En el grupo LARVH, la lesión intraoperatoria más frecuente ocurrió en la vejiga (7,0%). Después de la operación, la complicación más común en el grupo de VALRH fue la fístula ureterovaginal (2,7%) y la fiebre (2,7%) y en la ureterostenosis LARVH (3,5%), la fístula uretero / vejiga (1%) y la fiebre (7%). Para los pacientes con estadio tumoral Ib1, la supervivencia sin recurrencia a 5

años fue de 92.8% y la supervivencia general a 5 años fue de 95.2% después de VALRH y 88.2 y 90.5%, respectivamente, después de LARVH. No se encontraron diferencias significativas en la tasa de supervivencia (log rank,  $P = 0.740$ ).

**Conclusión:** VALRH es una opción quirúrgica viable y oncológicamente segura para pacientes con cáncer cervical en etapa temprana. Creemos que la tasa de complicaciones se reduce en VALRH por la combinación del abordaje laparoscópico y vaginal.

Alexadra M. Martin et al con el trabajo titulado “Infección del sitio quirúrgico después de la histerectomía” (Estados Unidos - Boston, 2013)<sup>18</sup>.

**Objetivo:** Nuestro objetivo fue estimar la aparición de infecciones en el sitio quirúrgico (SSI) después de la histerectomía y los factores de riesgo asociados.

**Diseño del estudio:** Realizamos un análisis transversal del programa de mejora de la calidad quirúrgica del Colegio Nacional de Cirujanos 2005-2009. Los participantes utilizaron los archivos de datos para analizar las histerectomías. Se compararon diferentes vías de histerectomía. El resultado primario fue identificar la aparición de SSI superficial (celulitis) a los 30 días después de la histerectomía. Los resultados secundarios fueron la aparición de SSI profundo y en el espacio orgánico después de la histerectomía. Se realizaron modelos de regresión logística para explorar más a fondo las asociaciones de factores de riesgo con SSI después de la histerectomía.

**Resultados:** Un total de 13,822 mujeres fueron incluidas en nuestro análisis final. La aparición de celulitis postoperatoria después de la histerectomía fue del 1,6% (n = 221 mujeres). Los factores de riesgo que se asociaron con la celulitis fueron la ruta de histerectomía con un odds ratio ajustado (AOR) de 3.74 (95% intervalo de confianza [IC], 2.26–6.22) para la laparotomía en comparación con el abordaje vaginal, tiempo operatorio > percentil 75 (AOR, 1.84; IC 95%, 1.40–2.44), clase de la American Society of Anesthesia  $\geq 3$  (AOR, 1.79; IC 95%, 1.31–2.43), índice de masa corporal  $\geq 40$  kg / m<sup>2</sup> (AOR, 2.65; IC 95%, 1.85–3.80) y diabetes mellitus (AOR, 1.54; IC 95%, 1.06–2.24) La aparición de SSI profunda y de órganos y órganos fue del 1.1% (n = 154 mujeres) después de la histerectomía .

**Conclusión:** Nuestro hallazgo de la disminución en la aparición de SSI superficial después del abordaje vaginal para la histerectomía reafirma el papel de la histerectomía vaginal como la vía de elección para la histerectomía.

Sandra Golberg et al con el trabajo titulado “Costos hospitalarios de la histerectomía vaginal total en comparación con otra histerectomía mínimamente invasiva” (Estados Unidos – California, 2011)<sup>19</sup>.

**Objetivo:** El objetivo del estudio fue determinar los costos hospitalarios totales y el ingreso hospitalario neto para diferentes tipos de histerectomía mínimamente invasiva y el impacto financiero si un subconjunto de pacientes se sometió a histerectomía vaginal total (TVH) en lugar de su procedimiento seleccionado.



**Diseño del estudio:** Se realizó una revisión gráfica retrospectiva de pacientes sometidos a histerectomía por enfermedad benigna por TVH, histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (LAVH), histerectomía laparoscópica total (TLH) e histerectomía robótica (HR) entre el 1 de enero de 2007 y el 30 de abril de 2010. , en el Hospital Universitario Thomas Jefferson. La base de datos de apoyo a las decisiones del hospital se utilizó para calcular el ingreso neto del hospital. Un subconjunto de pacientes con al menos 1 parto vaginal previo, no más de 1 laparotomía y un tamaño uterino de menos de 14 semanas a los que se les realizó RH, TLH o LAVH se identificaron como posibles candidatos a TVH. Se calculó el impacto financiero de realizar TVH sobre la histerectomía seleccionada.

**Resultados:** Se identificaron trescientos treinta y cuatro casos de histerectomía mínimamente invasiva. El cincuenta y cinco por ciento eran TVH, 33% LAVH, 3% TLH y 9% RH. El promedio de los costos hospitalarios para TVH fue de \$ 7903, \$ 10,069 para LAVH, \$ 11,558 para TLH y \$ 13,429 para RH ( $P < .0001$ ). El ingreso neto del hospital fue de \$ 1260 para TVH. El hospital incurrió en pérdidas de \$ -1306 para LAVH, \$ -4049 para TLH y \$ -4564 para RH ( $P = .03$ ). Nuestros criterios para determinar el modo de histerectomía aumentaron la TVH de 57% a 76% de todas las histerectomías mínimamente invasivas.

**Conclusión:** Los costos hospitalarios fueron mayores con LAVH, TLH y RH que para TVH. El hospital incurrió en pérdidas financieras con LAVH, TLH y RH. TVH fue la única modalidad mínimamente invasiva de histerectomía que generó ingresos netos hospitalarios. Nuestro criterio conservador para determinar la ruta de la histerectomía aumentaría el número de TVH en más del 30%.

Andrew Zakhari et al con el trabajo titulado “Histerectomía laparoscópica y asistida por robot para el cáncer de útero: una comparación de costos y complicaciones” (Estados Unidos – Boston, 2013)<sup>20</sup>.

**Objetivo:** Cada vez más, la cirugía robótica se utiliza para la histerectomía total, la salpingooforectomía bilateral y la disección de los ganglios linfáticos para el cáncer de útero. El propósito de este estudio fue comparar los costos y las complicaciones entre las mujeres sometidas a histerectomía robótica y laparoscópica para el cáncer de útero.

**Diseño del estudio:** Llevamos a cabo un estudio de cohorte utilizando la base de datos de muestras nacionales de pacientes internados (NIS, por sus siglas en inglés) entre 2008 y 2012 en todas las mujeres diagnosticadas con cáncer uterino, clasificando a las mujeres como tratadas por vía laparoscópica o robótica, excluyendo laparotomías o abordajes vaginales. Se utilizaron análisis de regresión logística para evaluar el efecto ajustado del abordaje quirúrgico en las tasas de complicaciones.

**Resultados:** Hubo 10,347 mujeres que se sometieron a una histerectomía por cáncer uterino, ya sea por laparoscopia (39%) o por robótica (61%). La tasa de cirugía robótica aumentó constantemente durante el período de 5 años. Las mujeres sometidas a cirugía robótica tenían más condiciones de comorbilidad (diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal, obesidad u obesidad mórbida y enfermedad pulmonar). En los análisis ajustados, las mujeres sometidas a cirugía robótica tenían más probabilidades de tener una disección de ganglios linfáticos (73.01% frente a 66.04%;  $P < .0001$ ) y una admisión que duró <3 días (86.01%

versus 82.5%;  $P < .0001$ ) en comparación con aquellos sometidos a cirugía laparoscópica. El punto final compuesto de cualquier complicación fue similar entre ambas cohortes (20.56% robótico versus 21.00% laparoscopia). En el análisis general y de subconjuntos, la cirugía robótica fue más costosa, con cargos medianos de \$ 38,161.00 en comparación con \$ 31,476.00 en aquellos sometidos a cirugía laparoscópica ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusión:** A pesar de la carga considerablemente mayor de comorbilidades en aquellos sometidos a cirugía robótica en comparación con la laparoscopia, los primeros tienen ingresos hospitalarios más cortos, una mayor tasa de disección de ganglios linfáticos y morbilidad y mortalidad postoperatorias similares, aunque a un costo total mayor.

Sarah Maheux – Lacroix et al con el trabajo titulado “Viabilidad y seguridad de la histerectomía laparoscópica total para pacientes ambulatorios” (Francia – París, 2015)<sup>21</sup>.

**Objetivo:** La histerectomía laparoscópica total ambulatoria (TLH) podría generar importantes ahorros en los costos, pero algunos temen los efectos de lo que podría ser una descarga postquirúrgica prematura. Intentamos estimar la viabilidad y la seguridad de la TLH como un procedimiento ambulatorio para afecciones ginecológicas benignas.

**Materiales y métodos:** Presentamos una serie de casos prospectivos y consecutivos de 128 TLH ambulatorios realizados para afecciones ginecológicas benignas en un centro de atención terciaria.

**Resultados:** De las 295 mujeres programadas para un TLH, 151 (51%) se intentaron como un procedimiento ambulatorio. Un total de 128 mujeres (85%) en realidad fueron dadas de alta el día de su cirugía. Las razones más comunes para la admisión el mismo día fueron la retención urinaria (19%) y las náuseas (15%). Las indicaciones para la histerectomía fueron principalmente leiomiomas (62%), menorragia (24%) y dolor pélvico (9%). La endometriosis y las adherencias se encontraron en el 23% y el 25% de los casos, respectivamente. La pérdida de sangre estimada media fue de 56 ml y el peso medio del útero fue de 215 g, con el útero más pesado que pesa 841 g. La consulta y readmisión no planificada fueron infrecuentes, ocurriendo en 3.1% y 0.8% de los casos, respectivamente, en las primeras 72 horas. A los 3 meses, la consulta no planificada, la complicación y la readmisión se habían producido en una proporción similar de pacientes con TLH para pacientes hospitalizados y ambulatorios (17,2%, 12,5% y 4.7% contra 18.1%, 12.7% y 5.4%, respectivamente). En un modelo de regresión logística, el peso del útero, la presencia de adherencias o endometriosis y la duración de la operación no se asociaron con resultados adversos.

**Conclusión:** El alta hospitalaria el mismo día es una opción viable y segura para pacientes cuidadosamente seleccionados que se someten a una TLH sin complicaciones, incluso en presencia de leiomiomas, adherencias graves o endometriosis.

Kavi Fatania et al con el trabajo titulado “Histerectomía vaginal *versus* abdominal para el agrandamiento del útero no prolapso: un estudio de cohorte retrospectivo” (Londres – Sutton, 2014)<sup>22</sup>.

**Objetivo:** Para comparar los resultados quirúrgicos en mujeres con útero agrandado > 12 semanas de tamaño que se sometieron a una histerectomía vaginal en comparación con una histerectomía abdominal para las indicaciones de no prolapso.

**Diseño del estudio:** Estudio de cohorte retrospectivo realizado entre 2007 y 2012 en un hospital universitario del norte de Londres. El grupo de estudio incluyó a 39 mujeres que se sometieron a una histerectomía vaginal (VH) con útero > 12 semanas (200 g) para las indicaciones de no prolapso. La siguiente histerectomía abdominal (TAH) sucesiva después del caso índice para indicaciones similares (y con pesos uterinos similares) sirvió como control ( $n = 33$ ). Los grupos se compararon para los datos demográficos pre y postoperatorios, y las principales medidas de resultado fueron la pérdida de sangre estimada, el tiempo de operación, la duración de la estancia y las complicaciones.

**Resultados:** Los grupos de VH y TAH tenían niveles de hemoglobinas promedio preoperatorias estadísticamente similares, edad, índice de masa corporal, cirugía abdominal previa y grado de la American Society of Anesthesiologists (ASA). El peso uterino medio ( $403.1 \pm 239.5$  vs  $460.5 \pm 236.2$  g) fue comparable en ambos grupos (ambos  $p > 0.05$ ). La duración media del procedimiento fue similar ( $123.5 \pm 45.8$  vs  $119.8 \pm 44.9$  min,  $p = 0.580$ ) pero las mujeres que tuvieron TAH perdieron 117 ml más de sangre ( $525.7 \pm 427.6$  versus  $408.2 \pm 411.8$  ml,  $p = 0,039$ ). Aunque las tasas generales de complicaciones fueron comparables entre los grupos (30,8% frente a 36,4%,  $p = 0,627$ ), la estancia media postoperatoria fue 55% más corta después de la VH ( $40,7 \pm 29,4$  frente a  $90,7 \pm 46,2$  h,  $p < 0,0001$ ).

**Conclusión:** En mujeres con útero sin prolapso de más de 12 semanas, la VH es una opción segura y rentable. La vía vaginal se asocia con una pérdida de sangre estimada significativamente más baja y una estancia postoperatoria 55% más corta, sin un aumento en las tasas de complicaciones.

Anita Sargent et al con el trabajo titulado “Dehiscencia del manguito vaginal en la histerectomía total asistida por robot” (Canadá – Ottawa, 2012)<sup>23</sup>.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue estimar la incidencia acumulada de dehiscencia del manguito vaginal en histerectomías totales asistidas por robot en nuestros pacientes y proporcionar recomendaciones para disminuir la incidencia de dehiscencia del manguito vaginal.

**Métodos:** Esta fue una serie de casos de observación, Clasificación de la Fuerza de Tareas Canadiense II-3 realizada en un hospital académico y de enseñanza comunitaria. Un total de 654 pacientes se sometieron a una histerectomía laparoscópica total asistida por robot por razones malignas y benignas desde el 1 de septiembre de 2006 hasta el 1 de marzo de 2011 realizada por un solo cirujano. El sistema quirúrgico da Vinci se usó para la histerectomía laparoscópica total asistida por robot.

**Resultados:** Hubo 3 casos de dehiscencia del manguito vaginal entre 654 histerectomías laparoscópicas totales asistidas por robot, por lo que nuestra incidencia acumulada de dehiscencia del manguito vaginal fue de 0,4%. El tiempo medio entre los procedimientos y la dehiscencia

del manguito vaginal fue de 44,3 d (6,3 semanas). Todos los pacientes fueron seguidos dos veces después de la cirugía, de 3 a 4 semanas y de 12 a 16 semanas.

**Conclusión:** En nuestro estudio, la incidencia de dehiscencia del manguito vaginal después de la histerectomía laparoscópica total asistida por robot se compara favorablemente con la de la histerectomía abdominal y vaginal total. Nuestro estudio sugiere que la incidencia de dehiscencia del manguito vaginal está más probablemente relacionada con la técnica de colpotomía y sutura del manguito vaginal que con la histerectomía total asistida por robot en sí. Con la técnica adecuada y la educación del paciente, nuestra tasa de dehiscencia vaginal ha sido del 0,4%, que es de 2,5 a 10 veces menor que la tasa de dehiscencia de manguito vaginal informada anteriormente en la literatura.

Young – Sam Choi et al con el trabajo titulado “Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia de acceso por puerto único: nuestras experiencias iniciales con 100 casos” (Corea del Norte - Pionyang, 2012)<sup>24</sup>.

**Objetivos:** Presentar nuestras experiencias iniciales con histerectomía vaginal asistida por laparoscopia realizada mediante un sistema de puerto único transumbilical casero.

**Materiales y métodos:** Revisamos los registros médicos de cien pacientes a los que se les realizó una histerectomía vaginal asistida por vía laparoscópica con acceso de puerto único (SPA-LAVH). SPA-LAVH

se realizó con un sistema de puerto único hecho en casa e instrumentos laparoscópicos rígidos convencionales.

**Resultados:** Todos los procedimientos se completaron con éxito a través del sistema de puerto único y la vagina sin necesidad de punción extraumbilical o conversión a laparotomía. La mediana de edad del paciente fue de  $48,2 \pm 6,5$  años. Treinta y tres pacientes tenían antecedentes de cirugía abdominopélvica pasada. La mediana del tiempo operatorio total, la dimensión más grande del útero y el peso del útero fueron  $73.1 \pm 24.6$  min,  $10.5 \pm 2.1$  cm y  $300.8 \pm 192.5$  gramos, respectivamente. La disminución media en la hemoglobina desde antes de la cirugía hasta el día 1 postoperatorio fue de  $1.8 \pm 0.9$  g / dL. La lesión vesical ocurrió en un paciente que fue reparado a través de una sutura laparoscópica intraoperatoria. El curso postoperatorio transcurrió sin incidentes en la mayoría de los pacientes, excepto en tres que tenían un íleo paralítico transitorio, cinco que tenían un hematoma pélvico, pero se recuperaron después de un tratamiento conservador. No se observaron complicaciones relacionadas con el puerto, y los resultados cosméticos fueron excelentes.

**Conclusiones:** SPA-LAVH es un procedimiento técnicamente seguro, y el sistema de puerto único hecho en casa ofrece acceso confiable para cirugía de puerto único.

Lena Nilsson et al con el trabajo titulado “Factores de riesgo para complicaciones postoperatorias después de una histerectomía abdominal de vía rápida” (Perú – Lima, 2012)<sup>25</sup>. Se ha demostrado que el régimen de vía rápida reduce las complicaciones postoperatorias en la cirugía gastrointestinal.



**Objetivos:** Investigamos la incidencia y el tipo de complicaciones postoperatorias y los factores de riesgo asociados después de una histerectomía abdominal benigna realizada en un programa de vía rápida.

**Materiales y métodos:** Un estudio prospectivo de cohorte longitudinal. En cinco hospitales suecos, se estudió prospectivamente una cohorte de 162 mujeres, ASA 1-2, que se sometieron a una histerectomía abdominal en un programa de vía rápida. La cirugía se realizó bajo anestesia espinal o general. El concepto de vía rápida se estandarizó con los criterios de alta y un régimen restringido de líquidos intravenosos. Las complicaciones se registraron sistemáticamente durante el período de seguimiento de cinco semanas. Los factores de riesgo de complicaciones se analizaron mediante modelos de regresión logística múltiple.

**Resultados:** Cuarenta y un (25.3%) desarrollaron complicaciones postoperatorias, principalmente infecciones y complicaciones de la cicatrización de heridas. La mayoría de las complicaciones se desarrollaron después del alta y se trataron en las clínicas ambulatorias. Cuatro mujeres (2,5%) fueron readmitidas en el hospital. Los factores de riesgo importantes para las complicaciones postoperatorias fueron la obesidad (OR 8,83), la laparotomía previa (OR 2,92) y el aumento relativo del peso corporal en el primer día postoperatorio (OR 1,52).

**Conclusiones:** Las infecciones menores y las complicaciones de la cicatrización de heridas parecen ser comunes en mujeres sanas que se someten a una histerectomía abdominal en un programa de vía rápida. La obesidad es un factor de riesgo importante también en la histerectomía abdominal de vía rápida. Un aumento modesto en el aumento de peso relativo postoperatorio durante el primer día postoperatorio pareció aumentar el riesgo de complicaciones

postoperatorias. Este factor merece un estudio más a fondo. Los estudios aleatorios son necesarios para determinar el impacto del programa de vía rápida y los regímenes de líquidos perioperatorios en las complicaciones postoperatorias.

Francesco Sesti et al con el trabajo titulado “Comparación aleatoria de histerectomías vaginales y vaginales laparoscópicas, asistidas por laparoscopia para úteros miomatosos” (Italia – Verona, 2014)<sup>26</sup>.

**Objetivo:** Para comparar los datos operativos y los resultados postoperatorios tempranos de la histerectomía laparoscópica total (TLH), la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (LAVH) y la histerectomía vaginal (VH).

**Materiales y métodos:** Ciento ocho mujeres que requerían histerectomía para el útero miomatoso agrandado se asignaron al azar en tres brazos de tratamiento: TLH ( $n = 36$ ); LAVH ( $n = 36$ ); VH ( $n = 36$ ). El procedimiento de aleatorización se basó en una lista generada por computadora. El resultado primario fue la comparación del tiempo de descarga. Los resultados secundarios fueron el tiempo operatorio, la pérdida de sangre, el tiempo del íleo paralítico, las complicaciones intraoperatorias, el dolor posoperatorio y las complicaciones postoperatorias tempranas.

**Resultados:** El tiempo medio de descarga fue más corto después de VH que después de LAVH y TLH ( $P = 0.001$ ). El tiempo de operación influyó significativamente en el tiempo de descarga, considerado como una variable dependiente en el análisis del modelo lineal general ( $P = 0.006$ ). En contraste, la pérdida de sangre no influyó en el tiempo de descarga ( $P = 0.55$ ). El tiempo de operación promedio fue significativamente más corto en VH que en los grupos de TLH y LAVH

(  $P = 0.000$ ). La pérdida de sangre intraoperatoria fue mayor durante la HALD que durante la HLV y VH (  $P = 0,000$ ). El tiempo del íleo paralítico fue más corto después de VH que después de TLH y LAVH (  $P = 0,000$ ). No se presentaron complicaciones intraoperatorias ni conversión a laparotomía.

**Conclusiones:** VH fue la técnica quirúrgica más rápida con menor pérdida de sangre y menor tiempo de descarga en comparación con las otras dos técnicas. Por lo tanto, la VH debe considerarse el enfoque preferido en pacientes con útero miomatoso agrandado. Cuando VH no es viable o se requiere salpingooforectomía, LAVH o TLH deben considerarse alternativas válidas. Es necesario continuar los estudios prospectivos comparativos entre las diversas opciones quirúrgicas para identificar el mejor método para la histerectomía en cada mujer.

Martin Thomas et al con el trabajo titulado “Una comparación de las medidas de resultados de calidad en pacientes que se sometieron a una histerectomía por enfermedad benigna: enfoques robóticos y no robóticos” (Canadá – Alberta, 2013)<sup>27</sup>.

**Objetivo:** Para medir las readmisiones hospitalarias relacionadas con el procedimiento dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria para pacientes que se someten a una histerectomía por enfermedad benigna. Las medidas de calidad de los resultados secundarios evaluados fueron el costo, la pérdida de sangre estimada, la duración de la estadía y la suma de los costos asociados con las readmisiones.

**Materiales y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo (clasificación de la Canadian Task Force II-2). Hospital académico de la comunidad. Pacientes sometidos a histerectomía para tratar enfermedades

benignas desde enero de 2008 hasta diciembre de 2012. Los pacientes se agruparon según la ruta de la histerectomía: histerectomía laparoscópica asistida por robot (robótica), histerectomía laparoscópica (laparoscópica), histerectomía abdominal (abierta mediante laparotomía) e histerectomía vaginal (vaginal).

**Resultados:** Los criterios de inclusión fueron cumplidos por 2554 pacientes: 601 en el grupo robótico, 427 en el grupo laparoscópico, 1194 en el grupo abdominal y 332 en el grupo vaginal. Las tasas de reingreso en la cohorte robótica fueron significativamente menores ( $p < .05$ ) que en las cohortes no robóticas: robótica (1%), laparoscópica (2.5%), abierta (3.5%), vaginal (2.4%). La pérdida de sangre estimada, la duración de la estancia y la suma de los costos de reingreso también fueron significativamente menores en la cohorte robótica ( $p < .05$ ) en comparación con las otras 3 cohortes.

**Conclusión:** Los pacientes que se someten a una histerectomía laparoscópica asistida por robot tienen una probabilidad significativamente menor de reingreso <30 días después de la cirugía en comparación con aquellos que se someten a una histerectomía laparoscópica, abdominal (abierta) y vaginal. Los pacientes de la cohorte de robótica también experimentaron una estadía más corta, menos pérdida de sangre estimada y un ahorro de costos asociado con los reingresos en comparación con los enfoques no robóticos. Los registros prospectivos que describen los resultados de calidad, la suma total de los costos, incluidos los 30 días de seguimiento, así como los beneficios de calidad de vida relacionados con el paciente, se recomiendan para confirmar estos hallazgos y determinar qué ruta quirúrgica ofrece el mayor valor para el paciente y la sociedad.

Joo – Hyun Nam et al con el trabajo titulado “Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia convencional versus laparoscópica para la enfermedad uterina benigna o preinvasiva” (China – Lanzhou, 2013)<sup>28</sup>.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue comparar los resultados quirúrgicos de la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia convencional (LESS) versus la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia en pacientes con enfermedad uterina benigna o preinvasiva.

**Materiales y métodos:** Los resultados quirúrgicos de los pacientes que habían probado LESS o LAVH convencional para la enfermedad uterina benigna o preinvasiva se revisaron y compararon retrospectivamente. El dolor postoperatorio se evaluó mediante la Escala de dolor analógico visual cada 8 h después de la cirugía.

**Resultados:** En total, 503 y 543 pacientes probaron LESS y LAVH convencional, respectivamente. Se necesitaron puertos adicionales en trece (2.6%) y un (LESS) pacientes de LAVH convencionales (0.2%), respectivamente ( $P = 0.001$ ). Un paciente de cada grupo requirió conversión a laparotomía (0.2 vs. 0.2%,  $P = 0.957$ ). Las características demográficas y clínico-patológicas fueron similares entre los grupos. No hubo diferencias en el tiempo de operación, la pérdida de sangre estimada, el cambio en el nivel de hemoglobina perioperatoria, el requisito de transfusión y las complicaciones perioperatorias. Sin embargo, el grupo LESS LAVH mostró una duración reducida de la estancia hospitalaria postoperatoria (2.1 vs. 2.5 días,  $P < 0.001$ ), un mayor porcentaje de pacientes dados de alta dentro de los 2 días de la cirugía (88.9 vs. 73.7%,  $P < 0,001$ ), puntuaciones de dolor significativamente más bajas a las 8, 16 y 24 h después de la cirugía, y

una disminución del porcentaje de pacientes que requieren analgésicos adicionales (33.4 vs. 61.3%,  $P < 0.001$ ).

**Conclusiones:** LESS LAVH demostró una factibilidad técnica comparable a la de LAVH convencional y se asoció con menos dolor postoperatorio, una menor necesidad de analgésicos postoperatorios y una menor duración de la estancia hospitalaria postoperatoria.

Giorgio Bogani et al con el trabajo titulado “La histerectomía en pacientes con cesárea previa: comparación entre los enfoques laparoscópica y vaginal” (Italia – Sicilia, 2015)<sup>29</sup>.

**Objetivo:** Para evaluar los resultados relacionados con la cirugía de la histerectomía laparoscópica (LH) y vaginal (VH) en pacientes con antecedentes de cesárea previa (CS).

**Material y método:** Se recopilaron datos de 289 pacientes consecutivos con antecedentes de CS sometidos a VH ( $n = 49$ , 17%) y LH ( $n = 219$ , 76%). Estadística descriptiva básica, análisis univariado y multivariado se realizaron para evaluar los resultados relacionados con la cirugía. Se aplicó un algoritmo adaptado a la propensión para reducir los sesgos de asignación entre los grupos.

**Resultados:** Los pacientes sometidos a LH tenían más probabilidades de tener antecedentes de cesáreas múltiples (44% frente a 18%;  $p = 0,001$ ). Además, el peso uterino fue mayor entre los pacientes sometidos a LH que VH (peso medio: 235 (rango, 45-2830) frente a 150 (rango, 40-710) g;  $p < 0,001$ ). Tres pacientes en cada grupo experimentaron lesiones vesicales de procedimiento (3/219 (1%) vs. 3/49 (6%);  $p = 0,07$ ; RR: 1,65; IC del 95%: 0,74, 3,68). La tasa

de complicaciones postoperatorias de grado 3 o peor se equilibró entre LH y VH (1% vs. 0%;  $p = 1.00$ ). Los pacientes sometidos a LH experimentaron una duración más corta de la estancia hospitalaria en comparación con los pacientes sometidos a VH (1 vs. 2 días;  $p = 0,02$ ). Teniendo en cuenta la población general, observamos mediante un análisis multivariado que la edad (OR: 1.003 (95% CI: 1.001, 1.004) por aumento de 10 años en la edad;  $p = 0.002$ ), VH (OR: 17.80 (IC 95%: 1.762, 180,378);  $p = 0,01$ ) y el número de cesáreas  $\geq 2$  (OR: 27,70 (IC 95%: 1.976, 388,285);  $p = 0.01$ ) aumentó el riesgo de desarrollar lesiones vesicales durante la histerectomía.

**Conclusiones:** La LH es un procedimiento seguro y factible en pacientes con CS anterior, y se asocia con una tasa de lesiones de vejiga baja.

## 2.2. BASE TEÓRICA

### MIOMAS UTERINOS

Los miomas uterinos serán aquellos tumores de la zona pélvica que se den con mayor frecuencia y por los cuales se le encuentren a la mujer. Es por esto que vienen a ser tumores benignos los cuales van a derivar de las células musculares lisas del miometrio. Se presentan con mayor frecuencia en la edad reproductiva que pueden ser también asintomáticos o también pueden presentar diversas manifestaciones de forma típica como el dolor o la presión pélvica así también como la prolongación o el aumento del sangrado menstrual<sup>30</sup>.

El crecimiento del mismo, llegara a depender de las hormonas sexuales, tango fuese el caso de la progesterona, ya que en estudios posteriores nos indican que se encontraron en niñas cuando recién empiezan la

pubertad los miomas. También se demostró que afectan el 70% de mujeres que son mayores de los 50 años teniendo casi un 80% de mujeres de la raza negra y que pueden presentarse síntomas clínicos entre el 12 al 25% en una edad reproductiva<sup>30-31</sup>.

El avance de los miomas, para que alcancen tamaños muy grandes, va a depender exclusivamente de los esteroides gonadales femeninos, los que se tendrá en cuenta como principales a los estrógenos y la progesterona, por otra parte, durante el periodo de la menopausia estos se van a disminuirse de forma esporádica.

Un porcentaje alto de aquellas pacientes que presenten los miomas, no van a llegar a presentar los síntomas, ya sea el caso el sangrado uterino anormal o también llamado por las siglas SUA o la infertilidad, por lo que en nuestro estudio, los miomas que presentamos son de gran parte asintomáticos. Algunas de nuestras pacientes llegaron a tener dolor pélvico, infertilidad como también la retención urinaria que se dio por aquella presión por el estreñimiento<sup>32</sup>.

En la información que se obtuvo, se presentó que alrededor del 30% al 40% en los Estados Unidos, las histerectomías que se realizaron fueron que de fondo las pacientes presentaban miomatosis uterina, por las cuales el 66% de las mismas fueron tratadas de forma quirúrgica por laparotomía, por lo que se tendría que el procedimiento es de costo elevado así como también en la forma estética tendrá una relevancia muy marcada a su vez la morbilidad estaría aumentada en porcentaje<sup>33-34</sup>.

En los últimos 20 años, se llegaron a obtener nuevos procedimientos con una sola finalidad, la de disminuir la tasa de morbilidad asociada como la terapia al manejo de los miomas, los cuales tendrán como inicio una histerectomía sin laparotomía (histerectomía laparoscópica y la vaginal) hasta aquellos procedimientos que serán menos invasivos para el útero como una miomectomía laparoscópica, y también como aquellos



procedimientos que son guiados por la imagen sea la ablación del mioma con crioterapia, electricidad, ultrasonido focalizado y la radiofrecuencia como también el de la embolización de las arterias uterinas<sup>33</sup>.

## **DESARROLLO Y CRECIMIENTO DE LOS MIOMAS**

Por otra parte, va a existir una evidencia dada de la progesterona en el desarrollo del mioma serán los agonistas de la GnRH tanto de las pacientes que estén entrando en el periodo de la menopausia, ya que muy a menudo van a requerir una terapia de progestina add – back y/o estrógeno las cuales serán utilizadas para los síntomas de atrofia vaginal o vasomotores y que además de estas, y para la osteopenia sirvan como una barrera de protección. Las mujeres que fueron tratadas bajo este modo fueron de alguna manera sometidas a diversos ensayos de forma aleatoria los cuales sirvieron como comparación de progestágeno solo add – back tanto a los regímenes de la progestina como la del estrógeno. En su mayoría de estos casos, el crecimiento del mioma o ya sea la falta de la disminución del volumen, este se ha demostrado que solo la asociación con el uso de la progestina, esto no se llegó a comprobar por parte de la terapia de la progestina con al del estrógeno<sup>35</sup>.

Se ha llegado a demostrar que al reducir el volumen del mioma que tenga relación con la reducción de los niveles del receptor tanto de la progesterona como también los niveles del estradiol en rangos normales. Estos hallazgos nos van a sugerir que tanto la progesterona va a desenvolver un rol importante en el desarrollo de los miomas como también los estrógenos, pero de alguna forma no serán de forma tan relativa como la progesterona propiamente dicha<sup>36-38</sup>.

En el útero se van a encontrar los miomas, pero estos estarán en diferentes partes del mismo. De forma general, cada grupo va a representar PALM, esta hará una referencia a las entidades que actualmente estén claramente evaluadas como también se le identificarán de forma histológica. Por otra parte, en el grupo COEIN, se van a incluir aquellas entidades que no estén totalmente definidas de forma histológica o estructural, pero que den una apariencia “normal” en el útero. La única forma por la que no este será la del No Clasificado (NC), en este tipo de categorías no se les incluiría a las entidades mal definidas o las raras, ya sean malformaciones endometritis o las malformaciones arteriovenosas. El mioma va a subdividirse en categorías SM o S, estos van a depender del tipo de mioma submucoso, y a estos se les aplicaran otra subclasificación ya sean los subserosos o los intramurales<sup>39-40</sup>.

Se tendrá una subclasificación de forma más detallada de los miomas las cuales también se les incluirá el sistema que ya fue establecido para una descripción de forma más detallada de las lesiones submucosas que fueron publicadas originalmente por Wamsteker, pero que van a añadir una categorización para que se puedan ubicar los miomas los que no distraigan la cavidad endometrial. El que se use este sistema para una correcta subclasificación nos va a ayudar a que la investigación tenga un mejor papel para el tratamiento de los miomas que se den en los trastornos ginecológicos<sup>41</sup>.

Desde el punto de vista del leiomioma, se le van a encontrar algunas percepciones erróneas que estarán basadas en los riesgos que se encuentren en el cáncer de los miomas estos van a tener un impacto profundo cuando se lleguen a tomar decisiones en aquellas mujeres que tengan que decidir sobre el tratamiento terapéutico para el problema clínico. En primera instancia, va ser de suma importancia que tanto los

ginecólogos brinden información a las mujeres sobre el riesgo que va presentar la miomatosis uterina, a su vez esta misma puede llegar a presentar neoplasia de novo y que este resultado es la transformación maligna de un tumor benigno. En aquellas mujeres pre menopáusicas, el leiomiomasarcoma va ser muy poco frecuente. Va ser más frecuente entre los 60 y 70 años de edad, teniendo estudios en los cuales refleja que el 1.4% y el 1.7% se haya encontrado hallazgos histopatológicos de aquellas mujeres que tuvieron como tratamiento la histerectomía<sup>42</sup>.

## **CARACTERIZACIÓN Y DIAGNOSTICO DE MIOMAS**

La miomatosis uterina se le va considerar asintomática como altamente prevalente, por lo que es importante, obtener una historia clínica de forma estructurada y a la vez detallada, para que se pueda realizar una evaluación minuciosa y cuidadosa del útero antes que los miomas generen un problema clínico. El hecho que se presente los miomas y de forma inusual los síntomas no va a significar que estén relacionados entre sí<sup>42</sup>.

Comúnmente el diagnóstico de los miomas se va a lograr ya sea con una o con varias combinaciones de las técnicas de histeroscopia como también los estudios radiológicos en las cuales se le va llegar a incluir una ecografía transvaginal, imágenes por resonancia magnética, ecografía de infusión con solución salina. El objetivo va a llegar hacer de identificar y a la vez caracterizar aquellas lesiones que se estén presentando, de tal forma que se pueda distinguir los diversos miomas de los adenomiomas, también se identificarán aquellos miomas que se localicen en la submucosa. Las lesiones se van a caracterizar de acuerdo a la relación de la serosa uterina, como también de la extensión en la penetración del miometrio ya que la resección transcervical no se le va considerar de

forma apropiada cuando el leiomioma este cerca o cuando este en contacto con la capa serosa<sup>42</sup>.

## **CLASIFICACIÓN**

Van a clasificarse los miomas según su localización, para la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) los clasificarán de la siguiente manera:

**Mioma submucoso:** estos van a derivarse de las células miometriales subyacentes hacia el endometrio, de tal forma que van a protruir en la cavidad endometrial. La forma en la que estos se van a extender en la cavidad va ser predictiva en cuanto a los resultados que se obtengan de una miomectomía por una histeroscopia. El tipo 0 va ser una referencia hacia el mioma que va estar totalmente intracavitario, por otra parte el tipo 1 será el que tenga menos del 50% del tamaño de la pared uterina y por último el tipo 2 va presentarse con el 50% de su masa que va estar incorporada en la pared<sup>43</sup>.

**Mioma intramural:** a que se van a desarrollar según sea el espesor de la pared uterina: estos pueden crecer hasta llegar a distorsionar tanto la cavidad como la superficie serosa del útero. Algunos de estos pueden estar incluso de forma transmural al que se extienda desde la capa serosa hasta la capa mucosa<sup>43</sup>.

**Mioma subseroso:** en este tipo de mioma va tener como origen en el miometrio subyacente hacia la serosa; estos pueden también ser

pediculados como no, también pueden ser intraligamentarios llegando a afectar en algunas ocasiones el ligamento redondo<sup>43</sup>.

**Mioma cervical:** localizados en cérvix uterino. Menos frecuentes<sup>43</sup>.

## **PROCEDIMIENTOS**

Van a existir una amplia gama de diversos procedimientos para los cuales se llegaran a realizar según el manejo quirúrgico de la miomatosis uterina que van a ir desde de la miectomía por laparoscopia o también laparotomía, los cuales van a incluir una resección por histeroscopia, hasta el manejo de forma radical, teniendo como referencia a la histerectomía que de igual manera esta pueda darse por laparoscopia, laparotomía o por vía vaginal, sin embargo en algunas ocasiones o también sea por la naturaleza se le limitara en hacer extensivo los temas como una histerectomía total abdominal o como una histerectomía total laparoscópica.

### **Tratamiento quirúrgico**

Será considerado como el tratamiento pilar para los miomas uterinos. Se tendrán las siguientes indicaciones:

- Abortos o infertilidad de forma recurrente<sup>44</sup>.
- Síntomas por efecto de la masa o sangrado uterino anormal<sup>44</sup>.

Si el tumor se presenta de forma maligna no va ser indicación de una cirugía ya sea en la gran parte de los casos, solo será necesario en aquellas mujeres que se dé un crecimiento de forma muy rápida del

mioma o cuando el tamaño del mismo ocupe más del 50% del tamaño del útero y que esto no permita a una valoración más detallada<sup>44</sup>.

## **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

### **FACTORES DE RIESGO**

- *EDAD*: Es más frecuente en la cuarta y quinta década debido a que los miomas son estrógenos dependientes en los cuales aumentan en la edad reproductiva activa y disminuyen en la menopausia<sup>45</sup>.
- *RAZA*: Más común en mujeres de raza negra de 3 a 9 veces que en las de raza blanca<sup>45</sup>.
- *PARIDAD*: Si la mujer ha tenido varios embarazo la frecuencia de presentar la patología es menor, esto puede debido a la hormona progesterona que se encuentra elevada durante el embarazo de la cual cumple un papel protector. En la nuliparidad el riesgo de presentar la patología es mayor<sup>45</sup>.
- *OBESIDAD*: Se asocia con un riesgo aumentado de miomatosis. Debido a que el tejido adiposo incrementa la conversión de los andrógenos adrenales a estroma que estimula el desarrollo de los miomas. Las pacientes que tienen índice de masa corporal mayor a 30 el riesgo son más susceptibles a presentar esta patología<sup>45</sup>.
- *ANTECEDENTES FAMILIARES*: Las familiares de primer grado de las mujeres con mioma tienen 2.5 veces más riesgo de presentar miomatosis que aquellas que no tienen historia familiar<sup>45</sup>.

### **FACTORES PROTECTORES**

- *USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES*: Sobre todo aquellos a base de progesterona, debido a que esta hormona cumple un papel

protector. Pero varios autores refieren que aún no ha sido aclarado la relación definitiva entre los anticonceptivos orales y la presencia o el desarrollo de los miomas<sup>45</sup>.

- *TABAQUISMO*: Puede disminuir la incidencia de miomas. Parece proteger con la génesis de miomas, debido a que disminuye la conversión de andrógenos a estrógenos por la inhibición de la aromatasa por la nicotina, y aumenta los niveles séricos de globulina fijadora de hormonas sexuales, disminuyendo los estrógenos libres<sup>45</sup>.
- *EJERCICIOS*: Las pacientes que realizan deporte demostraron el 40% menos riesgos de presentar miomatosis que las pacientes sedentarias. Se desconoce si esta diferencia representa el efecto del ejercicio o las bajas tasas de conversión de andrógenos a estrógenos por el índice de masa corporal<sup>45</sup>.
- *DIETA*: Existe poca evidencia entre la dieta y la presencia o el desarrollo de miomas, pero varias literaturas indican que las carnes rojas aumentan la incidencia, mientras que los vegetales la disminuyen<sup>45</sup>.

## **HISTERECTOMÍA**

La histerectomía es un procedimiento realizado a diario por médicos ginecólogos de todo el mundo, es utilizada desde varios años atrás, la misma que a través del tiempo se ha ido perfeccionando, tanto en su técnica, como en la habilidad de los cirujanos, disminuyendo así, las complicaciones que se atribuyen a este tipo de cirugía, por lo que no es una intervención nueva sin embargo su evolución y transformación han permitido que se creen variantes de abordaje quirúrgico<sup>46-47</sup>.

Para Ortega y Carmona, hacen énfasis respecto a la histerectomía que estos se van a remontar durante el siglo 5 antes A.C en la época de Hipócrates. Los primeros intentos que se dieron para extirpar el útero fueron dados por vía vaginal dado por una inversión uterina o un prolapso uterino. Ya en el siglo 16 D.C. para esa época ya se habían realizado diversas histerectomía en el continente europeo entre ellos España, Italia y Alemania entre otros. La histerectomía vaginal se llegó a realizar de forma muy esporádica entre los siglos 17 al 18<sup>46-47</sup>.

Las primeras pruebas que se dieron con respecto a una histerectomía abdominal se llegaron a demostrar por aquellos leiomiomas que fueron confundidos con pequeños quistes de ovario, a inicios del siglo 19, la laparotomía por quistes de ovario seguía siendo peligrosa pese a los diversos intentos de forma inicial que se dieron por Mc Dowell en los estados unidos y en Europa en el año 1815<sup>47</sup>.

Para Atlee, de Lancaster, Pennsylvania, este llegó a realizar la primera miomectomía de forma abdominal en el año 1844 de forma exitosa. A la apertura el abdomen, este solía complicarse con una hemorragia post operatoria, la cual comúnmente era fatal para la paciente. El cirujano inglés A.M Heath. De la ciudad de Manchester, llegó a ligar por vez primera a las arterias uterinas alrededor del siglo 19, pero tendrían que pasar casi 50 años hasta que su técnica se llegase a convertir parte de la práctica común<sup>47</sup>.

En el año 1878, para el autor W. A Freud de Alemania, este llegó a usar la técnica de histerectomía utilizando la anestesia, la posición de Trendelenburg, como también la ligadura alrededor de los ligamentos y de los grandes vasos; este cirujano tenía la particularidad de separar el útero de la vejiga para lo cual se desinsertaba los ligamentos cardinales de los úteros sacros para que posterior a este cierre el peritonio pelviano<sup>47</sup>.



Varias indicaciones respecto a la histerectomía llegaron a incluirse entre las siguientes causas: Hiperplasia endometrial con un 5.6%, Cáncer Ginecológico con un 10.2%, prolapso con el 17.2%, endometritis con un 19% y finalmente la miomatosis uterina con el 34%<sup>48</sup>.

Durante este procedimiento podrán ocurrir diversas complicaciones por las cuales se tuvieron que el 42% de las pacientes que fueron sometidas a una histerectomía podrían llegar a ser severas<sup>48</sup>.

La principal causa de que la histerectomía en nuestro medio será dada por los miomas uterinos, según nuestras fuentes bibliográficas, se va a presentar hasta en un 30% de los casos, siendo en algunas ocasiones que en la raza negra sea del 50%. Se tendrá en cuenta también que el riesgo que se acumule respecto a una histerectomía por la miomatosis uterina será en aquellas mujeres que oscilen entre los 25 a los 45 años siendo un 7% de las mismas, y por ende el 20% serán en aquellas pacientes de raza negra<sup>48</sup>.

Una de las ventajas principales de la histerectomía, será de la que se llegaran a eliminar los síntomas que provengan del mioma, así como también la de disminuir su posibilidad de retorno. Una morbilidad asociada con la intervención, nos puede llegar a determinar un gran aporte referente a los beneficios respecto cuando se esté tratando a un mioma subseroso, un mioma submucoso o ya fuese el pediculado, para lo cual se podrán extirpar ya sea por histeroscopia o por laparoscopia, ya fuese la elección más adecuada según la paciente a la cual se le realice<sup>48</sup>.

Los medios de abordaje para dicha intervención serán la vaginal o la abdominal teniendo en este caso de forma laparoscópica o laparotómica. Siendo que la histerectomía subtotal disminuya el tiempo quirúrgico por la vía laparotómica, no será el caso por la vía laparoscópica, esta podrá considerarse como una alternativa más para una histerectomía total. No existirán algunas diferencias en cuanto se tenga a ambos procedimientos, no alteraran la calidad de vida, tampoco las relaciones sexuales o ya fuese la aparición de algunos trastornos pélvicos, gastrointestinales o los urinarios<sup>48</sup>.

Hoy en día se tendrán una gran variedad de tratamientos o técnicas quirúrgicas como las no quirúrgicas para el buen manejo de los trastornos o los síntomas que en su pasado se llegaban a dar con respecto a la histerectomía. Los miomas uterinos seguirán siendo una de las indicaciones que comúnmente nos lleve a tratar por histerectomía.

En trabajos realizados anteriormente, más de dos millones de casos de histerectomía, que fueron realizados en U.S.A. alrededor de los años 90, los autores Steiner y Farquhar, informaron que alrededor del 3% está conformado por el prolapso uterino, un 3.7% está compuesto por la enfermedad pelviana inflamatoria, el 9.5% por el sangrado anormal, 12.6% por el cáncer y el 40% por los leiomiomas. Es por esto que el 44% que el total de las histerectomías vaginales fueron por el prolapso, mientras que solo el 17% de estos mismos casos fueron por los miomas. se obtuvo que el 63% la vía en la cual se llegó a abordar fue la abdominal en un total en que las histerectomías alrededor de 1997 en los estados unidos, mientras que el 23% fueron por la vía vaginal y el 9.9% del total fueron por la vía laparoscópica<sup>49-50</sup>.

Para Kovak, llevo a demostrar que la histerectomía vaginal podría realizarse con eficacia y seguridad en gran parte de sus pacientes, muchos estudios llegaron a demostrar que la morbilidad y a su vez los costos en lo general tienen precios más bajos en una histerectomía vaginal en comparación a la histerectomía abdominal. Es por esto, que los miomas grandes, el cáncer, la enfermedad pélvica inflamatoria, como también en la mayoría de las masas anexiales la mejor vía sería la abdominal<sup>49-50</sup>.

## **PREPARACIÓN PARA LA HISTERECTOMÍA**

Se va a recomendar un examen físico de forma completa para que se estén seguros que la paciente podrá tolerar tanto la cirugía como la anestesia sin llegar a presentarse complicaciones.

En estos últimos años, se ha llegado a cuestionar sobre una preparación correcta intestinal, es por esto que los autores recomiendan que evacuar el colon antes que se empieza un procedimiento quirúrgico en la zona pelviana con el fin de que se faciliten tanto la reducción como la exposición de la lesión del intestino que esta va a ser causada por el empaquetamiento y la separación intestinal. Cuan haya la cirugía intestinal se dará preparación tanto antibiótica como mecánica del intestino. El riesgo que presente una infección va a disminuirse si se llegasen a usar antibióticos por la vía intravenosa que rutinariamente se van a usar antes de la inducción anestésica, suelen usarse tanto las cefalosporinas de primera y segunda generación, se tendrá en cuenta a la cefoxitina o la cefazolina. Se llegó a demostrar que los antibióticos no van a tener mucho resultado en el postoperatorio. Va ser necesario recortar el vello vulvar o pubiano con unas tijeras o rasuradora eléctrica en lugar de afeitarlo (es porque se ha demostrado que va a aumentar el riesgo de infección de la herida como de la celulitis)<sup>51-52</sup>.

## **TIPOS DE HISTERECTOMÍA**

Existen tres tipos de histerectomía: el subtotal, la total y la radical.

- *Histerectomía subtotal:* se llega a remover el útero, dejando así los ovarios el cuello uterino y las trompas de Falopio<sup>52</sup>.
- *Histerectomía total:* se llega a extraer el cuello uterino con el útero, pero la que se conservará las trompas de Falopio como los ovarios<sup>52</sup>.
- *Histerectomía radical:* ya en esta fase se extrae el útero, como el cuello uterino, las trompas, los ovarios y los nodos linfáticos de la pelvis<sup>52</sup>.

## **ABORDAJES QUIRURGICOS HISTERECTOMÍA**

En la actualidad hay muchos abordajes para la intervención de la histerectomía, entre estos se encontraran a la vía laparoscópica, abdominal y la transvaginal. Se podrán seleccionar entre las combinaciones de varias técnicas, ya fuese el caso de una histerectomía vaginal con la asistencia laparoscópica. Aunque se tendrá en cuenta que la histerectomía abdominal seguirá siendo la más común, hay varios estudios en diversas partes del mundo que indican que la histerectomía vaginal va a tener menos complicaciones, como también su estancia hospitalaria será más corta, a su vez a un costo más bajo y una pronta recuperación<sup>53</sup>.

## **HISTERECTOMÍA VAGINAL**

Procedimiento quirúrgico mediante el cual es extirpado el útero por vía vaginal. En la histerectomía vaginal el útero se va a extraer a través de la

vagina. Por este medio de cirugía no se va a apreciar una incisión en el abdomen, ya que dentro de la vagina se va a producir todo el procedimiento, el tiempo de cicatrización será más breve que por la otra vía (cirugía abdominal). A su vez la recuperación va a ser menos dolorosa. La histerectomía vaginal va a producir menos complicaciones que otros tipos de histerectomía, por lo tanto se da una forma muy segura de extraer el útero. Además, las hospitalizaciones serán más breves como también la capacidad de que puedan reincorporarse a sus actividades diarias. La histerectomía vaginal no siempre se les va a realizar a todas las pacientes, ya que habrá algunas pacientes que presenten cirugías previas o úteros muy grandes por los cuales este medio no sea el más recomendado<sup>53</sup>.

## **HISTERECTOMÍA LAPAROSCOPICA**

- *Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL):* es cuando la histerectomía vaginal va a darse después de la liberación de las adherencias, la extirpación de focos de endometriosis u ooforectomía. Es por esto que esta denominación es una de las más usadas cuando la histerectomía va a ser ejecutada por laparoscopia, pero las arterias uterinas serán ligadas por la vía vaginal<sup>53</sup>.
- *Histerectomía laparoscópica (HL):* va a implicar a la histerectomía con ligadura laparoscópica de las arterias uterinas en la cual se use la electrocirugía, grapas (staples y suturas). El procedimiento puede ser realizado por la vía laparoscópica o la vía vaginal, en la cual se va a incluir la apertura de la cúpula vaginal, el cierre de la vagina y la sección de los ligamentos de sostén uterino. La ligadura laparoscópica de los vasos uterinos será la condición sine qua non para la histerectomía laparoscópica<sup>53</sup>.

- *Histerectomía laparoscópica total (HLT):* en este tipo HLT, la disección laparoscópica va a darse en forma continua de tal modo que el útero estará libre en todos sus ligamentos en la cavidad pélvica; el útero va ser removido por tracción a través de la vagina. Laparoscópicamente la vagina podrá ser o no cerrada<sup>53</sup>.
- *Histerectomía laparoscópica supracervical (HLS):* Este tipo de histerectomía se le va a conservar el cuello del útero, a su vez esta técnica ha ido ganando una gran aceptación por la baja morbilidad que presenta. El cuerpo uterino va ser extraído por morcelación eléctrica o por la manual a través de la vía abdominal o ya fuese por el fondo del saco de Douglas. Va estar indicada en aquellas pacientes que no presenten patología cervical como un bajo riesgo para el papiloma virus<sup>53</sup>.
- *La histerectomía vaginal con reconstrucción pélvica laparoscópica:* va ser cuando a la histerectomía se le realice otro procedimiento de forma adicional como por ejemplo la colposuspensión retropúbica<sup>53</sup>.

## **INDICACIONES**

Los diferentes tipos de histerectomía laparoscópica pueden ser realizados de acuerdo a cada patología y a la experiencia del ginecólogo. Mayormente, las indicaciones incluyen patologías benignas, tales como: Miomatosis uterina, endometriosis y hemorragia uterina anormal<sup>53</sup>.

## **INDICACIONES PARA UNA HISTERECTOMÍA**

En puntos generales se va a tener en cuenta que su mayoría las histerectomías van a aliviar tanto los síntomas que ya se vienen presentando siendo estos los de sangrado el dolor o ya fuese en el caso

ambos que estén presentes, en relación con los leiomiomas uterinos como el prolapso del mismo serán las indicaciones que se presenten con mayor frecuencia las cuales se estarán representando en el 70% de los casos de histerectomía.<sup>38</sup> por otra parte la edad es un punto importante en la relación con las indicaciones, en cambio en las mujeres en la edad reproductiva, presentaran irregularidades y fibromas uterinos, las mujeres postmenopáusicas como las que presenten el prolapso uterino serán que estén entre las indicaciones más frecuentes<sup>53</sup>.

## **CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER HISTERECTOMIZADA**

### **GENERALIDADES**

Los instrumentos que lleguen a medir la calidad de vida deberán detener adecuadas propiedades psicométricas los cuales le permitan obtener una correcta medición, en cuanto a los términos de especificidad, de confiabilidad y de la sensibilidad. Hoy en día no existe un instrumento específico como único al que se le pueda considerar como herramienta para la evaluación de la mujer histerectomizada entorno a la calidad de su vida<sup>54</sup>.

Dentro de las publicaciones referentes a la calidad de vida, las patologías malignas, las que sean más estudiadas se tomaran en cuenta su impacto social, cronicidad como también los posibles efectos adversos al tratamiento. En el ámbito de la ginecología se llegó a estudiar de forma amplia una estrecha relación entre la calidad de vida y el cáncer, sin embargo, la histerectomía hasta la fecha no ha sido completamente estudiada. Con relación a la histerectomía, no habrá suficientes temas de investigación de forma relevante como la autoimagen, la sexualidad, las creencias, el sentido de feminidad y los temores que presenten aquellas pacientes en relación a una CIRUGÍA<sup>54</sup>.

## **DIMENSIONES QUE SE DEBE VALORAR**

- *DIMENSIÓN PSICOLÓGICA:* En las últimas cuatro décadas fueron evolucionando las complicaciones psicológicas. Estos estudios avalan que la salud mental va a alterarse en la cual influya de forma negativa en el afrontamiento de la paciente con respecto a su propia salud. Para Naughton, llegó a ser una revisión en ocho estudios, en la cual menciona que una mujer que vive en estado psicológico va a enfrentarse a este tipo de cirugía: alteraciones del autoestima, la ansiedad, la depresión y otros trastornos del ánimo que lleguen a afectar la percepción que tenga la paciente con respecto a la condición que tenga sobre su salud, a su vez este autor nos va a referir que la principal enfermedad psiquiátrica será la depresión la cual llegue a afectar a las pacientes. Al estudiar a aquellas mujeres que presenten depresión preoperatoria, se llegó a evidenciar un incremento de este tipo de trastorno postquirúrgico, demostrando así que la histerectomía no será el principal factor que desarrolle este tipo de trastorno, por otra parte tendrá participación con aquella decisión que se tome tras someterse aún procedimiento quirúrgico como la histerectomía, son aspectos que van a influir en la aparición de la depresión como la de otros trastornos. Es por esto que va ser relevante que se evalúe la condición en la que se encuentra la paciente ya sea antes durante y después tras el procedimiento quirúrgico, ya que la histerectomía desencadenara conflictos de autoestima y que el profesional de la salud deberá lidiar tanto con las creencias, los temores y la ansiedad de las pacientes para que de alguna forma se puedan prevenir los síntomas depresivos posteriores al alta<sup>54</sup>.
- *DIMENSIÓN SOCIAL:* va a existir una evidencia clara sobre los conocimientos errados que se tendrá acerca de la histerectomía, se tendrá en cuenta que los hombres son los más escépticos con



respecto a los resultados de esta cirugía, será por tal motivo que se le inculque la debida educación como una herramienta en la que ayude a los profesionales de la salud con el cuidado de sus pacientes. Se le considera que las diferentes creencias que provengan de una comprensión como la sensibilidad cultura al momento del cuidado de estas mujeres. Estas pacientes van a percibir el que no tengan la decisión de afrontar una cirugía. A su vez se hará mención a dicha información de tipo paternalista que será entregada por los médicos, indicando que la paciente que no esté totalmente informada tendrá una mayor predisposición a que sientan las repercusiones de la post histerectomía. Es por ello, que la decisión para el procedimiento a realizarse será tomando en cuenta la decisión tanto de la paciente como la del propio doctor, estableciendo así una relación de médico – paciente, y de tal forma incentive la participación de los familiares como de la pareja<sup>54</sup>.

- *DIMENSIÓN FÍSICA:* en este tipo de dimensión se van a evidenciar los desórdenes ginecológicos que van a tener un impacto negativo en los puntos de vista de la salud con relación a su calidad de vida, y que el exceso del dolor pélvico, el sangrado y el malestar, será los motivos por los que se produzcan estas condiciones y las cuales tenga una intervención con la salud ya que serán los motivos que a diario conviven las pacientes<sup>54</sup>.

## **REPERCUSIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN LA MUJER**

Desde muy niña, la mujer va percibiendo el crecimiento de su feminidad la cual estará basada tanto en la maternidad como en todos los aspectos que se tendrán en cuenta para este evento, entre estos, se tendrán al climaterio, la pubertad y el embarazo, cuando se presente alguna intrusión ya fuese en alguna de estas fases en las que se produzcan una gran

variedad de las consecuencias de formas negativas las que van a influir de manera muy directa en el autoconcepto que se tengan en sí mismas<sup>54</sup>.

Para el autor Bellak, la respuesta que tenga la paciente frente a una enfermedad como también sus propios efectos, estos van a depender de su personalidad de la paciente como también el grado emocional en función a su respuesta, tanto patológica como la no patológica, que esta surja ante la enfermedad, es por esto, que se podrían dar diferentes tipos de histerectomías<sup>54</sup>.

## **COMPLICACIONES QUIRURGICAS**

### **LESIÓN DEL TRACTO GENITOURINARIO**

Están dentro de las complicaciones más comunes que se representan durante la cirugía, si se llegasen a lesionar la vejiga de tal forma que no fuese la intencionada, se deberá de reparar de forma inmediata y no dejarla hasta el final de la intervención de la cirugía<sup>55</sup>.

Se llega a estimar que van a ocurrir lesiones del tracto genitourinario en un rango del 1 al 2% en la mayoría de las cirugías ginecológicas de ámbito mayor, y también se va a calcular que aproximadamente el 75% de estas mismas lesiones van a producirse durante el periodo de la histerectomía lo que nos llegara a conducir un aproximado de cinco mil lesiones en lo que sería un año en USA<sup>56</sup>.

La lesión ureteral se va a presentar con menos incidencia que la lesión vesical, pero que también se va a encontrar con unos índices muy altos. Diversos estudios nos han llegado a demostrar que en promedio, los dos

tercios de las lesiones van a tener más probabilidades de que ocurriesen dentro de la disección que sería a lo largo de la pared pélvica lateral, en las cuales se tendrán en cuenta la disección a lo largo del ligamento del infundíbulo pélvico<sup>56</sup>.

En la vejiga ocurrirá que con mayor incidencia las lesiones cuando se realiza la disección en el plano pre – vesical, la que especialmente se dé durante la creación de un colgajo vesical en la histerectomía laparoscópica o en la abdominal, o que también se dé durante una colpotomía anterior en el momento en que la histerectomía sea vaginal<sup>56</sup>.

Estas lesiones van a ser muy evidentes al momento de la cirugía, aunque las lesiones que se manifiesten en la capa serosa no serán las que creen un defecto del espesor en su totalidad de la pared de la vejiga pero podrían llevar a una cistotomía de forma tardía como también en la formación de fistula vesico vaginal durante el periodo post – operatorio<sup>56</sup>.

## **LESIÓN INTESTINAL**

Se van a producir con poca frecuencia, teniendo en cuenta en aquellos pacientes que presenten adherencias pélvicas o de patología pélvica, como también no serán las candidatas a histerectomía vaginal, la mayoría de las lesiones intestinales estarán asociadas en una mayor frecuencia en la forma en que se den con una colporrafia posterior<sup>55</sup>.

## **HEMORRAGIA**

La hemorragia que se presente de forma intraquirurgica va a ser consecuencia del fracaso de una ligadura de un asa, también del

sangrado de la colpotomía como también del aflojamiento de una ligadura colocada previamente o ya fuse del escape del tejido después que sea pinzarlo. Se pueden llegar a evitar los grandes sangrados que se presenten, para lo cual se tendrá en cuenta que se tenga un campo como una excelente técnica quirúrgica con el único propósito la de evitar cualquier infección a posterior<sup>55</sup>.

La histerectomía estará en relación con las diferentes complicaciones hemorrágicas que estén asociadas con las diversas variables, las que se incluiría el tipo de histerectomía que se realice<sup>56</sup>.

## **COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS**

### **INFECCIOSAS**

La lista de las diversas complicaciones postquirúrgicas entre ellas las infecciosas que se presenten después de una histerectomía va a ser variables. El 10.5% del total de las tasas informaron que pertenecían a la histerectomía abdominal, por otra parte la histerectomía vaginal estaba en relación con el 13% y el 9% estaba dada por la histerectomía laparoscópica. Estas cifras establecieron diversos factores, las cuales se llegaron a incluir profilaxis antimicrobiana preoperatoria, índice de la masa corporal, nivel socioeconómico, experiencia del médico cirujano, procedimientos concurrentes y el sitio de estudio. Entre las infecciones más comunes se van a encontrar las celulitis del maguito vaginal, infección de la herida, infección respiratoria y del tracto urinario, hematoma infectado o absceso y la morbilidad febril<sup>56</sup>.

Los factores podrán aumentar el riesgo de la infección postoperatoria que se incluyan en aquellos pacientes que sean obesos, inmuno o deprimidos,

a su vez que tengan una estancia hospitalaria por varios días, como también la experiencia del cirujano, exceso de la pérdida de sangre durante la intervención quirúrgica por más de tres horas, una incorrecta alimentación y que presenten a su vez comorbilidades entre ellas el tabaquismo y la diabetes mellitus<sup>56</sup>.

La enfermedad febril que se da en el posoperatorio, se va definir como aquella temperatura que sea mayor de los 38°C en dos ocasiones, con una diferencia mayor a seis horas y posterior a 24 horas después de que se haya realizado la intervención quirúrgica, aun así la presencia de solo fiebre no va ser un signo de infección, ya que esta puede presentarse por una etiología no infecciosa, entre las cuales se van a incluir a la hipersensibilidad , a los antibióticos, agentes anestésicos, atelectasias, reacción pirógena al trauma tisular o ya fuese la formación de un hematoma<sup>56</sup>.

### **CELULITIS DEL MANGUITO VAGINAL**

Esta dada por una de las complicaciones más comunes que se presenten después de haber realizado la histerectomía, estas se van a presentar después de que se haya realizado al final de la estancia hospitalaria o ya fuese pocos días después del alta. Se va a tener en cuenta que su incidencia oscila entre el 0% al 8.3% después que se haya practicado la histerectomía. Entre los síntomas más comunes se tendrán en cuenta al dolor pélvico, fiebre, secreción vaginal purulenta y abdominal o de la espalda baja. Durante el examen físico nos va a dar impresión en la revelación de la induración o sensibilidad del manguito vaginal como también la secreción purulenta<sup>56</sup>.

## **HEMATOMA PÉLVICO INFECTADO O ABSCESO**

Este tipo de absceso o hematoma pélvico infectado va presentarse después del alta hospitalaria. Las estimaciones de la incidencia se van a tener en cuenta que después de la histerectomía oscilaran entre el 19.4% hasta llegando ser el 90%, por otra parte la incidencia del hematoma estará dada del 0% hasta el 14.6%<sup>56</sup>.

## **INFECCIÓN DE LA HERIDA**

La infección de la herida quirúrgica puede ocurrir ya fuese al final de la estancia hospitalaria como también después del alta. La gran parte de estas histerectomías van a clasificarse como los procedimientos limpios – contaminados, con una entrada que esté controlada hasta el tracto genitourinario. La histerectomía puede llegar a ser un procedimiento contaminado si es que esta misma vaya a presentarse durante la cirugía una infección, ya sea por una infección por vaginosis bacteriana o una infección del tracto urinario. Es visto muy pocas veces que a este procedimiento se le considere sucio o infectado, también con una perforación en el intestino y/o contaminación fecal teniendo en cuenta una infección bacteriana aguda con presencia de secreción purulenta como por ejemplo una endometritis o una enfermedad pélvica inflamatoria. La incidencia por este tipo después que se ha realizado la histerectomía va desde el 0 % hasta un 22.6%<sup>56</sup>.

## **INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO**

Las infecciones del tracto urinario van a presentarse en general en la etapa temprana del periodo posoperatorio. La incidencia de esta infección que se de en el tracto urinario posterior a una histerectomía será desde el

0% hasta llegando ser el 13.3 %, pero va a ser responsable de las infecciones nosocomiales con un 40%<sup>56</sup>.

### **INFECCIÓN RESPIRATORIA**

Se va encontrar neumonía en el periodo postoperatorio de forma temprana, en aquella paciente que no presente una enfermedad pulmonar, su incidencia de que esta padezca neumonía será baja. Por otra parte el riesgo será mayor en aquellas pacientes que hayan presentado una neumonía con una enfermedad pulmonar subyacente<sup>56</sup>.

### **COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICOVENOSAS**

Se encontraran que las complicaciones tromboembolicovenosas posterior a una histerectomía se les van a considerar mortales pero a su vez serán poco comunes, ya que estos pueden ser eventos prevenibles. No se tiene una incidencia exacta de este tipo de enfermedad después de que se haya realizado la intervención de la histerectomía. Esto se debe a que no haya estudios completos que nos de dicha información respecto a los factores de riesgo con relación a la histerectomía<sup>56</sup>.

### **DEHISCENCIA DEL MANGUITO VAGINAL**

Estará considerada como aquella complicación postoperatoria propia de la histerectomía la dehiscencia del maguito vaginal, a pesar de que se le considere una complicación muy poco frecuente pero que puede llegar a ser una morbilidad grave<sup>56</sup>.

### **VENTAJAS DE LA LAPAROSCOPIA**

La laparoscopia va representarse hoy en día como una mínima invasión en la cirugía ginecológica, al comparar este procedimiento con la laparotomía, según las evidencias científicas que se encontraron van a

presentarse una menor incidencia de las complicaciones, entre ella se tendrá menor riesgo de infección como menor dolor y también presente una recuperación más rápida<sup>56</sup>.

Para el año 2002 se llegó a publicar un metaanálisis en la cual se compararon dos intervenciones quirúrgicas distintas, una de ellas era la laparotomía y la otra la laparoscopia en cirugía ginecológica benigna, para lo cual se revisaron 27 estudios prospectivos controlados, 1802 laparotomías y 1809 laparoscopias, llegando a una conclusión final de que la laparoscopia ofrecía menos complicaciones que la otra<sup>56</sup>.

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1 GENERAL**

Hi: Si existen los beneficios y complicaciones asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años en el servicio de gineco - obstetricia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo enero a julio 2016.

Ho: No existen los beneficios y complicaciones asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años en el servicio de gineco - obstetricia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo enero a julio 2016.

### **2.4.2 ESPECÍFICOS**

- Si existen los beneficios postquirúrgicos en pacientes que son sometidas a Histerectomía vaginal e Histerectomía



laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años.

- Si existe la escala del dolor postoperatorio en los diferentes tipos de abordaje quirúrgico en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años.
- Si existen las principales complicaciones asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años.
- Si existe el tiempo de hospitalización asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años.
- Si existe la incidencia del prolapso del muñón Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años.

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1. VARIABLES DE ESTUDIO**

**VARIABLE:** Beneficios y complicaciones

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Beneficios: Conjunto de resultados que tienen un efecto positivo en la salud del paciente. Se estudiará los beneficios al realizar un procedimiento quirúrgico en este caso la histerectomía vaginal e histerectomía. Complicaciones: Acciones adversas asociadas al procedimiento quirúrgico.

## **DIMENSIONES:**

### **Beneficios**

- Escala del dolor postoperatorio
- Días de estancia hospitalaria
- Resultado estético
- Tiempo de reintegración de las pacientes a sus actividades laborales.

### **Complicaciones**

- Intraoperatoria
- Postoperatorias
- Mediatas y tardías

## **INDICADORES:**

### **Beneficios**

- Hospitalización
- Quirúrgico promedio durante la intervención
- Incorporación al trabajo

### **Complicaciones**

#### **Intraoperatorias**

- Lesiones ureterales
- Lesiones vesicales
- Lesiones intestinales
- Hemorragia

#### **Postoperatorias**

- Infección de la herida
- Retención Urinaria
- Lesión ureteral

- Fistula vesicovaginal
- Prolapso de la trompa de Falopio

### **Mediatas y tardías**

- Infección de la herida
- Absceso pelviano
- Hematoma de pared
- Sepsis
- Prolapso del muñón
- Eventraciones

**VARIABLE:** Histerectomía vaginal e histerectomía laparoscópica.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Es la extracción del útero o también la matriz, ya fuese por una intervención quirúrgica o por causas de forma natural.

### **DIMENSIONES:**

- Tipos de histerectomía

### **INDICADORES:**

- Histerectomía vaginal
- Histerectomía laparoscópica

## **2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

- *Leiomiomas:* Se le van a considerar como aquel tumor más frecuente, llegando a ocurrir  $\frac{1}{4}$  de mujeres en su edad fértil. Como también  $\frac{2}{3}$  de aquellos casos que sean múltiples. Estos van a aumentarse durante el embarazo (volumen) y en la menopausia tienden a disminuir.<sup>47</sup>

- *Lesión uretral*: las lesiones de este tipo van a pasar muy fácilmente desapercibidas como también son muy poco llamativas, hasta que se lleguen a diagnosticar sus complicaciones ya fuese la hidronefrosis o el urinoma.<sup>47</sup>

- *Lesiones intestinales*: es una lesión grave en el abdomen, dichas lesiones pueden ser causas de frecuente de discapacidad y mortalidad.<sup>48</sup>

- *Infección del sitio operatorio*: Sera la que se desarrolle dentro de los treinta primeros días o ya fuese hasta el año después del material protésico en el procedimiento quirúrgico dando así una complicación infecciosa.<sup>48</sup>

- *Hemorragia postoperatoria*: Que sigue a cualquier procedimiento quirúrgico. Puede ser inmediata o tardía y no se restringe a la herida quirúrgica.<sup>48</sup>

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. DISEÑO METODOLÓGICO**

##### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se le considerara a este estudio tipo analítico no experimental todo estudio que evalúa una presunta relación causa-efecto en relación a la miomatosis uterina, tipo cohorte supone la separación de un conjunto de sujetos en dos grupos (Histerectomía vaginal y laparoscópica) según se consideren al factor que se pretende estudiar (beneficios y complicaciones de las mismas). Retrospectivo, debido a que se obtuvieron los resultados a través de las historias clínicas en el plazo determinado de estudio.

##### **3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

De acuerdo a la naturaleza de la presente tesis reúne por su nivel las características de un estudio explicativo porque tiene relación causa – efecto, y correlacional debido a que ambas variables van a coincidir con el aumento o la disminución de la otra variable presentada.

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.2.1. POBLACIÓN**

Para el presente trabajo de investigación la población de estudio está constituida por 167 pacientes con miomatosis uterina que se

le haya realizado una histerectomía vaginal e histerectomía laparoscópica.

### 3.2.2. MUESTRA

El tamaño de la muestra se llegó a determinar a través de la fórmula para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z^2 \text{pe. qe}}{E^2}$$

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

**Donde:**

**n** : Muestra que está sujeta a estudio.

**Z<sup>2</sup>**: 1.96 (coeficiente de confianza 95%).

**pe** : 0.5 (probabilidad de ocurrencia).

**qe** : 0.5 (probabilidad de no ocurrencia).

**E<sup>2</sup>**: 0.05 (probabilidad de error debido al muestreo que estima en un 5%).

**N** : 167 (tamaño de la población accesible).

**Reemplazando:**

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.9609}{0.0025}$$

$$\frac{n}{N} = 1.536 > 0.10$$

### Muestra final:

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384}{110}}$$
$$n = 116$$

En el presente trabajo de tesis tuvo como muestra a 116 pacientes a los cuales se les realizaron histerectomía vaginal o histerectomía laparoscópica.

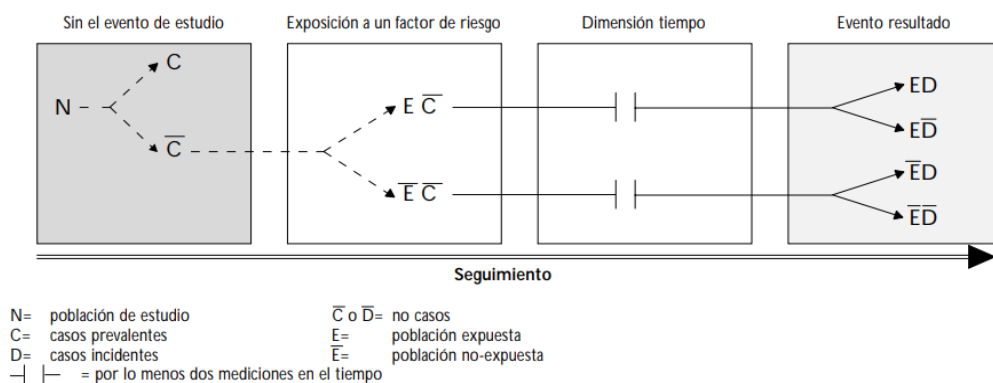
### 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas: La recolección de la información fue de manera indirecta ya que se obtuvieron las historias clínicas.

Instrumento: fue elaborado por el investigador el mismo que cumplió con los objetivos de nuestro trabajo de investigación.

### 3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El diseño de la tesis va a hacer un estudio acerca de los beneficios y complicaciones en la histerectomía vaginal y laparoscópica.



### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

#### **3.5.1 PROCESAMIENTO DE DATOS**

Se basó en la estadística, obteniéndose tablas y gráficos de los datos obtenidos al aplicar el instrumento.

Luego se utilizó la estadística, que con ayuda de los parámetros estadísticos adecuados, permitió validar nuestra hipótesis.

#### **3.5.2. ANÁLISIS DE DATOS**

En el presente plan de investigación es de carácter inductivo, se realizó un estudio de las complicaciones quirúrgicas, para ello se utilizó el programa estadística SPSS versión 22.0

### **3.6 ASPECTOS ÉTICOS**

En el presente estudio se encuentra en correlación con los cuatro principios éticos; no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia; además el estudio carece de conflictos éticos con las normativas actuales.



## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

#### 4.1. RESULTADOS

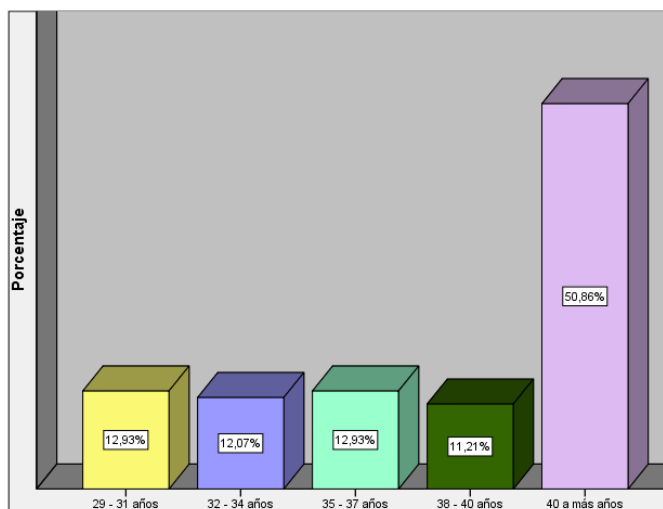
La presente tesis aplicando la hoja de recolección de datos mostró los siguientes resultados:

**TABLA N°01: EDAD DE LOS PACIENTES**  
EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 29 - 31 años	15	12,9	12,9	12,9
32 - 34 años	14	12,1	12,1	25,0
35 - 37 años	15	12,9	12,9	37,9
38 - 40 años	13	11,2	11,2	49,1
40 a más años	59	50,9	50,9	100,0
Total	116	100,0	100,0	

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**GRÁFICO N°01: EDAD DE LOS PACIENTES**



#### **Interpretación:**

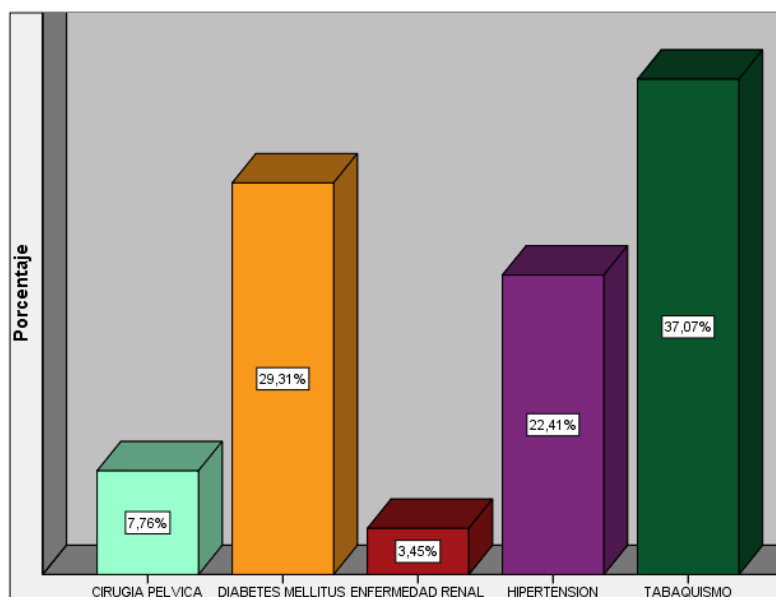
En el presente gráfico, respecto a la edad se llegó a obtener que 50.86% fueron de 40 a más años, 12.93% estuvieron entre los 35 – 37 años y 29 – 31 años, 12.07% fueron de 32 – 34 años y con 11.21% fueron de 38 – 40 años.

**TABLA N°02: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**  
**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CIRUGÍA PELVICA	9	7,8	7,8	7,8
	DIABETES MELLITUS	34	29,3	29,3	37,1
	ENFERMEDAD RENAL	4	3,4	3,4	40,5
	HIPERTENSION	26	22,4	22,4	62,9
	TABAQUISMO	43	37,1	37,1	100,0
	Total	116	100,0	100,0	

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**GRÁFICO N°02: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**



**Interpretación:**

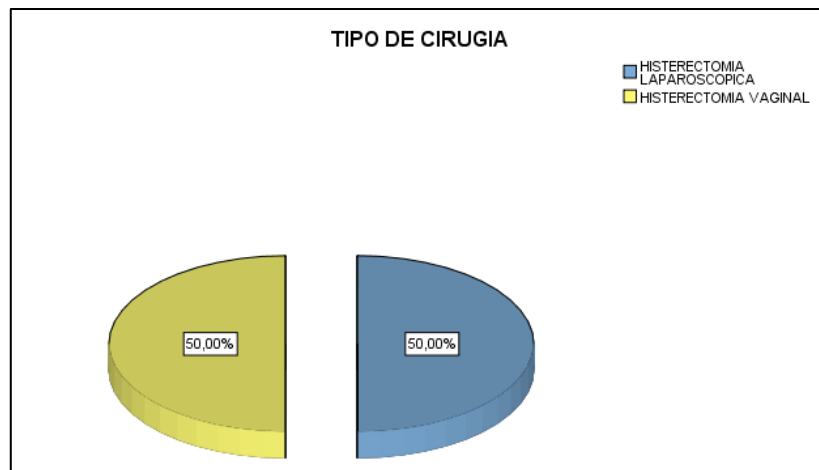
En el gráfico, respecto a los antecedentes patológicos de las pacientes encuestadas, se determinó que el 37.07% presentaron tabaquismo, el 29.31% de las pacientes presentaron diabetes mellitus, el 22.41% de las pacientes presentaron hipertensión, el 7.76% de las pacientes presentaron cirugía pélvica, y solo el 3.45% de las pacientes presentaron enfermedad renal.

**TABLA N°03: TIPOS DE CIRUGÍA**  
**TIPO DE CIRUGÍA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido HISTERECTOMÍA LAPAROSCOPICA	58	50,0	50,0	50,0
HISTERECTOMÍA VAGINAL	58	50,0	50,0	100,0
Total	116	100,0	100,0	

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**GRÁFICO N°03: TIPOS DE CIRUGÍA**



**Interpretación:**

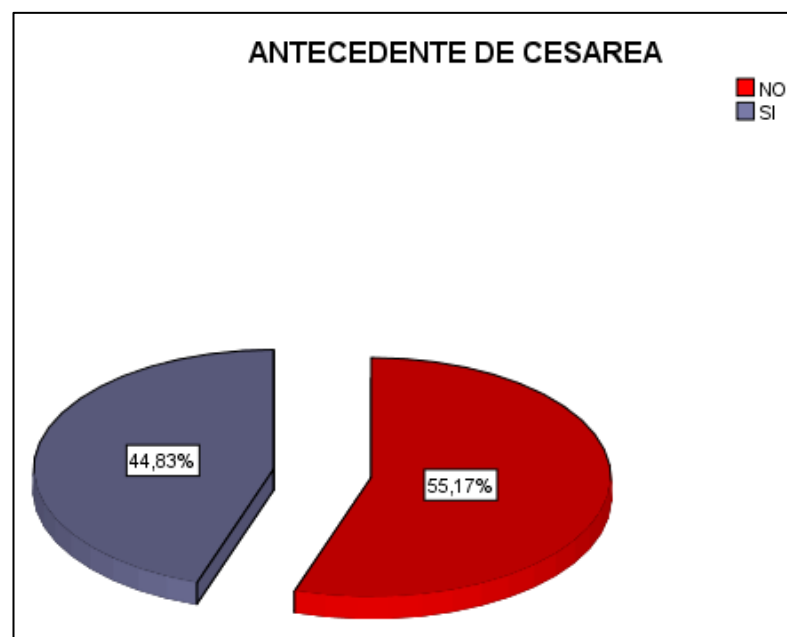
En el gráfico, respecto al tipo de cirugía, se llegó a obtener que tanto el 50% (58 pacientes) fueron para histerectomía laparoscópica como histerectomía vagina.

**TABLA N°04: ANTECEDENTES DE CESÁREA**

		ANTECEDENTE DE CESÁREA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	64	55,2	55,2	55,2
	SI	52	44,8	44,8	100,0
	Total	116	100,0	100,0	

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**GRÁFICO N°04: ANTECEDENTES DE CESÁREA**



**Interpretación:**

En el gráfico, respecto a los antecedentes de cesárea, se llegó a demostrar que el 55.17% (64 pacientes) no tuvieron antecedentes, mientras que el 44.83% (52 pacientes) si tuvieron antecedentes.

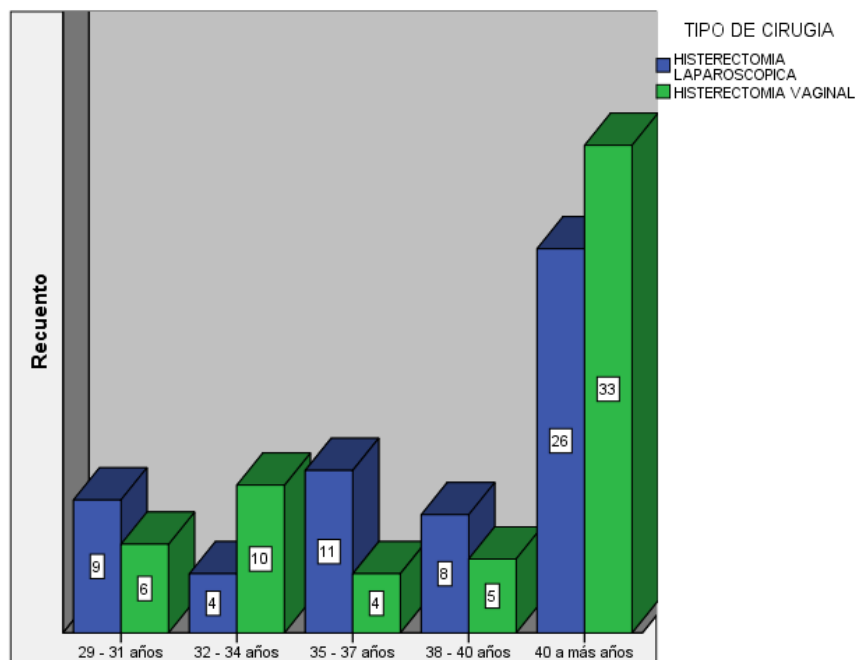
### TABLA N°05: EDAD VS TIPO DE CIRUGÍA

EDAD\*TIPO DE CIRUGÍA tabulación cruzada

			TIPO DE CIRUGÍA		Total
			HISTERECTOMÍA LAPAROSCOPICA	HISTERECTOMÍA VAGINAL	
EDAD	29 - 31 años	Recuento	9 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	15
		% dentro de EDAD	60,0%	40,0%	100,0%
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	15,5%	10,3%	12,9%
	32 - 34 años	Recuento	4 <sub>a</sub>	10 <sub>a</sub>	14
		% dentro de EDAD	28,6%	71,4%	100,0%
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	6,9%	17,2%	12,1%
	35 - 37 años	Recuento	11 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	15
		% dentro de EDAD	73,3%	26,7%	100,0%
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	19,0%	6,9%	12,9%
	38 - 40 años	Recuento	8 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	13
		% dentro de EDAD	61,5%	38,5%	100,0%
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	13,8%	8,6%	11,2%
	40 a más años	Recuento	26 <sub>a</sub>	33 <sub>a</sub>	59
		% dentro de EDAD	44,1%	55,9%	100,0%
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	44,8%	56,9%	50,9%
Total		Recuento	58	58	116
		% dentro de EDAD	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### GRÁFICO N°05: EDAD VS TIPO DE CIRUGÍA



### Interpretación:

En el gráfico, respecto a la edad vs el tipo de cirugía, se llegó a encontrar que 33 pacientes fueron las que tuvieron histerectomía vaginal y 26 pacientes fueron las que tuvieron histerectomía laparoscópica en el rango de 40 años a más, por otra parte 8 pacientes tuvieron histerectomía laparoscópica y 5 pacientes tuvieron histerectomía vaginal en el rango de 38 – 40 años, 11 pacientes tuvieron histerectomía laparoscópica y 4 pacientes tuvieron histerectomía vaginal en el rango de 35 – 37 años, 10 pacientes tuvieron histerectomía vaginal y 4 pacientes tuvieron histerectomía laparoscópica en el rango 32 – 34 años, y solo 9 pacientes tuvieron histerectomía laparoscópica y 6 pacientes tuvieron histerectomía vaginal en el rango de 29 – 31 años.

**TABLA N°06: EDAD VS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

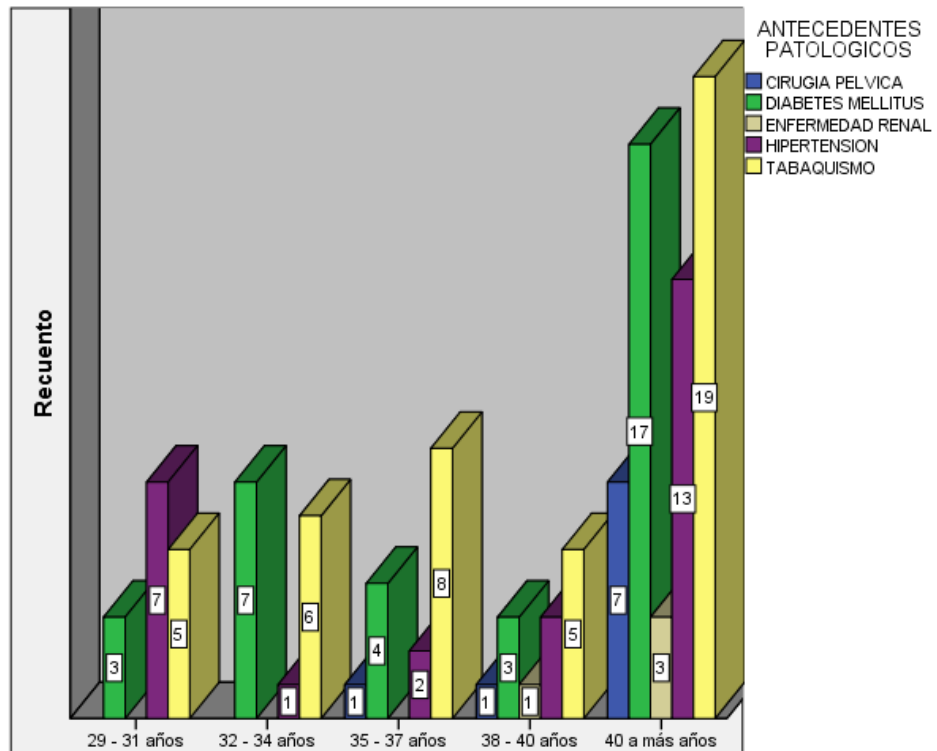
**EDAD\*ANTECEDENTES PATOLOGICOS tabulación cruzada**

	ANTECEDENTES PATOLOGICOS					Total	
	CIRUGÍA PELVICA	DIABETES MELLITUS	ENFERM EDAD RENAL	HIPERT ENSION	TABA QUISMO		
EDAD 29 - 31 años	Recuento	0	3	0	7	5	15
	% dentro de EDAD	0,0%	20,0%	0,0%	46,7%	33,3%	100,0 %
	% dentro de ANTECEDENTES PATOLOGICOS	0,0%	8,8%	0,0%	26,9%	11,6%	12,9 %
32 - 34 años	Recuento	0	7	0	1	6	14
	% dentro de EDAD	0,0%	50,0%	0,0%	7,1%	42,9%	100,0 %
	% dentro de ANTECEDENTES PATOLOGICOS	0,0%	20,6%	0,0%	3,8%	14,0%	12,1 %
35 - 37 años	Recuento	1	4	0	2	8	15
	% dentro de EDAD	6,7%	26,7%	0,0%	13,3%	53,3%	100,0 %

	% dentro de ANTECEDENTES PATOLOGICOS	11,1%	11,8%	0,0%	7,7%	18,6%	12,9%
38 - 40 años	Recuento	1	3	1	3	5	13
	% dentro de EDAD	7,7%	23,1%	7,7%	23,1%	38,5%	100,0%
	% dentro de ANTECEDENTES PATOLOGICOS	11,1%	8,8%	25,0%	11,5%	11,6%	11,2%
40 a más años	Recuento	7	17	3	13	19	59
	% dentro de EDAD	11,9%	28,8%	5,1%	22,0%	32,2%	100,0%
	% dentro de ANTECEDENTES PATOLOGICOS	77,8%	50,0%	75,0%	50,0%	44,2%	50,9%
Total	Recuento	9	34	4	26	43	116
	% dentro de EDAD	7,8%	29,3%	3,4%	22,4%	37,1%	100,0%
	% dentro de ANTECEDENTES PATOLOGICOS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### GRÁFICO N°06: EDAD VS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS



### Interpretación:

En el gráfico, respecto a la edad vs antecedentes patológicos, se llegó a determinar que 19 pacientes tuvieron tabaquismo, 17 pacientes tuvieron diabetes mellitus, 13 pacientes hipertensión, 7 cirugía pélvica, 3 pacientes tuvieron enfermedad renal en el rango de 40 a más años; 5 pacientes tuvieron tabaquismo, 3 pacientes tuvieron hipertensión como diabetes mellitus, 1 paciente presentó cirugía pélvica como enfermedad renal en el rango de 38 – 40 años; 8 pacientes tuvieron tabaquismo, 4 pacientes diabetes mellitus, 2 pacientes tuvieron hipertensión, 1 tuvieron cirugía pélvica dentro del rango de 35 – 37 años; 7 pacientes tuvieron diabetes mellitus, 6 pacientes tuvieron tabaquismo, 1 paciente presento hipertensión en el rango de 32 – 34 años; 7 pacientes tuvieron hipertensión, 5 pacientes tabaquismo, 3 pacientes tuvieron diabetes mellitus en el rango de 29 – 31 años.

**TABLA N°07: TIPO DE CIRUGÍA VS LESIÓN URETERAL**

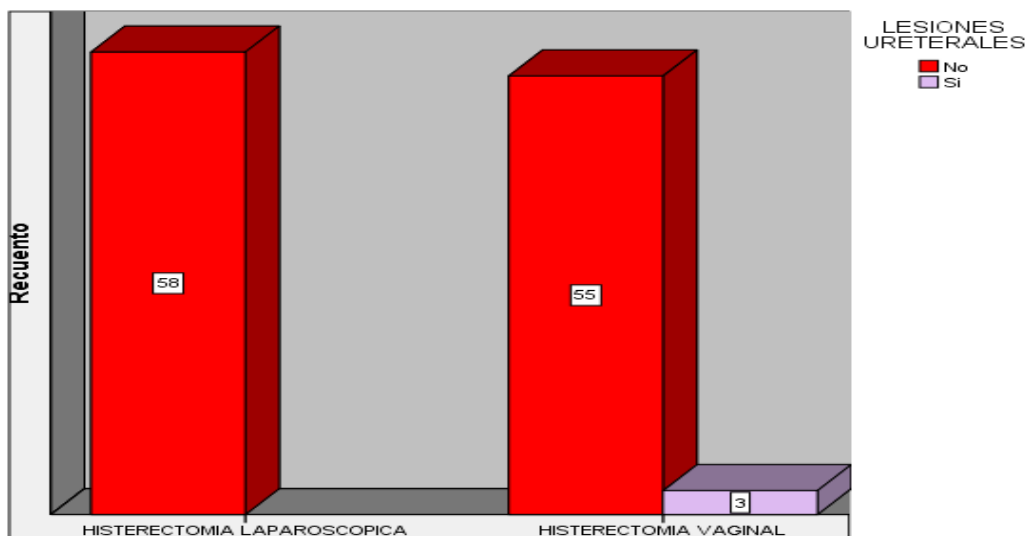
**TIPO DE CIRUGÍA\*LESIONES URETERALES tabulación cruzada**

			LESIONES URETERALES		Total
			No	Si	
TIPO DE CIRUGÍA	HISTERECTOMÍA LAPAROSCOPICA	Recuento	58	0	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de LESIONES URETERALES	51,3%	0,0%	50,0%
	HISTERECTOMÍA VAGINAL	Recuento	55	3	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	94,8%	5,2%	100,0%
		% dentro de LESIONES URETERALES	48,7%	100,0%	50,0%
Total	Recuento	113	3	116	
	% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	97,4%	2,6%	100,0%	
	% dentro de LESIONES URETERALES	100,0%	100,0%	100,0%	

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**GRÁFICO N°07: TIPO DE CIRUGÍA VS LESIÓN URETERAL**



**Interpretación:**

En el gráfico, respecto al tipo de cirugía vs lesión ureteral, se llegó a demostrar que 3 pacientes si presentaron lesión ureteral en la histerectomía vaginal, y 55 pacientes no presentaron lesión ureteral en la histerectomía vaginal, por otra parte 58 pacientes no presentaron lesión ureteral las que presentaron histerectomía laparoscópica.

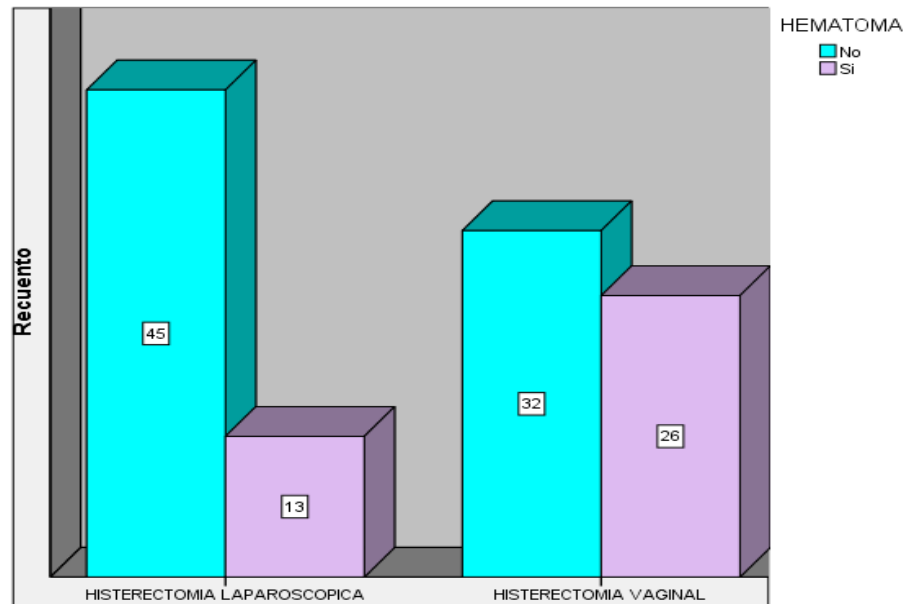
**TABLA N°08: TIPO DE CIRUGÍA VS HEMATOMA**

**TIPO DE CIRUGÍA\*HEMATOMA tabulación cruzada**

			HEMATOMA		Total
			No	Si	
TIPO DE CIRUGÍA	HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	Recuento	45	13	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	77,6%	22,4%	100,0%
		% dentro de HEMATOMA	58,4%	33,3%	50,0%
	HISTERECTOMÍA VAGINAL	Recuento	32	26	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	55,2%	44,8%	100,0%
		% dentro de HEMATOMA	41,6%	66,7%	50,0%
Total		Recuento	77	39	116
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	66,4%	33,6%	100,0%
		% dentro de HEMATOMA	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**GRÁFICO N°08: TIPO DE CIRUGÍA VS HEMATOMA**



**Interpretación:**

En el gráfico, respecto al tipo de cirugía vs hematoma, se llegó a demostrar que 45 pacientes no presentaron hematoma y 13 pacientes si presentaron hematoma en el procedimiento de histerectomía laparoscópica, mientras que 32 pacientes no presentaron hematoma y solo 26 pacientes si presentaron hematoma respecto a la histerectomía vaginal.

**TABLA N°09: TIPO DE CIRUGÍA VS DOLOR**

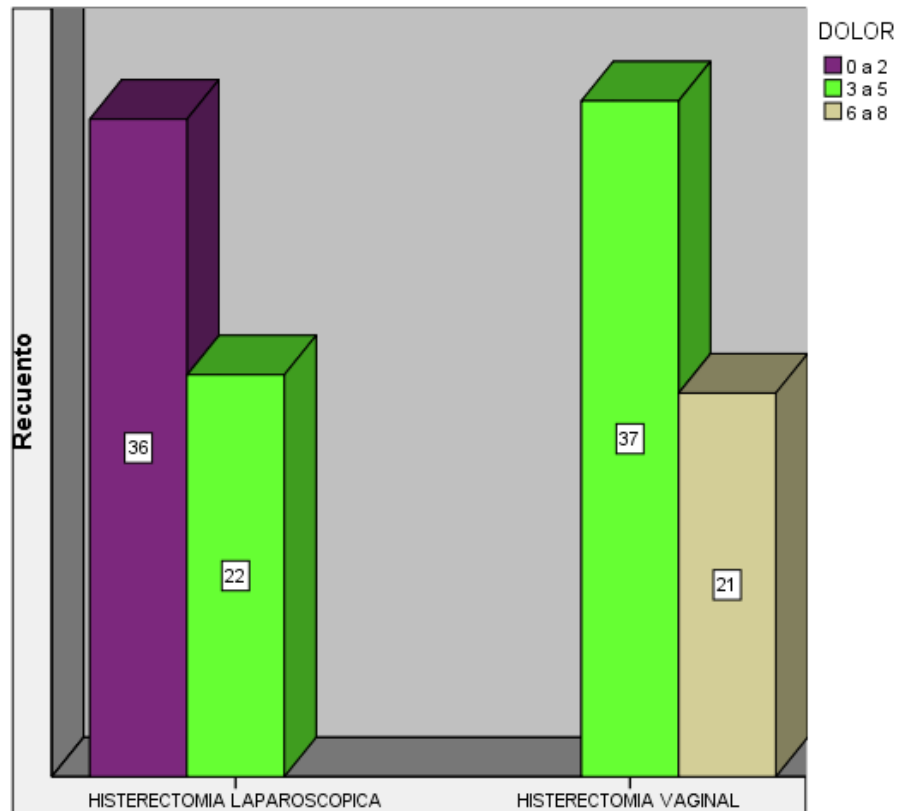
**TIPO DE CIRUGÍA\*DOLOR tabulación cruzada**

			DOLOR			Total
			0 a 2	3 a 5	6 a 8	
TIPO DE CIRUGÍA	HISTERECTOMÍA LAPAROSCOPICA	Recuento	36	22	0	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	62,1%	37,9%	0,0%	100,0%
		% dentro de DOLOR	100,0%	37,3%	0,0%	50,0%
	HISTERECTOMÍA VAGINAL	Recuento	0	37	21	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	0,0%	63,8%	36,2%	100,0%
		% dentro de DOLOR	0,0%	62,7%	100,0%	50,0%
<b>Total</b>		Recuento	36	59	21	116

% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	31,0%	50,9%	18,1%	100,0%
% dentro de DOLOR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### GRÁFICO N°09: TIPO DE CIRUGÍA VS DOLOR



#### Interpretación:

En el gráfico respecto al tipo de cirugía vs dolor, se llegó a demostrar que 21 pacientes tuvieron entre el rango de dolor de 6 a 8, y 37 pacientes presentaron en el rango del dolor de 3 a 5 en la histerectomía vaginal; por otra parte 36 pacientes presentaron de 0 a 2 en el rango del dolor, 22 pacientes presentaron de 3 a 5 pacientes respecto a la histerectomía laparoscópica.

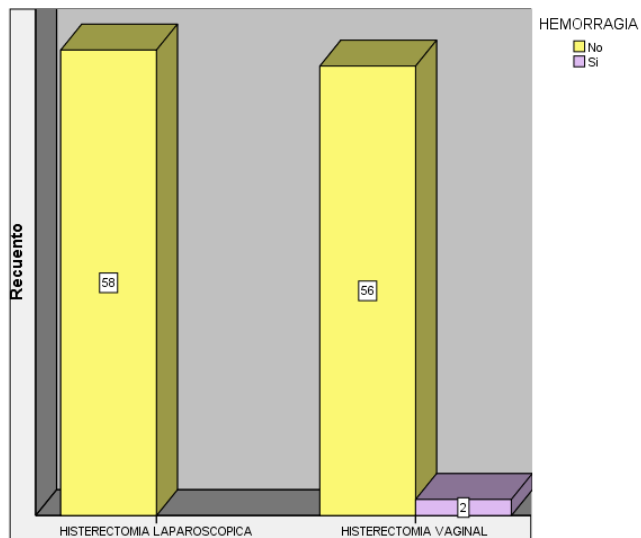
**TABLA N°10: TIPO DE CIRUGÍA VS HEMORRAGIA**

**TIPO DE CIRUGÍA\*HEMORRAGIA tabulación cruzada**

			HEMORRAGIA		Total
			No	Si	
TIPO DE CIRUGÍA	HISTERECTOMÍA LAPAROSCOPICA	Recuento	58	0	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de HEMORRAGIA	50,9%	0,0%	50,0%
	HISTERECTOMÍA VAGINAL	Recuento	56	2	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	96,6%	3,4%	100,0%
		% dentro de HEMORRAGIA	49,1%	100,0%	50,0%
Total		Recuento	114	2	116
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	98,3%	1,7%	100,0%
		% dentro de HEMORRAGIA	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**GRÁFICO N°10: TIPO DE CIRUGÍA VS HEMORRAGIA**



**Interpretación:**

En el gráfico, respecto al tipo de cirugía vs hemorragia, se llegó a demostrar que 56 pacientes no presentaron hemorragia, 2 pacientes si presentaron hemorragia respecto a la histerectomía vaginal; mientras que 58 pacientes no presentaron hemorragia respecto a la histerectomía laparoscópica.

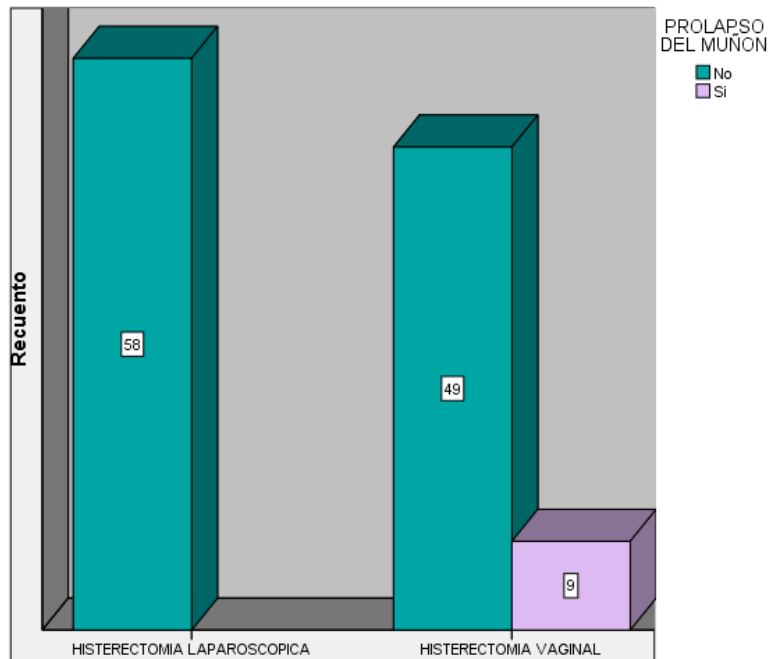
**TABLA N°11: TIPO DE CIRUGÍA VS PROLAPSO DEL MUÑÓN**

**TIPO DE CIRUGÍA\*PROLAPSO DEL MUÑÓN tabulación cruzada**

			PROLAPSO DEL MUÑÓN		Total
			No	Si	
TIPO DE CIRUGÍA	HISTERECTOMÍA LAPAROSCOPICA	Recuento	58	0	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de PROLAPSO DEL MUÑÓN	54,2%	0,0%	50,0%
	HISTERECTOMÍA VAGINAL	Recuento	49	9	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	84,5%	15,5%	100,0%
		% dentro de PROLAPSO DEL MUÑÓN	45,8%	100,0%	50,0%
Total		Recuento	107	9	116
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	92,2%	7,8%	100,0%
		% dentro de PROLAPSO DEL MUÑÓN	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**GRÁFICO N°11: TIPO DE CIRUGÍA VS PROLAPSO DEL MUÑÓN**



**Interpretación:**

En el gráfico, respecto al tipo de cirugía vs prolapso del muñón, se llegó a demostrar que 49 pacientes no presentaron muñón respecto a la histerectomía vaginal, 9 pacientes si presentaron muñón en la histerectomía vaginal: sin embargo 58 pacientes que fueron por histerectomía laparoscópica no llegaron a presentar muñón.

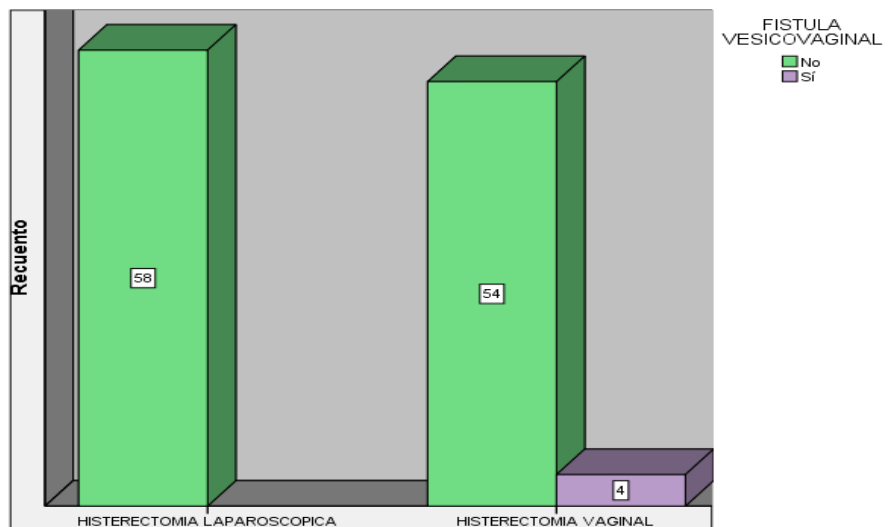
**TABLA N°12: TIPO DE CIRUGÍA VS FÍSTULA VESICOURETERAL**

TIPO DE CIRUGÍA\*FÍSTULA VESICOVAGINAL tabulación cruzada

			FÍSTULA VESICOVAGINAL		Total
			No	Sí	
TIPO DE CIRUGÍA	HISTERECTOMÍA LAPAROSCOPICA	Recuento	58	0	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	100,0%	0,0%	100,0 %
		% dentro de FÍSTULA VESICOVAGINAL	51,8%	0,0%	50,0%
	HISTERECTOMÍA VAGINAL	Recuento	54	4	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	93,1%	6,9%	100,0 %
		% dentro de FÍSTULA VESICOVAGINAL	48,2%	100,0%	50,0%
Total		Recuento	112	4	116
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	96,6%	3,4%	100,0 %
		% dentro de FÍSTULA VESICOVAGINAL	100,0%	100,0%	100,0 %

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**GRÁFICO N°12: TIPO DE CIRUGÍA VS FÍSTULA VESICOURETERAL**



**Interpretación:**

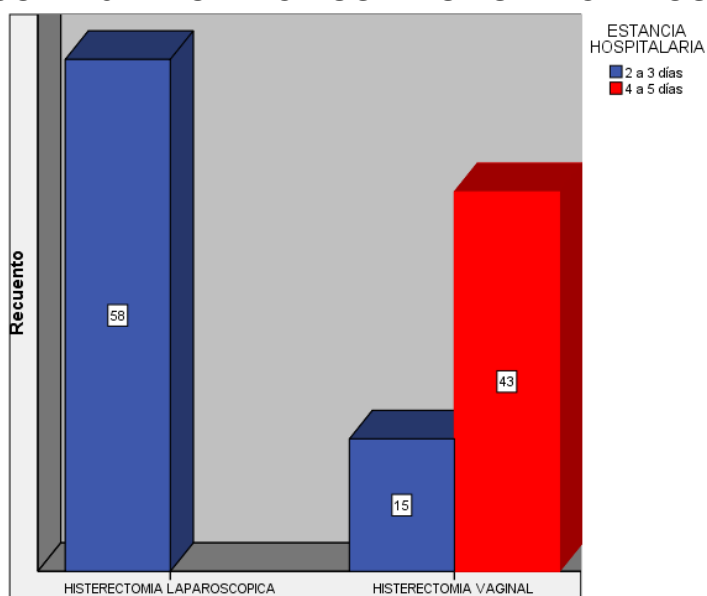
En el gráfico, respecto al tipo de cirugía vs fistula vesicoureteral, se llegó a demostrar que 54 pacientes no presentaron fistula vesicoureteral por histerectomía vaginal, 4 pacientes llegaron a presentar fistula vesicoureteral por histerectomía vaginal; 58 pacientes no presentaron fistula vesicoureteral por histerectomía laparoscópica.

**TABLA N°13: TIPO DE CIRUGÍA VS ESTANCIA HOSPITALARIA**

			ESTANCIA HOSPITALARIA	
			2 a 3 días	4 a 5 días
TIPO DE CIRUGÍA	HISTERECTOMÍA LAPAROSCOPICA	Recuento	58	0 0,0%
		% dentro de ESTANCIA HOSPITALARIA	79,5%	
	HISTERECTOMÍA VAGINAL	Recuento	15	43 100,0%
		% dentro de ESTANCIA HOSPITALARIA	20,5%	
Total		Recuento	73	43 100,0%
		% dentro de ESTANCIA HOSPITALARIA	100,0%	

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**GRÁFICO N°13: TIPO DE CIRUGÍA VS ESTANCIA HOSPITALARIA**



**Interpretación:**

En el gráfico, respecto al tipo de cirugía vs la estancia hospitalaria, se llegó a demostrar que 43 pacientes estuvieron de 4 a 5 días por histerectomía vaginal, 15 pacientes estuvieron entre 2 a 3 días por estancia hospitalaria por la histerectomía vaginal; y solo 58 pacientes presentaron una estancia hospitalaria de 2 a 3 días por histerectomía laparoscópica.

**TABLA N°14: TIPO DE CIRUGÍA VS INFECCIÓN DE LA HERIDA**

TIPO DE CIRUGÍA\*INFECCIÓN DE LA HERIDA tabulación cruzada

			INFECCIÓN DE LA HERIDA		Total
			No	Sí	
TIPO DE CIRUGÍA	HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA	Recuento	58	0	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	100,0%	0,0%	100,0 %
		% dentro de INFECCIÓN DE LA HERIDA	50,9%	0,0%	50,0%
HISTERECTOMÍA VAGINAL		Recuento	56	2	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	96,6%	3,4%	100,0 %
		% dentro de INFECCIÓN DE LA HERIDA	49,1%	100,0%	50,0%
Total		Recuento	114	2	116
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	98,3%	1,7%	100,0 %
		% dentro de INFECCIÓN DE LA HERIDA	100,0%	100,0%	100,0 %

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS



### GRÁFICO N°14: TIPO DE CIRUGÍA VS INFECCIÓN DE LA HERIDA



#### Interpretación:

En el gráfico, respecto al tipo de cirugía vs infección de la herida operatoria, se llegó a demostrar que 2 pacientes si presentaron infección de la herida por histerectomía vaginal, 56 pacientes no presentaron infección de la herida por histerectomía vaginal; y solo 58 pacientes no presentaron infección de la herida por histerectomía laparoscópica.

### TABLA N°15: TIPO DE CIRUGÍA VS REINTEGRACIÓN AL TRABAJO

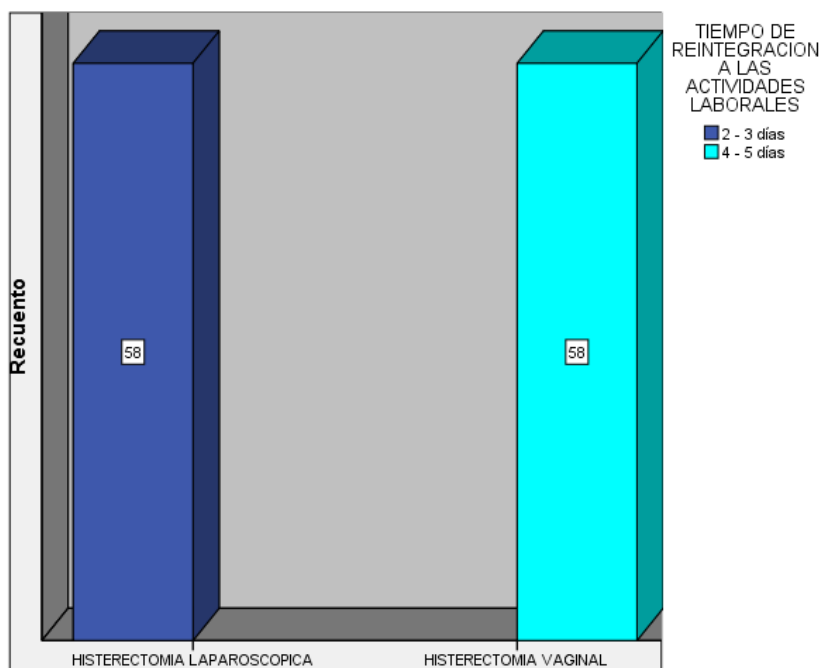
TIPO DE CIRUGÍA\*TIEMPO DE REINTEGRACIÓN A LAS ACTIVIDADES LABORALES  
tabulación cruzada

			TIEMPO DE REINTEGRACION A LAS ACTIVIDADES LABORALES		Total
			2 - 3 días	4 - 5 días	
TIPO DE CIRUGÍA	HISTERECTOMÍA LAPAROSCOPICA	Recuento	58	0	58
		% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de TIEMPO DE REINTEGRACION A LAS ACTIVIDADES LABORALES	100,0%	0,0%	50,0%

HISTERECTOMÍA VAGINAL	Recuento	0	58	58
	% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	0,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de TIEMPO DE REINTEGRACION A LAS ACTIVIDADES LABORALES	0,0%	100,0%	50,0%
Total	Recuento	58	58	116
	% dentro de TIPO DE CIRUGÍA	50,0%	50,0%	100,0%
	% dentro de TIEMPO DE REINTEGRACION A LAS ACTIVIDADES LABORALES	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### GRÁFICO N°15: TIPO DE CIRUGÍA VS REINTEGRACIÓN AL TRABAJO



#### Interpretación:

En el gráfico, respecto al tipo de cirugía vs reintegración al trabajo, se llegó a demostrar que 58 pacientes se reintegraron al 4 – 5 día por la histerectomía vaginal; y 58 pacientes se reintegraron a sus actividades laborales en 2 – 3 días por histerectomía laparoscópica.

## CONTRASTE DE HIPÓTESIS

**Hi:** Sí existe la escala del dolor postoperatorio en los diferentes tipos de abordaje quirúrgico en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años.

**Ho:** No existe la escala del dolor postoperatorio en los diferentes tipos de abordaje quirúrgico en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años.

**DOLOR\*TIPO DE CIRUGÍA tabulación cruzada**

		TIPO DE CIRUGÍA		Total
		HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	HISTERECTOMÍA VAGINAL	
DOLOR 0 a 2	Recuento	36	0	36
	Recuento esperado	18,0	18,0	36,0
3 a 5	Recuento	22	37	59
	Recuento esperado	29,5	29,5	59,0
6 a 8	Recuento	0	21	21
	Recuento esperado	10,5	10,5	21,0
Total	Recuento	58	58	116
	Recuento esperado	58,0	58,0	116,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	60,814 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	82,875	2	,000
N de casos válidos	116		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,50.

⇒ Como el valor de sig (valor crítico observado)  $0,000 < 0,05$  rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa, es decir que existe la escala del dolor postoperatorio se relaciona significativamente en los tipos de abordaje quirúrgico en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años.

## 4.2. DISCUSIÓN

Respecto a los datos obtenidos en la presente tesis, se observó la escala del dolor, se puede observar que 37 pacientes tuvieron entre el rango de dolor de 6 a 8, y 37 pacientes presentaron en el rango del dolor de 3 a 5 en la histerectomía vaginal; por otra parte 36 pacientes presentaron de 0 a 2 en el rango del dolor, 22 pacientes presentaron de 3 a 5 pacientes respecto a la histerectomía laparoscópica.

Otro de los otros problemas es la estancia hospitalaria, se puede observar que respecto a la estancia hospitalaria, 43 pacientes estuvieron de 4 a 5 días por histerectomía vaginal, 15 pacientes estuvieron entre 2 a 3 días por estancia hospitalaria por la histerectomía vaginal; y solo 58 pacientes presentaron una estancia hospitalaria de 2 a 3 días por histerectomía laparoscópica.

En la tabla precedente se observó que respecto a la hemorragia como complicación, la histerectomía laparoscópica no se observó esta complicación, mientras histerectomía vaginal tuvo una recurrencia de 2 pacientes.

Dentro de las complicaciones se puede observar la recurrencia de la fístula vesicovaginal es 54 pacientes no presentaron fístula vesicoureteral por histerectomía vaginal, 4 pacientes llegaron a presentar fístula vesicoureteral por histerectomía vaginal; 58 pacientes no presentaron fístula vesicoureteral por histerectomía laparoscópica.

Además el hematoma, 45 pacientes no presentaron hematoma y 13 pacientes si presentaron hematoma en el procedimiento de histerectomía laparoscópica, mientras que 32 pacientes no presentaron hematoma y

solo 26 pacientes si presentaron hematoma respecto a la histerectomía vaginal.

En la tabla anterior se puede observar que respecto al prolapso del muñón se encuentra en 9 pacientes, que representa en un 7.8%. Además se pudo observar respecto al prolapso de muñón, que todos los casos se reportaron en la histerectomía vaginal.

Todos los valores anteriores refieren que las complicaciones en la histerectomía laparoscópicas son mínimas con respecto con la histerectomías vaginales, tales como hematomas, hemorragias, infección de la herida, y prolapso muñón.

Mientras que el estudio Margoth Lanos et al “Histerectomía radical laparoscópica asistida por la vagina (VALRH) versus histerectomía vaginal radical asistida por laparoscopia (LARVH) en el tratamiento del cáncer cervical: resultados quirúrgicos y resultado oncológico”<sup>17</sup>.

Dicho estudio llego a concluir que “VALRH es una opción quirúrgica viable y oncológicamente segura para pacientes con cáncer cervical en etapa temprana. Creemos que la tasa de complicaciones se reduce en VALRH por la combinación del abordaje laparoscópico y vaginal”<sup>17</sup>.

Las complicaciones es una variable importante dentro de la presente tesis, en tal sentido se puede mencionar el estudio realizado por Sandra Golberg et al con el trabajo titulado “Costos hospitalarios de la histerectomía vaginal total en comparación con otra histerectomía mínimamente invasiva”<sup>19</sup>.

El estudio tuvo como resultados, “Los costos hospitalarios fueron mayores con LAVH, TLH y RH que para TVH. El hospital incurrió en pérdidas

financieras con LAVH, TLH y RH. TVH fue la única modalidad mínimamente invasiva de histerectomía que generó ingresos netos hospitalarios. Nuestro criterio conservador para determinar la ruta de la histerectomía aumentaría el número de TVH en más del 30%”<sup>19</sup>.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

- En la presente tesis, como principal conclusión, se llegó a determinar los beneficios y complicaciones de ambos procedimientos quirúrgicos, tanto que la histerectomía vaginal y la histerectomía laparoscópica, los resultados refirieron que existe más complicaciones tanto intraoperatoria como postoperatoria en los procedimientos vaginales, tomando en cuenta que el total de la muestra fue de 116 pacientes que acudieron al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Uno de los puntos más relevantes es la presencia de antecedentes patológicos encontrados en las pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, se halló que el 29.3% tienen diabetes mellitus y sólo el 3.4% presentaron enfermedad renal.
- Tomando en cuenta el beneficio para como la escala del dolor, se determinó que el 50.9% presentaron dolor postoperatorio entre la escala de 3 a 5 siendo este por el abordaje de histerectomía vaginal, mientras que el 31.0% en la escala de 0 a 2 fue presentado por el procedimiento quirúrgico laparoscópico.
- Se halló que parte de la estancia hospitalaria se debía al tipo de procedimiento quirúrgico realizado, tomando como referencia la ficha de recolección de datos, se pudo identificar que el 79.5% mostraron una estancia hospitalaria de 2 a 3 se debió al procedimiento quirúrgico de histerectomía laparoscópica, por otro lado, el 20.5% que equivale de 4 a 5 días de estancia hospitalaria se debió al procedimiento

quirúrgico de histerectomía vaginal, tomando en cuenta los medios de abordaje de cada uno y a su vez el tipo de cirugía que se le realizaron.

- Se llegó a demostrar que una de las complicaciones postoperatorias encontradas en las pacientes a quienes se les realizó dichos procedimientos, se demostró que solo 2 pacientes la presentaron y con el procedimiento de histerectomía vaginal, ya que por vía laparoscópica no presentaron dicho inconveniente postoperatorio.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

- Los resultados refirieron que existe más complicaciones tanto intraoperatoria como postoperatoria en los procedimientos vaginales, tomando en cuenta tal afirmación se recomienda actualizar los protocolos y realizar un detallado informe postoperatorio e intrahospitalaria.
- Se halló que el 29.3% tienen diabetes mellitus y sólo el 3.4% presentaron enfermedad renal. Se sugiere que exista un mejor seguimiento al paciente en consultorio externo para poder evitar la alta incidencia de miomatosis en la población.
- El 50.9% presentaron dolor postoperatorio entre la escala de 3 a 5 siendo este por el abordaje de histerectomía vaginal, mientras que el 31.0% en la escala de 0 a 2 fue presentado por el procedimiento quirúrgico laparoscópico. Eso refiere que aunque sea muy eficaz dicho procedimiento se debe seguir la evaluación constante del paciente porque ellos presentan igual un grado de dolor.



- Se pudo observar que el 79.5% mostraron una estancia hospitalaria de 2 a 3 días se debió al procedimiento quirúrgico de histerectomía laparoscópica, por otro lado, el 20.5% que equivale de 4 a 5 días de estancia hospitalaria se debió al procedimiento quirúrgico de histerectomía vaginal, tomando en cuenta los medios de abordaje de cada uno y a su vez el tipo de cirugía que se le realizaron. Se recomienda el uso la histerectomía laparoscópica porque generan menos gastos tanto en días de hospitalización y gastos de insumos.
- Como última recomendación, se debe realizar una revisión exhaustiva de los protocolos actuales, para poder determinar de una manera adecuada las diversas complicaciones postoperatorias, con la finalidad de reducir de manera significativa los costos producidos por dichos problemas prevenibles.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tavera, L. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ: DESAFÍOS PENDIENTES. Rev. Perú. ginecol. obstet. [online]. 2013, vol.59, n.3 [citado 2014-10-20],pp.153-156 2.
2. DAMASO-MATA, BC et al. FACTORES RELACIONADOS A LA MORTALIDAD PERINATAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE HUÁNUCO. Acta méd. peruana [online]. 2014, vol.31, n.1 [citado 2014- 10-21], pp. 15-22.
3. Informe de práctica AAGL: "PRÁCTICA DE LAS DIRECTRICES PARA LA HISTERECTOMÍA SUBTOTAL/SUPRACERVICAL LAPAROSCÓPICA (LSH)." J Minim Gynecol invasiva 21.1: 9-16.
4. Weber A, Walters M, Shover L, Church J, Piedmonte M. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1999;181:530-5.
5. Carlson K, Miller B, Fowler F Jr. The Main Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy. Obstet Gynecol. 1994;83:556-65.
6. Mc Donald T. Histerectomía. Indicaciones, tipos y alternativas. En: Copeland L, Jarrel J, eds. Ginecología. 2da. Edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A. 2002.
7. Reich H, DeCaprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. J Gynecol Surg. 1989;5:213-6.

8. Weber A, Walters M, Shover L, Church J, Piedmonte M. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181:530-5
9. Carlson K, Nichol D, Schiff I. Indications for hysterectomy. *N Engl J Med.* 1993;328:856-60.
10. Grosdemouge I, Bleret-Mattart V, von Theobald P, Dreyfus M. Complications of vaginal hysterectomy on non prolapsed uterus. *J Ginecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2000;29:478-84.
11. Farquhar C, Steiner C. Hysterectomy rates in the United States 1990–1997. *Obstet Gynecol.* 2002;99:229–34.
12. Pacora P, Romero R. Hemorragia puerperal. En: Pacheco J (3era edicion). *Ginecología, Obstetricia y Reproducción.* Lima: REP SAC. 2012:1244-67.
13. García-Monroy L., Hemorragia postparto en: Nuñez-Maciel E. et al. *Tratado de Ginecología y Obstetricia, Volumen II Cap.50.* México, Ed. Cuéllar, S.A de C.V; 2010. pp. 687-694.
14. Katz VL, Lobo RA, Lentz G, Gershenson D. *Comprehensive Gynecology.* 5th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby;2011. p. 441-47.
15. Laser J, Peng Lee, JianJun Wei. Cellular senescence in usual type uterine leiomyoma. *FertilSteril.* 2010; 93(6): 2020.2026.

16. Pere N. Barri-Soldevila. Papel actual de la cirugía conservadora. Med Clin (Barc). 2013;141(Supl 1):7-12.
17. Carlos Arturo Buitrago-Duque. Resección histeroscópica de miomas de gran tamaño. Reporte de caso Rev Colomb Obstet Ginecol 2013;64:475-480
18. Iñaki Lete. La histerectomía por miomas. Med Clin (Barc). 2013;141(Supl1):13-16
19. Vanessa García D. Miomas sintomáticos: ¿miomectomía o embolización de las arterias uterinas?. rev chil obstet ginecol 2012; 77(4): 255 – 258.
20. Paolo Ricci A Mioma primario de la trompa de Falopio: una localización muy infrecuente .rev chil obstet ginecol 2013; 78(4): 317 – 319
21. García-Cruz R, Valle-Martínez Y, Chávez-González N. Mioma uterino gigante. Presentación de un caso. Revista Finlay [revista en Internet]. 2014 [citado 2016 Oct 4]; 4(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/173>
22. Alberto Claiden Jeréz Corrales. Mioma uterino: un trastorno frecuente en mujeres en edad fértil. 16 de Abril. 2015; 54(257): 59-70
23. Dr.C. Miguel Emilio García Rodríguez. Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados en mujeres nulíparas.

24. Juan Arturo Ramos-Ramos. Miomatosis uterina en pacientes infértiles: descripción de un grupo poblacional y experiencia de seis años. *acta médica grupo ángeles*. volumen 13, no. 2, abril-junio 2015
25. Inés Poveda G. Histerectomía total laparoscópica en pacientes con endometriosis profunda *Trabajos Originales. rev chil obstet ginecol* 2016; 81(4): 302 – 307
26. Llanes Castillo A, Treviño Rodríguez A, Cruz Almaraz MT y Cervantes López MJ. Histerectomía laparoscópica total versus histerectomía convencional en pacientes trabajadoras de petróleos mexicanos. Disponible en: <http://www.medicinasaludysociedad.com>
27. Renato Vargas S. *Trabajos Originales Histerectomía total laparoscópica asistida por robot: Experiencia de Clínica Indisa rev chil obstet ginecol* 2013; 78(4): 304 – 309.
28. René Cortés Flores. *Histerectomía total laparoscópica: resultados en un hospital de tercer nivel de atención. Ginecol Obstet Mex* 2011;2012;80(5):327-331.
29. MSc. Dra. Susan Aguilar Ponce. *La histerectomía obstétrica como un problema vigente. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* 2012;38(1):107-116
30. Stewart EA, Barbieri RL, Levine D. *Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and natural history of uterine leiomyomas (fibroids).* UpToDate. 2015.

Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/epidemiologyclinical-manifestations-diagnosis-and-natural-history-of-uterineleiomyomas-fibroids>

31. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Protocolo Asistenciales en Ginecología. Miomas Uterinos. 2015.
32. Malcolm G. Munro, M., Uterine Leiomyomas, Current Concepts: Pathogenesis, Impact on Reproductive Health, and Medical, Procedural, and Surgical Management. *Obstet Gynecol N. Am*, 2011. 38(2012): p. 965-971.
33. Loffer FD, Hysterectomy rates in the USA. *Obstet Gynecol N. Am*, 2004. 110(2007): p. 1091-1094.
34. Carlson KJ., The Maine Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1996. 82(4): p. 445-450.
35. Mason. The evaluate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, and the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ*, 2003. 324(7521).
36. Shimomura Y, Up-regulation by progesterone of proliferating cell nuclear antigen and epidermal growth factor expression in human uterine leiomyoma. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 1997. 82(5): p. 1559-7.

37. Yin P, Progesterone receptor regulates Bcl-2 gene expression through direct binding to its promoter region in uterine leiomyoma cells. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 2007. 92(11): p. 4469-67.
38. Friedman AJ, Long-term medical therapy for leiomyomata uteri: a prospective, randomized study of leuprolide acetate depot plus either oestrogen-progestin or progestin 'add-back' for 2 years. *Human reproduction (Oxford, England)*, 1995. 8(8): p. 1616-22.
39. Murphy, Regression of uterine leiomyomata in response to the antiprogestone RU 486. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 1994. 75(1): p. 512-16.
40. Munro, M., FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the FIGO*, 2012. 113(1): p. 2-12.
41. Wamsteker, Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: results regarding the degree of intramural extension. *Obstetrics and gynecology*, 1992. 83(6): p. 737-41.
42. Leibsonhn, Leiomyosarcoma in a series of hysterectomies performed for presumed uterine leiomyomas. *American journal of obstetrics and gynecology*, 1991. 163(5): p. 969-75.

43. Stewart EA, Barbieri RL, Levine D. Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and natural history of uterine leiomyomas (fibroids). UpToDate. 2016. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/epidemiologyclinicalmanifestations-diagnosis-and-natural-history-of-uterineleiomyomas-fibroids>
44. Stewart EA, Barbieri RL, Goff B, Falcone T. Differentiating uterine leiomyomas (fibroids) from uterine sarcomas. UpToDate. 2015. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/differentiating-uterineleiomyomas-fibroidsfrom-uterine-sarcomas>
45. Ginecología, fundamentos para la práctica clínica. Roberto testa, primera edición 2011. Capítulo 15 página. 130 – 140
46. Clarke A. "Hysterectomy Alternatives and Aftereffects". 2007.
47. Stewart Elizabeth A. MD., FACOG. Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and natural history of uterine leiomyomas (fibroids). Mar 2016
48. Huyck KL, Panhuysen CI, Cuenco KT, Zhang J, Goldhammer H, Jones ES, Somasundaram P, Lynch AM, Harlow BL, Lee H, Stewart EA, Morton CC. The impact of race as a risk factor for symptom severity and age at diagnosis of uterine leiomyomata among affected sisters. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198 (2):168.e1.
49. LOPEZ-OLMOS, J. 2005. Complicaciones en las Histerectomías abdominales. Estudio sobre una serie de 315 casos. *Toko-Gin Pract.*



Vol.61. Páginas: 142-151. MD ROSA MARIUXI INDACOCHEA MORAN – 50.

50.MEEKS, R et al. 2011. Abordaje quirúrgico de la histerectomía: abdominal y vaginal asistida por laparoscopia. Prog. Obstet Ginecol. Barcelona España. Vol.: 49. Páginas: 350-361.

51.VALLE, L et al. 2011. Efectos adversos en la intervención de la histerectomía: Registro informatizado 2002-2003. Rev. Calidad Asistencial. Vol.: 20. Páginas: 193-198.

52.YOVARONE, R et al. 2012. Histerectomía vaginal en útero no prolapsado una vieja nueva opción. Arch Gynecol Obstet. Montevideo. Vol.: 40. Páginas: 68-85.

53.Sharts NC. "Hysterectomy for nonmalignant conditions". 2001; 32-40.  
Disponible en: <http://catarina.udlap.mx/documentos/lps/capitulo1.pdf>

54.Kristen H, Kjerulff M, Langerberg P, Rhodes J, Harvey G, Guzinski, M, Stolley M. "Effectiveness of hysterectomy". 2000; 95:319-26.

55.Ginecología de Novak. 14 edición 2008. JONATHAN S. BEREK, MD, MMS. Capítulo 22 página 862

56.The American College of Obstetricians and Gynecologists. Publicado por Lippincott Williams & Wilkins.2013. REVISADO: 28 JULIO 2013

Disponibile

en:

[http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2013\\_Clarke-PearsonCES\\_Translation.pdf](http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2013_Clarke-PearsonCES_Translation.pdf)

# **ANEXOS**

## ANEXO N°01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**ALUMNO:** SANTIAGO CARLOS TAFUR COPAJA

**ASESOR:** DRA. LENY BRAVO LUNA

**LOCAL:** HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

**TEMA:** BENEFICIOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS A HISTERECTOMÍA VAGINAL E HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN EN EL PERIODO ENERO A JULIO 2016

95

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: Beneficios y complicaciones</b>			
<b>INDICADORES</b>	<b>N° ITEMS</b>	<b>NIVEL DE MEDICION</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<b>BENEFICIOS</b>			
Escala del dolor postoperatorio	Escalera analgésica de la OMS	Continua	Ficha de recolección de datos
Días de estancia hospitalaria	Nº días	Nominal	Ficha de recolección de datos
Tipo de operación	Resultado estético	Nominal	Ficha de recolección de datos

Tiempo de reintegración de las pacientes a sus actividades laborales	Nº días	Nominal	Ficha de recolección de datos
COMPLICACIONES			
Intraoperatorias	Lesiones uretrales, Lesión vesical, Lesión intestinal, Hemorragia	Nominal	Ficha de recolección de datos
Postoperatorias	Infección de la herida, Retención urinaria, Fistula vesicoureteral, Prolapso de la trompa de Falopio	Nominal	Ficha de recolección de datos
Mediatas y tardías	Infección de la herida, Infección de herida quirúrgica, Hematoma de pared, Absceso pelviano, Sepsis, Prolapso del muñón, eventraciones	Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE DEPENDIENTE: Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica			
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Tipos de histerectomía	Histerectomía vaginal Histerectomía laparoscópica	Nominal	Ficha de recolección de datos

## ANEXO N°02: INSTRUMENTO



### I. FILIACION

N° HISTORIA CLINICA.....

EDAD: .....

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- |                        |        |        |
|------------------------|--------|--------|
| a) Tabaquismo          | SI ( ) | NO ( ) |
| b) Diabetes Mellitus   | SI ( ) | NO ( ) |
| c) Hipertensión        | SI ( ) | NO ( ) |
| d) Enfermedad renal    | SI ( ) | NO ( ) |
| e) Enfermedad tiroidea | SI ( ) | NO ( ) |
| f) Cirugías Pélvicas   | SI ( ) | NO ( ) |
| g) Otras:.....         |        |        |

### II. INFORMACION QUIRÚRGICA

#### 1. Tipo de cirugía

Histerectomía Vaginal ( )

Histerectomía Laparoscópica ( )

#### 2. Antecedentes de cesárea

Sí ( )

No ( )

### III. **BENEFICIOS**

#### 1. Escala del dolor postoperatorio

- a) 0 – 2
- b) 3 – 5
- c) 6 – 8
- d) 9 – 10

#### 2. Días de estancia hospitalaria

- a) 0 – 1 día
- b) 2 – 3 días
- c) 4 – 5 días

#### 3. Hubo resultado estético

- a) Sí
- b) No

#### 4. Incidencia de complicaciones de las heridas

- a) Sí
- b) No

5. Tiempo de reintegración de las pacientes a sus actividades laborales

- a) 0 – 1 días
- b) 2 – 3 días
- c) 4 – 5 días

#### IV. **COMPLICACIONES**

##### 1. **Intraoperatorias**

a) Lesiones ureterales

Sí ( )

No ( )

b) Lesión vesical

Sí ( )

No ( )

c) Lesión intestinal

Sí ( )

No ( )

d) Hemorragia



Sí ( )

No ( )

## 2. Postoperatorias

a) Infección de la herida

Sí ( )

No ( )

b) Hemorragia

Sí ( )

No ( )

c) Retención urinaria

Sí ( )

No ( )

d) Lesión uretral

Sí ( )

No ( )

e) Fístula vesicovaginal

Sí ( )

No ( )

f) Prolapso de la trompa de Falopio

Sí ( )

No ( )

### **3. Mediatas y tardías**

a) Infección de herida quirúrgica

Sí ( )

No ( )

b) Absceso pelviano

Sí ( )

No ( )

c) Hematoma de pared

Sí ( )

No ( )

d) Sepsis

Sí ( )

No ( )

e) Prolapso del muñón

Sí ( )

No ( )

f) Eventraciones

Sí ( )

No ( )

## ANEXO N°03: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Chopado Cruz, Boris*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Ginecologo-Obstetra. HUSPAC*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Santiago Carlos Tafur Copaja

### 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.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Beneficios y complicaciones, Histerectomía vaginal e histerectomía laparoscópica.					95%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los Beneficios y complicaciones con la histerectomía vaginal e histerectomía laparoscópica.					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico.					95%


### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

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

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lugar y Fecha: Lima, 04 Febrero 2018

  
DR. BORIS CHOJEDA CRUZ  
MEDICO CIRUJANO  
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA  
CMP 8989 - RNE. 2880



Firma del Experto

D.N.I Nº 08028620

Teléfono 999406967



**I.- DATOS GENERALES:**

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *BAZÁN RODRÍGUEZ FISI*

1.2 Cargo e institución donde labora: *Docente UPSJB*

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

1.5 Autor (a) del instrumento: Santiago Carlos Tafur Copaja

**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.					82%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					82%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Beneficios y complicaciones, Histerectomía vaginal e histerectomía laparoscópica.					82%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					82%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					82%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los Beneficios y complicaciones con la histerectomía vaginal e histerectomía laparoscópica.					82%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					82%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					82%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico.					82%

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

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

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

82%

Lugar y Fecha: Cheviles 09 febrero 2019

*Eli Bazán*  
Eli Bazán Rodríguez  
COESPE N° 444



Firma del Experto

D.N.I N° 19209983

Teléfono 972 414879

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Bravo Luna Jeny  
1.2 Cargo e institución donde labora: Profesor Investigador  
1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos  
1.5 Autor (a) del instrumento: Santiago Carlos Tafur Copaja


**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.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Beneficios y complicaciones, Histerectomía vaginal e histerectomía laparoscópica.				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los Beneficios y complicaciones con la histerectomía vaginal e histerectomía laparoscópica.				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico.				80%	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: 80%

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

Lima, 05 Febrero 2019

  
DNI Jeny Bravo Luna  
40906055  
Telef. 99463409



## ANEXO N°04: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**ALUMNO:** SANTIAGO CARLOS TAFUR COPAJA

**ASESORA:** DRA. LENY BRAVO LUNA

**LOCAL:** HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

**TEMA:** BENEFICIOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS A HISTERECTOMÍA VAGINAL E HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN EN EL PERIODO ENERO A JULIO 2016

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b></p> <p>¿Cuáles son los beneficios y complicaciones asociadas a histerectomía vaginal e histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años en el servicio de gineco – obstetricia en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo enero a julio 2016?</p>	<p><b>General:</b></p> <p>Determinar los beneficios y complicaciones asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años en el servicio de gineco - obstetricia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo enero a julio del 2016.</p>	<p><b>General:</b></p> <p>Si existen los beneficios y complicaciones asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años en el servicio de gineco - obstetricia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo enero a julio 2016.</p>	<p><b>Variable Dependiente:</b></p> <p>Beneficios y complicaciones</p> <p><b>DIMENSIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficios</li> <li>• Escala del dolor postoperatorio</li> <li>• Días de estancia hospitalaria</li> </ul>

<p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los beneficios postquirúrgicos en pacientes que son sometidas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina?</li> <li>• ¿Cuál es la escala del dolor postoperatorio en los diferentes tipos de abordaje quirúrgico en miomatosis uterina?</li> <li>• ¿Cuáles son los principales complicaciones asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina?</li> <li>• ¿Cuál es el tiempo de hospitalización asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina?</li> <li>• ¿Cuál es la incidencia del prolapso del muñón</li> </ul>	<p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar los beneficios postquirúrgicos en pacientes que son sometidas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina.</li> <li>• Identificar la escala del dolor postoperatorio en los diferentes tipos de abordaje quirúrgico en miomatosis uterina.</li> <li>• Mencionar las principales complicaciones asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina.</li> <li>• Registrar el tiempo de hospitalización asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina.</li> </ul>	<p><b>Específicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si existen los beneficios postquirúrgicos en pacientes que son sometidas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años.</li> <li>• Si existe la escala del dolor postoperatorio en los diferentes tipos de abordaje quirúrgico en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años.</li> <li>• Si existen los principales complicaciones asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultado estético</li> <li>• Tiempo de reintegración de las pacientes a sus actividades laborales.</li> </ul> <p>Complicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intraoperatoria</li> <li>• Postoperatorias</li> <li>• Mediatas y tardías</li> </ul> <p>INDICADORES:</p> <p>Beneficios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización</li> <li>• Quirúrgico promedio durante la intervención</li> <li>• Incorporación al trabajo</li> </ul> <p>Complicaciones</p> <p>Intraoperatorias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones ureterales</li> <li>• Lesiones vesicales</li> </ul>
--	--	--	---

<p>Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducir la incidencia del prolapso del muñón Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina.</li> </ul>	<p>pacientes de 20 a 50 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si existe el tiempo de hospitalización asociadas a Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años.</li> <li>• Si existe la incidencia del prolapso del muñón Histerectomía vaginal e Histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones intestinales</li> <li>• Hemorragia</li> </ul> <p>Postoperatorias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección de la herida</li> <li>• Retención Urinaria</li> <li>• Lesión ureteral</li> <li>• Fístula vesicovaginal</li> <li>• Prolapso de la trompa de Falopio</li> </ul> <p>Mediatas y tardías</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección de la herida</li> <li>• Absceso pelviano</li> <li>• Hematoma de pared</li> <li>• Sepsis</li> <li>• Prolapso del muñón</li> <li>• Eventraciones</li> </ul>
Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos	
<p>- Nivel: El nivel de la investigación es retrospectivo, debido a que se obtuvieron los resultados a través de las historias</p>	<p>Población:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para el presente trabajo de investigación la población de estudio está constituida por 167 pacientes con</li> </ul>	<p>Técnica e instrumentos:</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>	

<p>clínicas en el plazo determinado de estudio.</p> <p>- Tipo de Investigación: Se le considerara a este estudio tipo analítico no experimental todo estudio que evalúa una presunta relación causa-efecto en relación a la miomatosis uterina, tipo cohorte supone la separación de un conjunto de sujetos en dos grupos (Histerectomía vaginal y laparoscópica) según se consideren al factor que se pretende estudiar (beneficios y complicaciones de las mismas).</p>	<p>miomatosis uterina que se le haya realizado histerectomía vaginal o laparoscópica.</p> <p>Tamaño de muestra:</p> <p>- En el presente trabajo se tuvo como muestra a 116 pacientes a los cuales se les realizaron histerectomía vaginal o laparoscópica.</p>	
---	--	--