

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



**PREFERENCIAS DE TIPOS DE HISTERECTOMÍA
ABDOMINAL EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE
CINCO HOSPITALES PÚBLICOS DE LIMA
METROPOLITANA, ENERO- FEBRERO 2018**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
KAREN ESTEFFANY BAZAN JARA**

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

**LIMA – PERÚ
2018**

ASESOR

Dra. Clara Vidal Castillo

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a la Dra. Clara Vidal y al Dr. Humberto Solís por su apoyo y paciencia constante en la realización de este trabajo de investigación.

DEDICATORIA:
A mi madre y familia por su apoyo
incansable tanto económico como
emocional durante mis 7 años de carrera
universitaria.

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL: Describir la preferencia de los tipos de histerectomía abdominal en médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero- Febrero 2018.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, transversal, observacional, donde fueron encuestados 96 médicos asistentes pertenecientes al Servicio de Ginecología y Obstetricia de 5 Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, cuatro hospitales con nivel de atención III-1: Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional 2 de Mayo, Hospital María Auxiliadora, Hospital Nacional Hipólito Unanue y un hospital con nivel II-1 correspondiente al Hospital San José del Callao.

RESULTADOS: De los 96 médicos encuestados, 81 prefieren la histerectomía abdominal total (HAT) y 15 histerectomía abdominal subtotal (HAST). El grupo etario promedio fue de 36 a 45 años. La causa principal de la HAT fue el leiomioma uterino en 91.4% (74) mientras que para la HAST fue la HUA 86.7% (13), adenomiosis 66.7% (10). El principal motivo para preferir la HAT fue la falta de control citológico previo y postoperatorio de la paciente y la mejor visualización y palpación de órganos pélvicos, mientras que para la HAST el motivo principal para preferirla fue el menor tiempo quirúrgico y menor riesgo de lesionar piso pélvico.

Palabras clave: Histerectomía abdominal total, Histerectomía abdominal subtotal

ABSTRACT

GENERAL OBJECTIVE: To describe the preference of the types of abdominal hysterectomy in gynecologists-obstetricians of five Public Hospitals of Metropolitan Lima, January-February 2018.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive, cross-sectional, observational study, where 96 attending physicians belonging to the Gynecology and Obstetrics Service of 5 Public Hospitals of Metropolitan Lima were surveyed, four hospitals with level of care III-1: Arzobispo Loayza National Hospital, 2 de Mayo National Hospital, Hospital María Auxiliadora, Hipólito Unanue National Hospital and a hospital with level II-1 corresponding to the Hospital San José del Callao.

RESULTS: Of the 96 physicians surveyed, 81 prefer total abdominal hysterectomy (HAT) and 15 subtotal abdominal hysterectomy (HAST). The average age group was 36 to 45 years. The main cause of HAT was uterine leiomyoma in 91.4% (74) while for HAST it was HUA 86.7% (13), adenomyosis 66.7% (10). The main reason to prefer HAT was the lack of prior and postoperative cytological control of the patient and better visualization and palpation of pelvic organs, while for HAST the main reason to prefer it was the shorter surgical time and lower risk of injury to the floor. pelvic.

Key words: Total abdominal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy

PRESENTACIÓN

La histerectomía abdominal es el segundo procedimiento quirúrgico más realizado a nivel mundial, después de la cesárea, siendo el tipo subtotal el más prevalente, los reportes indican que este tipo de histerectomía es mucho más ventajosa comparado con la histerectomía abdominal total, puesto que se mantiene indemne el piso pélvico previniendo así una serie de complicaciones tanto intraoperatorias como posoperatorias. Así mismo los diversos estudios internacionales publicados en los últimos años atribuyen al Leiomioma como principal causa de este tipo de cirugía, seguido la hemorragia uterina anormal y prolapso uterino. Además se reporta que el 20-30% de todas las mujeres sufren de leiomiomas alrededor de los 30 a 40 años. En nuestro medio la histerectomía abdominal total es el tipo más realizado, pese a acarrear una serie de complicaciones intraoperatoria como postoperatoria. En nuestro país no existen estudios suficientes acerca de este tipo de procedimiento ginecológico.

En el capítulo I se describe la problemática a nivel mundial y nacional acerca de la histerectomía abdominal.

En el Capítulo II se detalla los antecedentes internacionales relacionados a la histerectomía abdominal, revisión de la literaria de la definición de histerectomía abdominal, los tipos de histerectomía abdominal, así como las principales indicaciones, y complicaciones que este tipo de procedimiento genera. Así mismo dentro de este capítulo se discute la hipótesis y variables del estudio

Capítulo III describe el diseño de estudio, la población y la muestra que se empleo en la investigación. Así como el tipo de instrumento usado.

Capítulo IV detalla a través de tablas y gráficos estadísticos los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento empleado.

En el Capítulo V se narra las conclusiones de los resultados obtenidos así como las respectivas recomendaciones.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
PRESENTACION	VII
INDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE ANEXOS	XIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.3. JUSTIFICACIÓN	2
1.4. OBJETIVOS	
1.4.1. GENERAL	3
1.4.2. ESPECIFICOS	3
1.5. PROPÓSITO	4

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.

2.1.	ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	5
2.2.	BASE TEÓRICA	7
2.3.	HIPÓTESIS	24
2.4.	VARIABLES	24
2.5.	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	24

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	TIPO DE ESTUDIO	26
3.2.	ÁREA DE ESTUDIO	26
3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA	27
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.5.	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.6.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	28

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1.	RESULTADOS	29
4.2.	DISCUSIÓN	43

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1.	CONCLUSIONES	46
5.2.	RECOMENDACIONES	47

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	51

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 01 TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL DE PREFERENCIA SEGÚN HOSPITAL EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018 30

TABLA N° 02 CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES OPERADAS SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA DE PREFERENCIA EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018 32

TABLA N° 03 MOTIVO DE PREFERENCIA SEGÚN EL TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL UTILIZADO POR LOS MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018 35

TABLA N° 04 PRINCIPALES COMPLICACIONES SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL DE PREFERENCIA EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018 37

TABLA N° 05 OPINIÓN SOBRE SÍNTOMAS URINARIOS, ANORECTALES, SEXUALES Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL DE PREFERENCIA EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018 40

LISTA DE GRÁFICOS.

GRÁFICO N° 01 TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL DE PREFERENCIA SEGÚN HOSPITAL EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018 31

GRÁFICO N° 02 CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES OPERADAS SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA DE PREFERENCIA EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018 33

GRÁFICA N° 03 MOTIVO DE PREFERENCIA SEGÚN EL TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL UTILIZADO POR LOS MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018 36

GRÁFICO N° 04 PRINCIPALES COMPLICACIONES SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL DE PREFERENCIA EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018 38

GRÁFICO N° 05 OPINIÓN SOBRE SÍNTOMAS URINARIOS, ANORECTALES, SEXUALES Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL DE PREFERENCIA EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018 41

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	52
ANEXO N° 2 INSTRUMENTO	57
ANEXO N° 3 VALIDEZ DE INSTRUMENTO	64
ANEXO N° 5 MATRIZ DE CONSISTENCIA	74

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se atribuye a nivel mundial a la histerectomía abdominal como el procedimiento ginecológico más realizado, en nuestro país también es la cirugía ginecológica más empleada en los diversos nosocomios. Desde una posición clasificatoria, la histerectomía puede ser total o subtotal; según reportes internacionales la histerectomía abdominal de tipo subtotal es la que mayor predominio tiene entre los ginecólogos, debido a que permite mantener indemne el piso pélvico, originando mayores ventajas y bajo porcentaje de complicaciones postoperatorias en las pacientes¹, sin embargo, se evidencia un alto porcentaje de histerectomía abdominal total en los diversos hospitales de nuestra capital. Es por ello que es de vital importancia conocer las razones que motivan a los médicos ginecólogos a preferir la histerectomía abdominal total y no la subtotal, a pesar de ser ésta última un procedimiento quirúrgico más corto y que mayores beneficios genera en las pacientes según los reportes internacionales.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles serán las preferencias del tipo de histerectomía abdominal en los médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN.

1.3.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.

Se realiza la investigación debido a que la histerectomía abdominal independientemente del tipo que ésta sea (total o subtotal) está indicada en el tratamiento de diversas enfermedades benignas(sangrado anormal, leiomiomas/adenomiosis, endometriosis, prolapso de órganos pélvicos, enfermedad pélvica inflamatoria, dolor pelviano crónico, trastornos relacionados con el embarazo), así como en enfermedades malignas (neoplasia cervical intraepitelial, cáncer cervical invasor, hiperplasia endometrial atípica, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, cáncer de trompas de Falopio, tumores gestacionales trofoblásticos, entre otros) y sobre todo porque es el procedimiento quirúrgico más realizado en nuestro medio.

1.3.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.

La realización de este estudio permitirá conocer preferencias y opiniones respecto a los tipos de histerectomía abdominal, que tienen los médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana Enero-Febrero 2018.

1.3.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Se realizó un estudio observacional descriptivo a través de una encuesta a 96 médicos asistentes del servicio de Gineco-obstetricia de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, donde el principal objetivo fue identificar las preferencias de tipos de histerectomía abdominal durante el período Enero-Febrero 2018.

1.3.4. JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA SOCIAL.

Los resultados de la presente investigación permitirán, a través de las opiniones y experiencia de los médicos Gineco-obstetras, dar a conocer el tipo de histerectomía abdominal que genera mayores beneficios;

permitiendo la elección de procedimientos que generen menos complicaciones y menos gastos al sistema de salud.

1.4. OBJETIVOS.

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

Describir las preferencias de tipos de histerectomía abdominal en médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero- Febrero 2018.

1.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.

1. Explicar las características de las pacientes operadas según el tipo de histerectomía abdominal que prefieren los médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018.
2. Especificar el motivo de la preferencia según el tipo de histerectomía abdominal utilizado por los médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018.
3. Registrar preferencias de tipos de histerectomía abdominal según las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias de los médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018.
4. Describir la opinión sobre síntomas urinarios, anorectales, sexuales y calidad de las pacientes operadas según el tipo de histerectomía abdominal que prefieren los médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018.

1.5. PROPÓSITO.

El presente trabajo de investigación, tiene como finalidad dar a conocer las preferencias de tipos de histerectomía abdominal en médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018, debido a que éste tipo de procedimiento es el más realizado en nuestro país así como a nivel mundial y sobre todo por que no existen estudios similares realizados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONALES:

Stenstrom K.; Ankardal M.; Lindkvist H. et al.(2017) “Factores que influyen en la incidencia y la remisión de la incontinencia urinaria después de la histerectomía”, los autores afirman que factores como la obesidad, parto vaginal y los síntomas urinarios diarios sin incontinencia previos a la histerectomía aumentan el riesgo de padecer incontinencia urinaria de Novo posterior a la histerectomía abdominal, disminuyendo su satisfacción de la cirugía²⁰.

Setcuk S. ; Cam C.; Resit M.; et al(2016) “Efecto de la histerectomía simple y radical sobre la calidad de vida: análisis de todos los aspectos de la disfunción del suelo pélvico” los autores reportan que la histerectomía abdominal genera efectos perjudiciales en la calidad de vida con respecto a todos los aspectos de las funciones del suelo pélvico. Los síntomas como disfunción urinaria y sexual son los más incómodos y difíciles de superar, por lo cual debe investigarse a profundidad¹⁹.

Andersen L.; Alling L.; Gimbel H.;et al (2015) “Comparación objetiva de la histerectomía subtotal versus la histerectomía abdominal total con respecto al prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria” Los investigadores concluyen que la histerectomía abdominal subtotal y la histerectomía abdominal total son comparables con respecto al prolapso de órganos pélvicos a largo plazo, así como la incontinencia urinaria.³

Pouwels N.; Brito L.; et al(2015) “Eliminación del cuello uterino en el momento de la histerectomía: factores que afectan la elección y el efecto de los pacientes en la función sexual posterior”. Reportan que la ablación o retención del cuello uterino en el momento de la histerectomía no tiene impacto en la función sexual de las pacientes después de un seguimiento medio de 15.2 meses¹⁸.

Hollman-Montiel J; Rodríguez G. (2014) “Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna”. Reportan que la complicación intraoperatoria más frecuente fue el choque hipovolémico, seguido de lesión vesical, lesión ureteral y lesión intestinal. Las complicaciones postquirúrgicas fueron las infecciones de la herida, así como dehiscencia de herida operatoria, edema pulmonar, isquemia miocárdica, infarto miocárdico, íleo-metabólico y tromboembolia pulmonar⁵.

NACIONALES

Toledo G. (2011) “Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010” reporta que las características encontradas en las pacientes fueron edad de 41 a 45 años, multíparas en el 96%. La indicación más cotidiana fue miomatosis uterina (85%) y que la complicación más común fue fiebre e infección del tracto urinario (6%) así como también infección de la herida operatoria (2%)²⁰.

2.2. BASE TEÓRICA.

HISTERECTOMÍA

- **GENERALIDADES:** La histerectomía es el procedimiento quirúrgico más común realizado dentro del campo de la ginecología. Se ha descrito que Estados Unidos la indicación más frecuente de histerectomía es el leiomioma uterino, seguido de las hemorragias uterinas disfuncionales, lesiones endometriales dolorosas, prolapso y dolor pélvico crónico. En investigaciones franceses se identificó que los fibromas es la principal causa en histerectomías seguido por las metrorragias, lesiones anexiales, displasias cervicales entre otras¹. Dependiendo del tipo de abordaje de la histerectomía se han descrito 4 vías: abdominal, vaginal, laparoscopia y robótica¹; en nuestro medio la vía laparoscópica es realizada en gran medida en centros médicos privados, debido al requerimiento de equipos de última tecnología que este tipo de vía demanda, y que muchos establecimientos de nuestro medio carecen. Según las estadísticas de los diversos nosocomios del país existe una supremacía de la vía vaginal y abdominal, siendo ésta última la que mayor preferencia tiene entre los médicos ginecólogos. Desde una actitud clasificatoria, la histerectomía puede ser total o subtotal, con o sin remoción de anexos¹. Se define a la histerectomía abdominal total, como aquella en el cual se extrae completamente el órgano uterino además del cuello uterino, mientras que la histerectomía abdominal subtotal o también llamada supracervical o parcial, es aquella en la que se extrae la porción superior del útero, pero se conserva el cuello uterino.² Como todo procedimiento quirúrgico, no está exenta de complicaciones, más aún si existen factores de riesgo como la obesidad, anemia, enfermedades crónicas degenerativas, cirugías previas, entre otras. Existen diversos estudios en los cuales concluyen que las complicaciones infecciosas y hemorrágicas son las más frecuentes.

- **ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO:** Un médico ginecólogo debe estar siempre familiarizado con lo que respecta a la anatomía del aparato genital femenino. En los últimos 20 años, el conocimiento tradicional de la anatomía pélvica se complementó con una mejor comprensión fisiológica neuromuscular que regula la función de dicha área⁷. El aparato genital de la mujer está conformado por dos ovarios, dos trompas de Falopio, el útero, la vagina y la vulva. El útero es un órgano hueco, de componente fibromuscular. Se encuentra situado entre la vejiga y el recto. Desde el punto de vista anatómico y funcional se divide en dos porciones: el cuerpo que es la región superior y que tiene un gran predominio muscular y el cuello uterino, estructura fibrosa que se encuentra localizada en la parte inferior. La unión entre dichas porciones se denomina istmo uterino. La forma, el peso y las dimensiones del útero varían según la paridad de la mujer y sobre todo por la estimulación estrogénica. Antes del inicio de la primera menstruación y después de la menopausia, el cuerpo y el cuello uterino tienen un tamaño muy parecido, pero durante la edad fértil el cuerpo es mucho más grande⁷.
- **DEFINICIÓN HISTERECTOMÍA:** El término Histerectomía (proviene del griego “hystera” que significa útero y “ektomia” que significa sacar por corte) se denomina así a la extirpación del útero o también llamada matriz, ésta ausencia provoca la absoluta imposibilidad de anidar el ovocito o huevo fecundado, impidiéndose así el desarrollo embrionario y posteriormente el feto, lo que provocara de manera absoluta esterilidad femenina. Concomitante a la histerectomía puede producirse una anexectomía: que significa la extirpación de trompas de Falopio y ovarios⁷.
- **EPIDEMIOLOGÍA:** Los reportes actuales afirman que la tasa de histerectomía en España es de 105 por cada 100.000 mujeres; 156 por cada 100.000 mujeres en el país de Taiwán, 179 por cada 100.00 mujeres en 16 países que conforman la Organización para la Cooperación y el

Desarrollo económico y 325 por cada 100.000 mujeres residentes de los Estados Unidos, siendo la histerectomía abdominal total el tipo con supremacía, en países Europeos como Noruega, Inglaterra o Suecia la histerectomía ocupa un bajo porcentaje^{8,21}. Diversas investigaciones refieren que al promediar los 65 años de edad, más de la tercera parte de las mujeres de los Estados Unidos han sido histerectomizadas y que casi las tres cuartas partes de histerectomías se realizan en mujeres cuyas edades oscilan entre 30 y 54 años de edad. Los gastos económicos hospitalarios de la histerectomía exceden a unos 5.000 millones de dólares anuales. En cuanto al número de defunciones según el tipo de histerectomía (vaginal, abdominal, laparoscópica, robótica), se señala que no hay mucha diferencia entre ellas, cabe señalar que la fiebre y las infecciones pélvicas posterior a la histerectomía son muy frecuentes⁸.

- **ABORDAJES QUIRÚRGICOS HISTERECTOMÍA:** En la actualidad se describen diferentes tipos de abordajes para la histerectomía, entre ellos: la vía abdominal, vaginal, laparoscópico y la vía robótica. Existen reportes que indican que la histerectomía abdominal es la vía más común a nivel mundial, sin embargo hay evidencias proveniente de varios estudios aleatorizados y prospectivos que señalan que la histerectomía vaginal genera menores complicaciones, estancia hospitalaria más corta, recuperación más rápida de la paciente y costes más bajos⁸.

- **TIPOS DE HISTERECTOMÍA:** Desde una posición clasificatoria, la histerectomía puede ser subtotal, total.

-Histerectomía subtotal: Se define a la histerectomía subtotal como la ablación del cuerpo del útero con preservación del cuello uterino, diversos estudios afirman que es el tipo de histerectomía más seguro y técnicamente más fácil, en comparación con la histerectomía total, se afirma también que está asociado a una menor incidencia de daño ureteral y disfunción vesicouretral, además de que los ligamentos uterosacros y cardinales permanecen intactos, y por consiguiente

preservándose el piso pélvico. Muchas teorías afirman que la preservación del cuello uterino desempeña un papel importante en la fase de excitación del coito y la calidad del orgasmo en algunas mujeres.¹¹ Dentro de las ventajas que este tipo de histerectomía proporciona, tenemos: técnica quirúrgica más fácil y menor tiempo operatorio, menor riesgo de complicaciones intraoperatorias como infecciones, hemorragias y lesiones de estructuras anatómicas vecinas al útero, evita el acortamiento de la vagina y pérdida de secreción cervical, menor afectación de las estructuras de soporte de piso pélvico, menor probabilidad de prolapsos de trompas por la vagina, estancia hospitalaria más corta, recuperación más rápida, así mismo es importante señalar las desventajas que posee: mayor riesgo de desarrollar cáncer de muñón cervical, mayor dificultad de tratamiento quirúrgico y radioterápico del cáncer de muñón cervical en comparación con el cáncer de cuello en un útero intacto, persistencia en un cierto porcentaje de casos de sangrados posteriores sobre todo de tipo cíclico por incompleta extirpación del cuerpo uterino, presencia de patología cervical benigna como leucorreas, cervicitis crónicas, y algunos casos de quistes sintomáticos de glándulas endocervicales^{9,10}.

- Histerectomía total: Es aquel procedimiento quirúrgico en que se realiza la ablación del cuerpo y el cuello del útero. Una de las mayores ventajas que este tipo de histerectomía ofrece es la palpación de los órganos pélvicos, así como una mayor visualización de las estructuras anatómicas, cabe resaltar que la destreza del cirujano es vital para su realización. No obstante también tiene una serie de desventajas como mayor riesgo de dañar los nervios pélvicos y de las estructuras de soporte, formación de adherencias, mayor dolor durante el postoperatorio, cicatriz en la pared abdominal y riesgo producir cáncer de cúpula vaginal⁹.

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL:

- **Generalidades:** Es aquel procedimiento quirúrgico mediante el cual se produce la ablación del órgano uterino, a través de una incisión en el abdomen. La histerectomía abdominal es la vía más practicada a nivel mundial. Para realizar este tipo de abordaje, el médico realiza una incisión en la piel y el tejido en la parte inferior del abdomen hasta llegar al útero, dicha incisión puede ser vertical u horizontal. Este tipo de abordaje permite al cirujano ginecólogo visualizar claramente el útero y otros órganos pélvicos durante la cirugía, sin embargo requiere de un tiempo más largo de hospitalización así como un mayor tiempo de cicatrización comparado con la vía vaginal o la cirugía laparoscópica. Es importante resaltar que la histerectomía abdominal es la vía más recomendada ante la presencia de órganos pélvicos de gran tamaño o sospecha de adherencias por cirugía previa, y sobre todo que este tipo de abordaje permite una óptima manipulación de órganos pélvicos. La indicación de este tipo de cirugía es muy variada, va desde patologías benignas hasta patologías malignas, siendo el leiomioma sintomático y el prolapso de órganos pélvicos la causa más frecuente a nivel mundial, aunque también cabe señalar que la hemorragia anormal, la endometriosis, el dolor pélvico crónico, y las neoplasias premalignas son también relativamente frecuentes.¹² La edad promedio de una paciente sometida a histerectomía abdominal a nivel mundial es de 45 a 49 años²¹. La histerectomía abdominal por lo general requiere menos tiempo operatorio que la histerectomía laparoscópica, y no utiliza instrumentos sofisticados. No obstante este tipo de histerectomía esta vinculada con una recuperación y estancia hospitalaria más prolongada, aumento del dolor en la región de la incisión, y mayor riesgo de desarrollar fiebre postoperatoria e infección de herida operatoria en comparación con la histerectomía vaginal. Cabe resaltar también que la histerectomía abdominal esta vinculada con mayor riesgo de transfusiones y lesiones ureterales, pero menor riesgo de hemorragia postoperatoria y lesión vesical⁷.

- **Indicaciones de histerectomía abdominal**

Los diversos estudios realizados a nivel mundial precisan que la indicación más común a nivel mundial para la histerectomía abdominal es el Leiomioma uterino, seguido de prolapso uterino y trastornos menstruales, sin embargo existe una serie de patologías que también son causa de este tipo de intervención quirúrgica. A continuación se describirá cada una de ella:

-Hemorragia Uterina anormal: el periodo menstrual generalmente dura un máximo de ocho días. La duración normal del ciclo menstrual(el numero de días entre el primer día de sangrado de un período y el primer día del siguiente periodo) generalmente es entre 24 días y 38 días, cualquier sangrado que se produzca fuera de ese periodo de tiempo es considerado anormal.

-Leiomioma Uterino: conocido también como mioma uterino, fibroma o fibroides, son tumoraciones que se inician bajo la forma de pequeños nódulos, que van aumentando muy lentamente. En la mayor parte de los casos, los nódulos se encuentran en el cuerpo del útero (95%de los casos) y mucho más raramente se encuentran en el cuello o en el istmo.

-Adenomiosis: se origina cuando el tejido endometrial que recubre el útero aparece dentro de la pared muscular del útero y crece en su interior. El tejido endometrial desplazado sigue actuando como lo haría normalmente, se engrosa, se degrada y produce sangrado durante los ciclos menstruales. Puede originar un útero agrandado, así como períodos menstruales intensos y dolorosos.

-Endometriosis: La endometriosis es definida como un trastorno doloroso, originado por el tejido que normalmente reviste el interior del útero (el endometrio) crece fuera del útero. Por lo general, la endometriosis afecta a los ovarios, las trompas de Falopio y el tejido que recubre la pelvis. Rara vez, el tejido endometrial se expande más allá de los órganos pélvicos.

-Mola Hidatiforme: conocido también como embarazo molar, es el resultado de la fertilización anormal de un ovocito (ovario). Dando como resultado un feto anormal, en el cual la placenta origina una masa en el útero.

-Enfermedad pélvica inflamatoria: es una infección de útero, de los ovarios o las trompas de Falopio la cual es originada por bacterias provenientes de la vagina o el cuello uterino que viajan hasta llegar al útero y las trompas de falopio

-Patología anexial: Las enfermedades anexiales incluyen un amplio espectro de tumoraciones ováricas. Lo más frecuente, en el 75-80% son tumoraciones benignas.

-Prolapso uterino: se define como el deslizamiento de útero hacia la vagina(o sobresaliendo de ella) producido por el estiramiento o debilitamiento de los músculos y los ligamentos del piso pélvico.

-Cáncer ginecológico: existen diversos tipos de cánceres ginecológicos, entre ellos: cáncer de cuello uterino, cáncer de ovario, cáncer de útero, cáncer de vagina, cáncer de vulva.

- Antecedentes clínicos presentes en la histerectomía abdominal: Se postula que uno de los antecedentes más importantes al momento de realizar una histerectomía abdominal es la obesidad, puesto que cualquier tipo de incisión que se realice en una paciente obesa, puede presentar complicaciones a nivel de la cicatriz operatoria, tales como abrirse o infectarse, debido a la gran cantidad de panículo de grasa, lo cual dificulta al momento de suturar la herida. Otro de los antecedentes tomados en cuenta son las cirugías previas que presenta la paciente, debido a que se puede predecir la presencia de grandes adherencias que podrían dificultar el acceso hacia la cavidad pélvica, y con ello generar un mayor riesgo de lesionar estructuras anatómicas que pudiesen estar adheridas entre sí. Otros de los antecedentes que también toman en cuenta los especialistas son la presencia de comorbilidades como la diabetes, hipertensión, enfermedad renal, insuficiencia venosa y anemia^{11,13}.

- **Ventajas y desventajas de la histerectomía abdominal: total versus subtotal:**

-Histerectomía abdominal total: Dentro de las grandes ventajas que se atribuye a este tipo de histerectomía abdominal es la buena visualización de las estructuras anatómicas así como la palpación de estas, lo cual es muy ventajoso sobre todo en cuyas pacientes con antecedentes de cirugía previa, así como también se le atribuye una disminución en riesgo de padecer cáncer muñón cervical posterior a la cirugía. Dentro de las desventajas que se le asigna a este tipo de histerectomía abdominal es un mayor tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria más larga, mayor riesgo de lesionar órganos pélvicos y perforación así como una disminución de la libido sexual^{11,12}.

-Histerectomía abdominal subtotal: se dice que este tipo de histerectomía proporciona un menor tiempo quirúrgico, menor sangrado, menor riesgo de lesionar uréteres, vejiga y recto, es un técnica más fácil, sencilla, rápida y segura, no se afecta ni se acorta la vagina, no existe riesgo de formación granulomas en el posoperatorio, se mantiene la secreción mucosa del cuello uterino, así como la rápida recuperación de las pacientes, y la conservación de la libido sexual. Dentro de las desventajas que mayor supremacía tiene este tipo de histerectomía abdominal es el gran riesgo de provocar cáncer de cuello uterino o muñón cervical, así como el requerimiento de un estricto seguimiento anual de la citología de cérvix^{11,24}.

- **Comparación entre la histerectomía abdominal total y subtotal basada en la evidencia: disfunción vesical, intestinal y sexual.**

-Disfunción vesical: La inervación simpática y parasimpática del plexo pélvico (que se encuentra en íntima relación anatómica con el cérvix y la vagina) es la responsable de la coordinación motora de las fibras musculares lisas de la vejiga y del recto, están a cargo de coordinación motora de las fibras musculares lisas de la vejiga y del recto. La destrucción de una parte importante de éste plexo pélvico originado por la sección de los ligamentos cardinales, la disección de la vejiga, del tejido para vaginal y hasta la propia ablación del cérvix podría hipotéticamente originar una pérdida de la presión uretral proximal por daño de la inervación simpática, y una hiporreflexia del detrusor por daño del parasimpático¹². En un estudio realizado en Finlandia, se comparó 105 casos de HAT con 107 HAST, todas ellas con anexectomía bilateral, se encontró una tasa elevada de incontinencia urinaria, frecuencia miccional y vaciado incompleto de la vejiga al año de la HAT. En otros dos estudios prospectivos, también se comparo la HAT frente a la HAST, en el cual no se encontró diferencias significativas entre los a síntomas como la incontinencia o la frecuencia miccional, ni tampoco en criterios objetivables urodinámicos¹⁰.

-Disfunción intestinal: Se postula que la denervación autonómica podía ser causa de aparición de síntomas rectales después de la histerectomía abdominal. Diferentes estudios describen que tras la histerectomía se produce un aumento de la incidencia de patrones anormales de defecación, con una mayor tendencia al estreñimiento, que puede ser grave en algunos casos y resistente a los tratamientos habituales. Estudios prospectivos han encontrado que la histerectomía abdominal no produce cambios ni en la velocidad del tránsito intestinal ni en la manometría rectal, y que incluso aminora la frecuencia de estreñimiento. Los estudios actuales han comparado a la HAT versus la HAST, y no han observado diferencias

significativas ni en cuanto a síntomas o patrones anormales de defecación, ni en cuanto a manometría o velocidad de tránsito intestinal¹⁰.

- **Disfunción sexual:** La denervación y la desaparición de las glándulas cervicales ocasionadas por la histerectomía abdominal total, contribuyen a la disfunción sexual al ser menor la lubricación, el acortamiento de la vagina sería otro factor adicional¹². La literatura afirma que la reanudación de la actividad sexual posterior a la histerectomía abdominal es de 62.4 +-9.3²². Los reportes literarios afirman que las operaciones ginecológicas con predominio la histerectomía abdominal influyen en la salud sexual; sin embargo existen pocos datos validados que se encuentren disponibles para llegar a una conclusión final²³. Estudios han analizado comparativamente la histerectomía abdominal total y subtotal, en cuanto a la frecuencia coital, dispareunia, líbido y frecuencia de orgasmo, antes y después de la cirugía; cuyas pacientes tuvieron un seguimiento de hasta tres años. Se informó que tras la histerectomía abdominal total se reducía significativamente la frecuencia del orgasmo, cosa que no ocurría con la histerectomía abdominal subtotal. Es importante señalar que este aspecto psicológico también influye en la sexualidad, factores como depresión o estrés emocional podrían contribuir a la disminución del placer sexual en las pacientes histerectomizadas^{10,23}.

- **Complicaciones de la histerectomía abdominal:** La histerectomía abdominal es la vía más común para este procedimiento, pese a generar una estancia hospitalaria más prolongada, mayor dolor postoperatorio, mayor tasa de infección y lento retorno a las actividades normales.¹¹ Dentro de las complicaciones intraoperatorias a nivel mundial se reporta que es el choque hipovolémico, seguido de lesión vesical, lesión ureteral y lesión intestinal. Dentro de las complicaciones postquirúrgicas se reporta a las infecciones de la herida como principal causa, así como dehiscencia de herida operatoria, edema pulmonar, isquemia miocárdica, infarto miocárdico, íleo-metabólico y tromboembolia pulmonar⁵. Por lo tanto las complicaciones

de la histerectomía abdominal se pueden categorizar como infecciosas, tromboembólica venosas, lesiones del tracto genitourinario, gastrointestinales, hemorragia, lesiones neurológicas y dehiscencia del manguito vaginal, siendo las complicaciones infecciosas las más comunes^{9,11}.

- **Complicaciones infecciosas de la histerectomía abdominal:** Dentro de las infecciones más comunes se describen: celulitis del manguito vaginal, hematoma infectado o absceso, infección de la herida operatoria, infección del tracto urogenital, infecciones respiratorias y morbilidad febril. Los factores que pueden incrementar la morbilidad de infección postoperatoria incluyen el estado inmune comprometido de la paciente, la obesidad, el tiempo de hospitalización, destreza del cirujano, mayor pérdida sanguínea, tiempo operatorio mayor de 3 horas, mala alimentación, tejido desvitalizado como se puede encontrar en pedículos operatorios mayores, comorbilidades como diabetes Mellitus, hipertensión y tabaquismo, falta de profilaxis antibiótica preoperatorios, y presencia de un sitio operatorio infectado. Saber distinguir entre la infección postoperatoria y la enfermedad febril es un principio importante. La enfermedad febril en el período postoperatorio se define como aquella temperatura de más de 38°C en dos ocasiones, con más de 6 horas de diferencia, más de 24 horas después de la intervención quirúrgica. Sin embargo, cabe resaltar que la presencia de fiebre por sí misma no es un signo claro de infección, porque también puede ser el resultado de una etiología no infecciosa, incluyendo atelectasias, hipersensibilidad a antibióticos o a agentes anestésicos, reacción pirógena al trauma tisular, o formación de hematoma⁹.

-Celulitis del Manguito Vaginal: es una de las complicaciones más comunes después de realizarse la histerectomía abdominal, que es específica de este procedimiento. Los síntomas que se atribuye son fiebre, secreción vaginal purulenta (que se debe distinguir de un flujo fisiológico), y dolor pélvico,

abdominal o de la espalda baja. Ante la presencia de algún tipo de secreción purulenta se deben realizar cultivos, pero el tratamiento debe iniciarse empíricamente⁹.

-Hematoma Pélvico Infectado o Absceso: La presencia de un hematoma pélvico infectado o absceso suele originarse después del alta hospitalaria, en su gran mayoría después de que se presenta celulitis del manguito. Los síntomas que pueden presentar las pacientes incluyen fiebre, escalofríos, dolor pélvico, e incluso presión rectal⁹.

-Infección de la Herida: La infección de la herida quirúrgica suele producirse al final de la hospitalización o poco después del alta. La mayoría de las histerectomías son denominados procedimientos "limpios-contaminados" con entrada controlada hacia el tracto GU (vagina). Se denomina a la histerectomía abdominal como un procedimiento "contaminado" si la paciente presenta una infección en el momento de la cirugía, ya sea en forma de una infección del tracto urinario o como una infección por vaginosis bacteriana. Es poco común que se considere a la histerectomía un procedimiento "sucio" o "infectado", con una perforación en el intestino y contaminación fecal o una infección bacteriana aguda con secreción purulenta (por ejemplo, enfermedad pélvica inflamatoria o endometritis). La incidencia de infecciones de herida operatoria reportada oscila entre el 0% hasta el 22.6% de todos los casos⁹.

-Infecciones del Tracto Urinario: Las infecciones del tracto urinario por lo general se presentan en la etapa más temprana del período postoperatorio. El riesgo de un infección a nivel del tracto urinario después de una histerectomía va desde 0% hasta 13.0%, pero es responsable de hasta 40% de las infecciones intrahospitalarias⁹.

-Infección Respiratoria: En el período postoperatorio temprano la paciente puede presentar neumonía. La incidencia de neumonía después de la

histerectomía abdominal en una paciente sin enfermedad pulmonar previa, es baja (16%)⁹.

- **Complicaciones tromboembólico venosas de la histerectomía abdominal:** Se estima que las complicaciones tromboembólica venosas después de la histerectomía abdominal son comunes y pueden ser potencialmente mortales, sin embargo no se sabe cuál es la incidencia exacta de la enfermedad tromboembólica venosa (trombosis venosa profunda [TVP] o embolia pulmonar) después de la histerectomía. Dentro de las variables clínicas que se la tribuye para su aparición es la edad, los antecedentes de tromboembolia venosa, duración de la anestesia, presencia de edema o venas varicosas en las piernas, historia de terapia de radiación y pacientes no blancas. Además se ha identificado como factores de riesgo la obesidad, el uso de anticonceptivos orales u otras hormonas, el embarazo y las trombofilias. Dentro de los factores de riesgo de tromboembolia venosa se encuentra: edad avanzada, tromboembolia venosa previa, malignidad, cirugía, tratamiento contra el cáncer: quimioterapia o radiación, duración de la anestesia, raza no caucásica, insuficiencia venosa (edema de piernas, venas varicosas), uso de hormonas⁹.

- **Lesiones de los tractos genitourinario y gastrointestinal de la histerectomía abdominal:**

-Tracto genitourinario: Diversos estudios estiman que ocurren lesiones del tracto GU (vejiga o uréter) en una tasa de 1 a 2% en todas las intervenciones quirúrgicas ginecológicas mayores, y que aproximadamente el 75% de estas lesiones se producen a causa de una histerectomía ya sea total o subtotal. Se estima además que la lesión ureteral se presenta con menos frecuencia que la vesical, pero también se encuentra enormemente subestimada, los estudios han demostrado que dos tercios de las lesiones ureterales no se reconocen al momento de la cirugía. Cabe señalar que la

incidencia de lesión ureteral es de 0.05-0.5% en las cirugías ginecológicas. Así mismo se señala que los factores de riesgo que aumentan la tasa de lesión ureteral incluyen cirugía pélvica previa, hemorragia, endometriosis, cáncer, exposición comprometida atribuible a grandes masas pélvicas o leiomiomas, y obesidad. El mayor riesgo de lesión de la vejiga se da cuando la disección se realiza en el plano prevesical, especialmente durante la creación de un colgajo vesical en la histerectomía abdominal o laparoscópica, o durante la colpotomía anterior en el momento de la histerectomía vaginal. El pilar que se le atribuye a la prevención de las lesiones del tracto GU es la correcta identificación de estas estructuras anatómicas para evitarlas durante la disección. Las lesiones vesicales producidas por la histerectomía son generalmente intraperitoneales y usualmente se producen cerca de la cúpula de la vejiga⁹.

-Tracto Gastrointestinal: Las lesiones a nivel del tracto GI después de una histerectomía, varía de 0.1% a 1%, con estimaciones de 0.3% para la histerectomía abdominal. Para poder prevenir la lesión del intestino se puede realizar la comprensión de los sitios potenciales de daño, así como una buena técnica quirúrgica, así como el manejo cuidadoso de los tejidos, una disección minuciosa a lo largo de los planos anatómicos, uso apropiado de la electrocirugía, y compresión del sangrado en lugar de sujeción con pinzas cuando el campo quirúrgico está oscurecido. Existen tres tipos principales de lesión intestinal que pueden ocurrir durante la histerectomía abdominal: lesión térmica, daño mecánico directo y daño indirecto a través de la interrupción del suministro vascular; el daño térmico puede ocurrir en todos los tipos de histerectomía. El daño mecánico directo al intestino se da tanto con instrumentos cortantes como con instrumentos romos. Este tipo de lesión se produce más comúnmente durante la adhesiolisis. Las lesiones vasculares se presentan con una alteración del suministro de sangre que corre a través del mesenterio hacia el intestino. Es muy poco frecuente que dicha disección se indique en una histerectomía benigna, pero el riesgo de

desvascularización siempre debe reconocerse. El manejo de una lesión intestinal postoperatoria depende de la naturaleza y la gravedad del traumatismo. El reposo intestinal y la administración de antibióticos son complementos útiles.^{9,11}

- **Complicaciones hemorrágicas de la histerectomía abdominal:**

Las complicaciones hemorrágicas asociadas a la histerectomía abdominal se asocian con diversas variables, incluyendo el tipo de histerectomía abdominal. Se estima que la pérdida de sangre para histerectomía abdominal es de 238-660.5 ml. aproximadamente. Existen diversas variables que contribuyen a mayores complicaciones hemorrágicas, como por ejemplo la obesidad, mala exposición visual (atribuible a endometriosis, adherencias, grandes masas), anatomía distorsionada, fibromas uterinos, destreza del cirujano, profilaxis farmacológica de la tromboembolia venosa, uso concomitante de aspirina y otros fármacos antiplaquetarios. Es importante recordar que la pelvis tiene un rico suministro sanguíneo, proveniente principalmente de las arterias ilíacas interna y externa. Otra parte del aporte arterial proviene de la arteria mesentérica inferior (que irriga el colon sigmoides) y de las arterias ováricas⁹.

- **Efecto de la histerectomía abdominal sobre la calidad de vida:**

según estudios reportados actualmente la histerectomía abdominal genera sobre la calidad de vida efectos perjudiciales, sobre todo al emplear la histerectomía abdominal total, debido a que ésta afecta gravemente el piso pélvico posterior a la cirugía, originando síntomas disfuncionales urinarios, como urgencia u obstrucción, con afección especial en los órganos sexuales, los cuales son los más incómodos y difíciles de superar¹⁹.

- **Histerectomía abdominal total en comparación con la histerectomía abdominal subtotal ó supracervical:**

La primera histerectomía abdominal electiva, una operación de tipo subtotal, se realizó en 1863 por Carles Clay, este tipo de histerectomía abdominal se realizó hasta 1929 cuando Richardson realizo por primera vez una histerectomía abdominal total, las inquietudes que se iban apoderando de los especialistas sobre el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino conservado asociado a las mejoras en las técnicas operatorias, determinaron el desplazamiento casi absoluto de las histerectomía abdominal subtotal (HAST), por la total(HAT). Actualmente sigue existiendo una gran controversia para poder elegir una u otra técnica. En primera instancia resultaría lógico que remover menos tejido circundante durante la HAST, ésta podría generar menor riesgo de hemorragia, infecciones, dolor postoperatorio, menor disfunción urinaria e intestinal a largo plazo; así mismo que conservar las estructuras anatómicas se sostén pélvico podría prevenir el prolapso genital en comparación con la HAT, sin embargo la preocupación más grande de este tipo de histerectomía abdominal sigue siendo el riesgo de producirse cáncer de muñón cervical.

No existen estudios que posean un correcto diseño que compare ambos tipos de histerectomía abdominal, por lo que la elección de una u otro tipo está basada en costumbres de la práctica diaria y aceptada clásicamente²⁴.

La HAST se asocia a menor hemorragia intraoperatoria, así mismo la fiebre y retención urinaria postoperatoria es menor en comparación con la HAT, existen datos estadísticos que señalan un número mayor de lesiones de las vías urinarias en la HAT. Otras complicaciones a largo plazo como infección de herida quirúrgica, hematoma pélvico, hemorragia vaginal u obstrucción intestinal entre la HAT y HAST, no se han encontrado diferencias significativas.

Se postula también que la incontinencia urinaria de esfuerzo es menor en la HAST, puesto que este tipo protege las estructuras anatómicas, y de sostén del piso pélvico²⁴. Los síntomas intestinales como estreñimiento, incontinencia fecal y de ventosidades y defecación dolorosa, no han sido demostradas diferencias significativas entre los dos tipos²⁴.

En unos estudios asignados al azar no se ha podido demostrar diferencias en la función sexual o urinaria después de la histerectomía abdominal total o la supracervical. Así mismo Learman et al. en el año 2003 no encontró diferencias estadísticamente significativas entre las dos en complicaciones quirúrgicas y resultados clínicos durante dos años de seguimiento. Los críticos de la histerectomía subtotal han observado también la persistencia del riesgo de cáncer de muñón del cuello uterino. No obstante el riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres es comparable con el de aquellas mujeres que no son sometidas a histerectomía. Los diversos estudios concluyen que la histerectomía abdominal subtotal no ofrece ventajas distintivas comparadas con la histerectomía abdominal total. (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007⁹).

La presencia de restos de endometrio en el cérvix uterino puede originar hemorragia cíclica, observado en la HAST, así mismo que el prolapso de cúpula vaginal debido al debilitamiento del suelo pélvico secundario a lesiones de estructuras vasculonerviosas y ligamentosas es casi exclusividad de la HAT, y que el descenso del muñón cervical y colpocelos anteriores y posteriores es exclusividad de la HAST.

Toda mujer sometida a HAST debe estar adherida a programas de screening citológico, el cual es deficiente en algunas poblaciones, por lo cual existen autores que afirman que este tipo de histerectomía debe estar contraindicado en estas poblaciones²⁴. Aunque la HAT este asociado a mayor morbilidad de fiebre y retención urinaria en el intraoperatorio, esto no parece asociarse a complicaciones a largo plazo, tampoco existe diferencias

significativas en cuanto a la disfunción urinaria, intestinal y sexual entre ambos tipos de histerectomía abdominal²⁴.

2.3 HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no cuenta con hipótesis.

2.4 VARIABLES

Variables intervinientes:

- Tipos de histerectomía abdominal.
- Característica de pacientes operadas.
- Motivo de preferencia.
- Complicaciones intraoperatorias y postoperatorias
- Opinión sobre síntomas urinarios, anorectales, sexuales y calidad de vida en las pacientes

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.

2.5.1. Descripción de tipos de histerectomía abdominal: Ésta variable fue medida a través de la opinión de los médicos sobre la histerectomía abdominal de su preferencia: total y subtotal.

2.5.2. Característica de pacientes operadas: La variable fue medida a través del interrogatorio sobre la indicación de histerectomía, grupo etario y antecedentes que influyen en el tipo de histerectomía abdominal.

2.5.3. Motivo de preferencia: se solicitó a los médicos precisar por que prefieren determinado tipo de histerectomía abdominal.

2.5.4. Complicaciones intraoperatorias y postoperatorias: Se pidió a los médicos precisar cuales han sido las complicaciones intraoperatorias, como postoperatorias que han presentado de acuerdo al tipo de histerectomía que cada uno prefiere.

2.5.5. Opinión sobre síntomas urinarios, anorectales, sexuales y calidad de vida de las pacientes: se solicitó a los especialistas emitir su opinión sobre la mejoría, o aparición de los síntomas urinarios, anorectales así como del impacto en la calidad de vida que genera la histerectomía en las pacientes.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO: Es un estudio con diseño observacional, descriptivo, transversal.

- **Por su carácter:** El tipo de investigación según su carácter es cuantitativo porque se recopiló datos a través de preguntas cerradas empleadas en el instrumento.
- **Por su finalidad:** Según su finalidad es un estudio descriptivo, porque se describió las preferencias de tipos de histerectomía abdominal en médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero- Febrero 2018.
- **Según el número de mediciones realizadas:** El tipo de investigación según su temporalidad es transversal, porque se realizó en un único periodo, Enero-Febrero 2018.
- **Según el control de la asignación de sujetos:** El tipo de investigación según el control de la asignación del sujeto es observacional, porque el investigador sólo observó los hechos como ocurrieron espontáneamente, solo va a medir el fenómeno, por lo que no se puede modificar a voluntad ninguno de los factores que interviene en el proceso.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO: El presente estudio fue desarrollado en el servicio de Gineco-obstetricia de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana: Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital 2 de Mayo, Hospital Nacional María Auxiliadora, Hospital Nacional Hipólito Unanue, y Hospital San José del Callao.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Población:** En el presente trabajo la población de estudio está dado por 181 médicos asistentes pertenecientes al servicio de Gineco-obstetricia de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana. Hospital Nacional Arzobispo Loayza (41 médicos), Hospital 2 de Mayo (40 médicos), Hospital Nacional María Auxiliadora (41 médicos), Hospital Nacional Hipólito Unanue (38 médicos), y Hospital San José del Callao (21 médicos).

- **Criterios de inclusión:** Sólo se incluyeron en el estudio a médicos asistentes pertenecientes al servicio de Gineco-obstetricia de los Hospitales: Arzobispo Loayza, 2 de Mayo, María Auxiliadora, Hipólito Unanue, y San José del Callao.

- **Criterios de exclusión:** Se excluyeron del estudio a médicos residentes pertenecientes al servicio de Gineco-obstetricia de los Hospitales: Arzobispo Loayza, 2 de Mayo, María Auxiliadora, Hipólito Unanue, y San José del Callao.

- **Muestra:** Sé utilizo muestreo no probabilístico, por conveniencia, debido a que no fue factible contar con el apoyo de todos los médicos ginecólogos debido a sus atareadas labores médicas. La muestra de estudio está conformado por 96 médicos Gineco-obstetras pertenecientes al servicio de Gineco-obstetricia de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana: Hospital Nacional Arzobispo Loayza (30 médicos), Hospital 2 de Mayo (15 médicos), Hospital Nacional María Auxiliadora (23 médicos), Hospital Nacional Hipólito Unanue (20 médicos), y Hospital San José del Callao (8 médicos).

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Para la recolección de datos se empleó una encuesta con preguntas cerradas las cuales constan de 11 ítems: preferencia de tipos de histerectomía abdominal, indicación de histerectomía abdominal, grupo etario de pacientes, antecedentes clínico, motivo de preferencia, principales complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, opinión sobre síntomas urinarios, anorrectales, opinión sobre influencia en relaciones sexuales y mejora de la calidad de vida de las pacientes tras la histerectomía abdominal.

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: El proceso de la recolección de datos comienza con la solicitud verbal a los médicos pertenecientes al servicio de Gineco-Obstetrica de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, para que colaboren con el llenado del instrumento usado. El instrumento se aplicó a los médicos en sus respectivos ambientes: consultorio externo, servicio de emergencia, hospitalización, y sala de operaciones, el tiempo de duración de la aplicación del instrumento fue de 7 minutos por encuesta. La recolección de los datos se realizó durante el 25 de Enero y 10 de Febrero de 2018, con un promedio de 6 encuestas por día, 6 veces por semana, haciendo un total de 96 encuestas.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS: Las respuestas indicadas por los médicos a través de las encuestas fueron ingresadas en una base de datos en Excel. El análisis estadístico descriptivo se realizó en el Programa Estadístico SPSS Versión 22. En variables cualitativas se determinó la frecuencia y porcentaje. Se elaboraron tablas y gráficos de barras.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

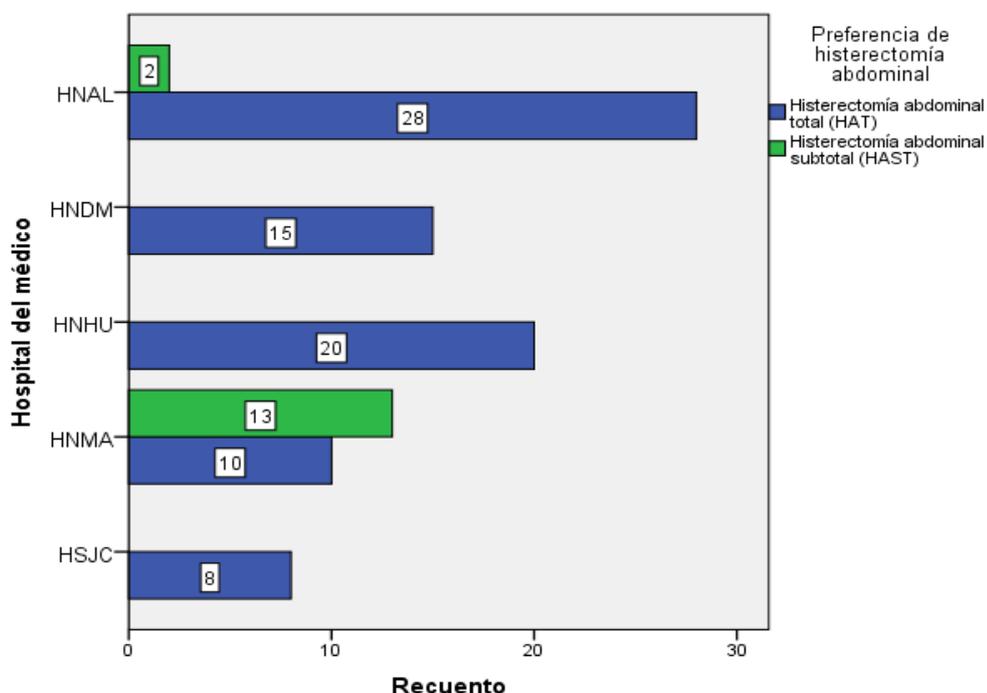
4.1. RESULTADOS: Dentro de los resultados obtenidos en el presente estudio, se identifica que el mayor porcentaje de médicos Gineco-obstetras encuestados pertenecen al Hospital Nacional Arzobispo Loayza (31,3%) y Hospital Nacional María Auxiliadora (24,0%). La mayor proporción prefiere la histerectomía abdominal total (HAT) con 84.4% (81) respecto al total; mientras que el 15.6% (15) prefiere la Histerectomía abdominal subtotal (HAST). Respecto al grupo etario se observa que el promedio es de 36 a 45 años. Se encontró que la indicación más frecuente para la HAT es el Leiomioma uterino (91.4%) y la Hemorragia Uterina anormal (86.7%) y Adenomiosis (66.7%) fueron las principales causas de indicación de HAST. Los antecedentes clínicos más influyentes en ambos tipos fue las cirugías previas (70.4%). Los resultados obtenidos señalan que los médicos prefieren la HAT por falta de control citológico previo y post quirúrgico de las pacientes y por la mejor visualización y palpación de los órganos pélvicos 95.1% (77), mientras que para la HAST fue preferida por presentar menor riesgo de lesionar el piso pélvico y órganos vecinos y menor tiempo quirúrgico 100% (15). La complicación intraoperatoria más frecuente en ambos grupos fue la lesión vesical, mientras que la complicación postquirúrgica fue la infección de herida operatoria en ambos grupos respectivamente. Los especialistas señalan que tanto la HAT 74.1%(60) y la HAST 78.15 (8) generan aparición de síntomas urinarios y anorectales tras la cirugía. Así mismo el 86.4% (70) pertenecientes al grupo de especialistas de HAT afirman que este procedimiento influye en las relaciones sexuales frente al 13.3%(2) pertenecientes al grupo de HAST que afirman que este procedimiento no influye en las relaciones sexuales. Ambos grupos de histerectomía abdominal afirman que la calidad de vida mejora tras la cirugía.

TABLA N° 01
TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL DE PREFERENCIA SEGÚN
HOSPITAL EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES
DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018

Hospital del médico		Histerectomía abdominal total (HAT)	Histerectomía abdominal subtotal (HAST)	Total
HNAL (Hospital Nacional Arzobispo Loayza)	Frecuencia (n)	28	2	30
	Porcentaje (%)	93.3%	6.7%	100.0%
HNDM (Hospital Nacional Dos de Mayo)	Frecuencia (n)	15	0	15
	Porcentaje (%)	100.0%	0.0%	100.0%
HNHU (Hospital Nacional Hipólito Unanue)	Frecuencia (n)	20	0	20
	Porcentaje (%)	100.0%	0.0%	100.0%
HNMA (Hospital Nacional María Auxiliadora)	Frecuencia (n)	10	13	23
	Porcentaje (%)	43.5%	56.5%	100.0%
HSJC (Hospital San José del Callao)	Frecuencia (n)	8	0	8
	Porcentaje (%)	100.0%	0.0%	100.0%
Total	Frecuencia (n)	81	15	96
	Porcentaje (%)	84.4%	15.6%	100.0%

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 01
TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL DE PREFERENCIA SEGÚN
HOSPITAL EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES
DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018



Fuente: Encuesta

INTERPRETACIÓN:

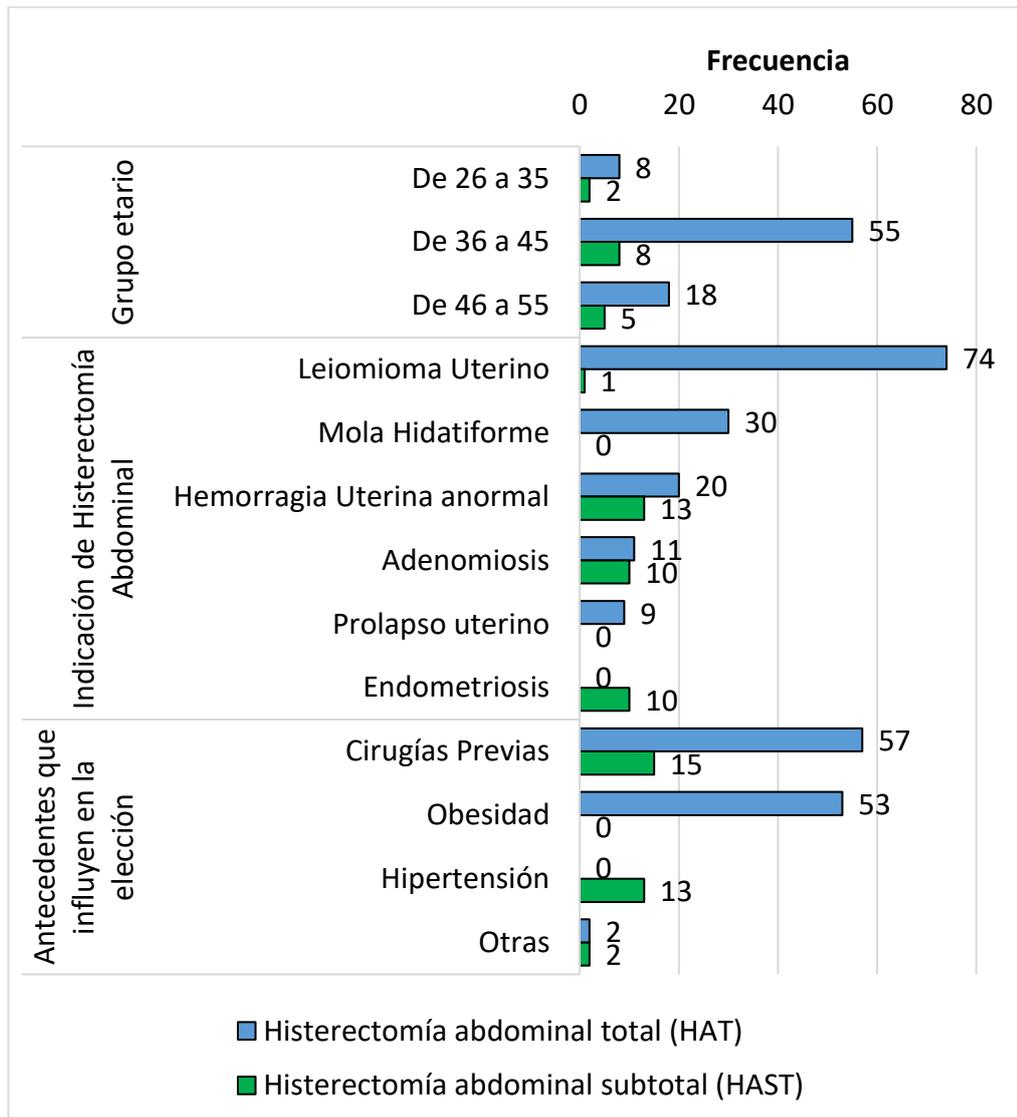
En la **Tabla N°1** se observa que de los 96 médicos Gineco-obstetras encuestados, la mayor proporción prefiere la histerectomía abdominal total con 84.4% respecto al total; mientras que el 15.6% prefiere la histerectomía abdominal subtotal. Asimismo, se observa que en todos los hospitales se prefiere en mayor proporción la Histerectomía Abdominal Total, siendo preferido en el 100% de los casos en el Hospital Dos de Mayo, Hospital Nacional Hipólito Unanue y Hospital San José; mientras que en el Hospital Arzobispo Loayza y el Hospital María Auxiliadora se prefiere en el 93.9% y 43.5%, respectivamente. Los 15 médicos que opinaron preferir histerectomía abdominal subtotal son del Hospital María Auxiliadora (56.5%) y el Hospital Arzobispo Loayza (6.7%).

TABLA N° 02
CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES OPERADAS SEGÚN TIPO DE
HISTERECTOMÍA DE PREFERENCIA EN MÉDICOS GINECO-
OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA,
ENERO-FEBRERO 2018

Características de las pacientes operadas		Histerectomía abdominal total (HAT)	Histerectomía abdominal subtotal (HAST)	
Grupo etario	De 26 a 35	Frecuencia (n)	8	2
		Porcentaje (%)	9,9%	13,3%
	De 36 a 45	Frecuencia (n)	55	8
		Porcentaje (%)	67,9%	53,3%
	De 46 a 55	Frecuencia (n)	18	5
		Porcentaje (%)	22,2%	33,3%
Indicación de Histerectomía Abdominal	Leiomioma Uterino	Frecuencia (n)	74	1
		Porcentaje (%)	91.40%	6.70%
	Mola Hidatiforme	Frecuencia (n)	30	0
		Porcentaje (%)	37.00%	0.00%
	Hemorragia Uterina anormal	Frecuencia (n)	20	13
		Porcentaje (%)	24.70%	86.70%
	Adenomiosis	Frecuencia (n)	11	10
		Porcentaje (%)	13.60%	66.70%
	Prolapso uterino	Frecuencia (n)	9	0
		Porcentaje (%)	11.10%	0.00%
	Endometriosis	Frecuencia (n)	0	10
		Porcentaje (%)	0.00%	66.70%
Antecedentes que influyen en la elección	Cirugías Previas	Frecuencia (n)	57	15
		Porcentaje (%)	70.40%	100.00%
	Obesidad	Frecuencia (n)	53	0
		Porcentaje (%)	65.40%	0.00%
	Hipertensión	Frecuencia (n)	0	13
		Porcentaje (%)	0.00%	86.70%
	Otras	Frecuencia (n)	2	2
		Porcentaje (%)	2.50%	13.30%
Total		Frecuencia (n)	81	15
		Porcentaje (%)	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 02
CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES OPERADAS SEGÚN TIPO DE
HISTERECTOMÍA DE PREFERENCIA EN MÉDICOS GINECO-
OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA,
ENERO-FEBRERO 2018



Fuente: Encuesta

INTERPRETACIÓN:

En la **Tabla N° 2** se observa que de los 81 médicos que prefieren la histerectomía abdominal total manifestaron que en mayor proporción realizan ese procedimiento a pacientes del rango de edad de 36 a 45 años (67.9%); del mismo modo los 15 médicos que prefieren la histerectomía abdominal subtotal manifestaron que en mayor proporción realizan ese procedimiento a pacientes del rango de edad de 36 a 45 años (53,3%).

Los 81 médicos que manifestaron preferir la histerectomía abdominal total indicaron ese procedimiento en mayor proporción por Leiomioma uterino (91.4%); mientras que los 15 médicos que manifestaron preferir la histerectomía abdominal subtotal indicaron ese procedimiento en mayor proporción por Hemorragia Uterina anormal (86.7%) y Adenomiosis (66.7%).

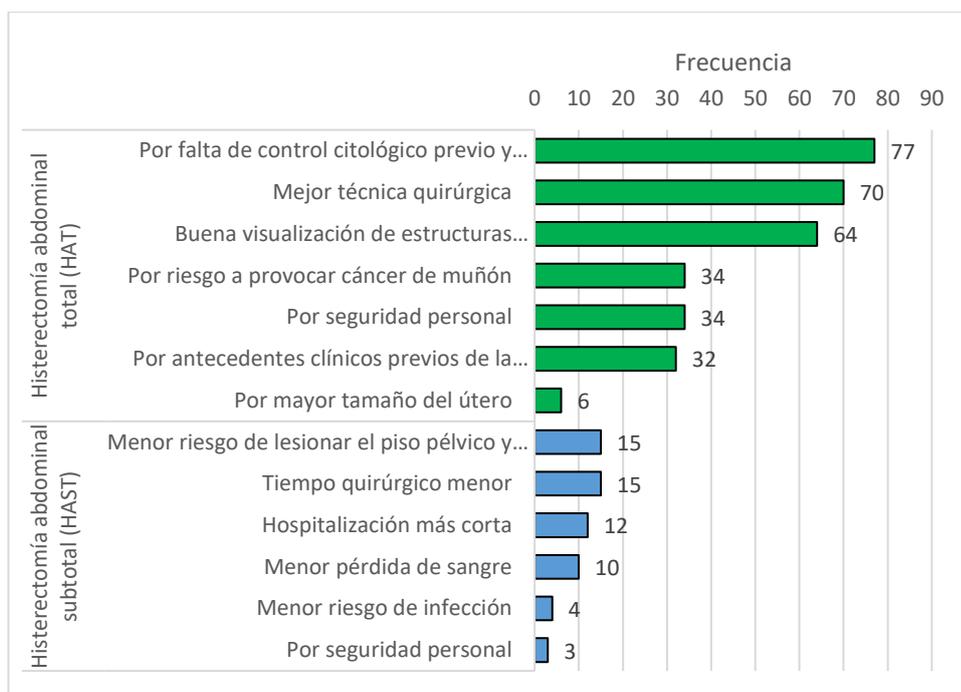
Los 81 médicos que prefieren la histerectomía abdominal total manifestaron que el antecedente que influyó el elegir ese procedimiento fueron en mayor proporción los antecedentes de cirugías previas (70.4%) y la obesidad (65.4%); mientras que los 15 médicos que prefieren la Histerectomía abdominal subtotal manifestaron que el antecedente que influyó el elegir ese procedimiento fueron en mayor proporción los antecedentes de cirugías pélvicas (100%) y la hipertensión (86.7%).

TABLA N° 03
MOTIVO DE PREFERENCIA SEGÚN EL TIPO DE HISTERECTOMÍA
ABDOMINAL UTILIZADO POR LOS MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE
CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO
2018

Tipo de histerectomía	Motivo de preferencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Histerectomía abdominal total (HAT)	Por falta de control citológico previo y postoperatorio	77	95.10%
	Mejor técnica quirúrgica	70	86.40%
	Buena visualización de estructuras anatómicas	64	79.00%
	Por riesgo a provocar cáncer de muñón	34	42.00%
	Por seguridad personal	34	42.00%
	Por antecedentes clínicos previos de la paciente	32	39.50%
	Por mayor tamaño del útero	6	7.40%
	Total	81	100.00%
Histerectomía abdominal subtotal (HAST)	Menor riesgo de lesionar el piso pélvico y órganos vecinos	15	100.00%
	Tiempo quirúrgico menor	15	100.00%
	Hospitalización más corta	12	80.00%
	Menor pérdida de sangre	10	66.70%
	Menor riesgo de infección	4	26.70%
	Por seguridad personal	3	20.00%
	Total	15	100.00%

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 03
MOTIVO DE PREFERENCIA SEGÚN EL TIPO DE HISTERECTOMÍA
ABDOMINAL UTILIZADO POR LOS MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE
CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO
2018



Fuente: Encuesta

INTERPRETACIÓN:

En la **Tabla N°3** se observa que de los 81 médicos que prefieren la histerectomía abdominal total el motivo de preferencia fue en mayor proporción por falta de control citológico previo y postoperatorio (95.1%), mejor técnica quirúrgica (86.4%) y buena visualización de estructuras anatómicas (79.0%).

Asimismo, se observa que de los 15 médicos que prefieren la histerectomía abdominal subtotal el motivo de preferencia fue en mayor proporción por menor riesgo de lesionar el piso pélvico y órganos vecinos (100%), Tiempo quirúrgico menor (100%) y Hospitalización más corta (80.0%).

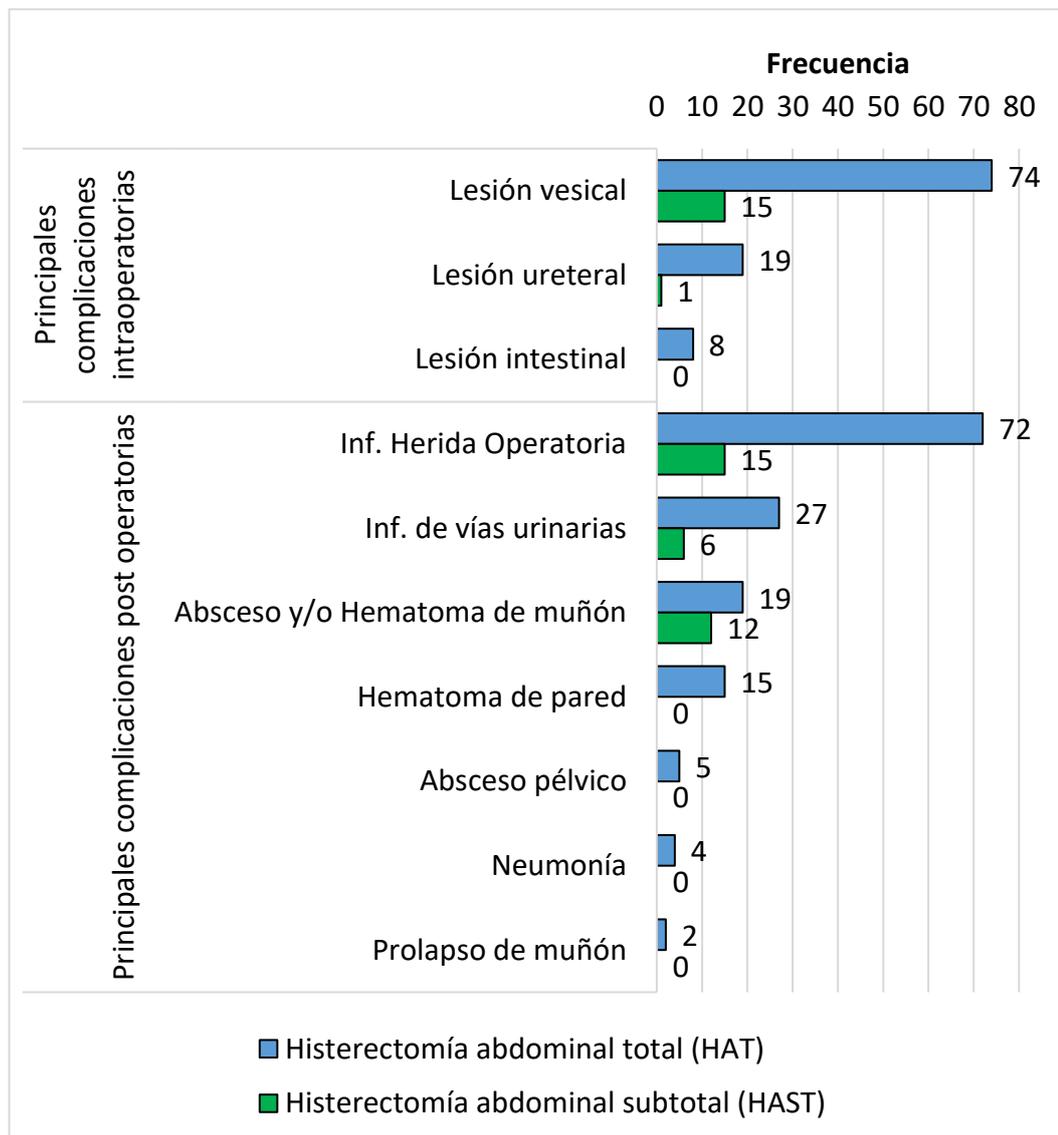
TABLA N° 04
PRINCIPALES COMPLICACIONES SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA
ABDOMINAL DE PREFERENCIA EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE
CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO
2018

Tipo de complicación	Complicaciones	Histerectomía abdominal total (HAT)	Histerectomía abdominal subtotal (HAST)
Principales complicaciones intraoperatorias	Lesión vesical	Frecuencia (n)	74
		Porcentaje (%)	91.40%
	Lesión ureteral	Frecuencia (n)	19
		Porcentaje (%)	23.50%
	Lesión intestinal	Frecuencia (n)	8
		Porcentaje (%)	9.90%
Principales complicaciones post operatorias	Inf. Herida Operatoria	Frecuencia (n)	72
		Porcentaje (%)	88.90%
	Inf. de vías urinarias	Frecuencia (n)	27
		Porcentaje (%)	33.30%
	Absceso y/o Hematoma de muñón	Frecuencia (n)	19
		Porcentaje (%)	23.50%
	Hematoma de pared	Frecuencia (n)	15
		Porcentaje (%)	18.50%
	Absceso pélvico	Frecuencia (n)	5
		Porcentaje (%)	6.20%
	Neumonía	Frecuencia (n)	4
		Porcentaje (%)	4.90%
	Prolapso de muñón	Frecuencia (n)	2
		Porcentaje (%)	2.50%
Total		Frecuencia (n)	81
		Porcentaje (%)	100,0%
			15
			100,0%

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 04

PRINCIPALES COMPLICACIONES SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL DE PREFERENCIA EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018



Fuente: Encuesta

INTERPRETACIÓN:

En la **Tabla N°4** se observa que los 81 médicos que prefieren la Histerectomía Abdominal Total manifestaron que las principales complicaciones intraoperatorias de ese procedimiento son lesión vesical (91.4%), lesión ureteral (23.5%) y lesión intestinal (9.9%); mientras que los 15 médicos que prefieren la Histerectomía Abdominal Subtotal manifestaron que las principales complicaciones de ese procedimiento son lesión vesical (100.0%) y lesión ureteral (6.7%).

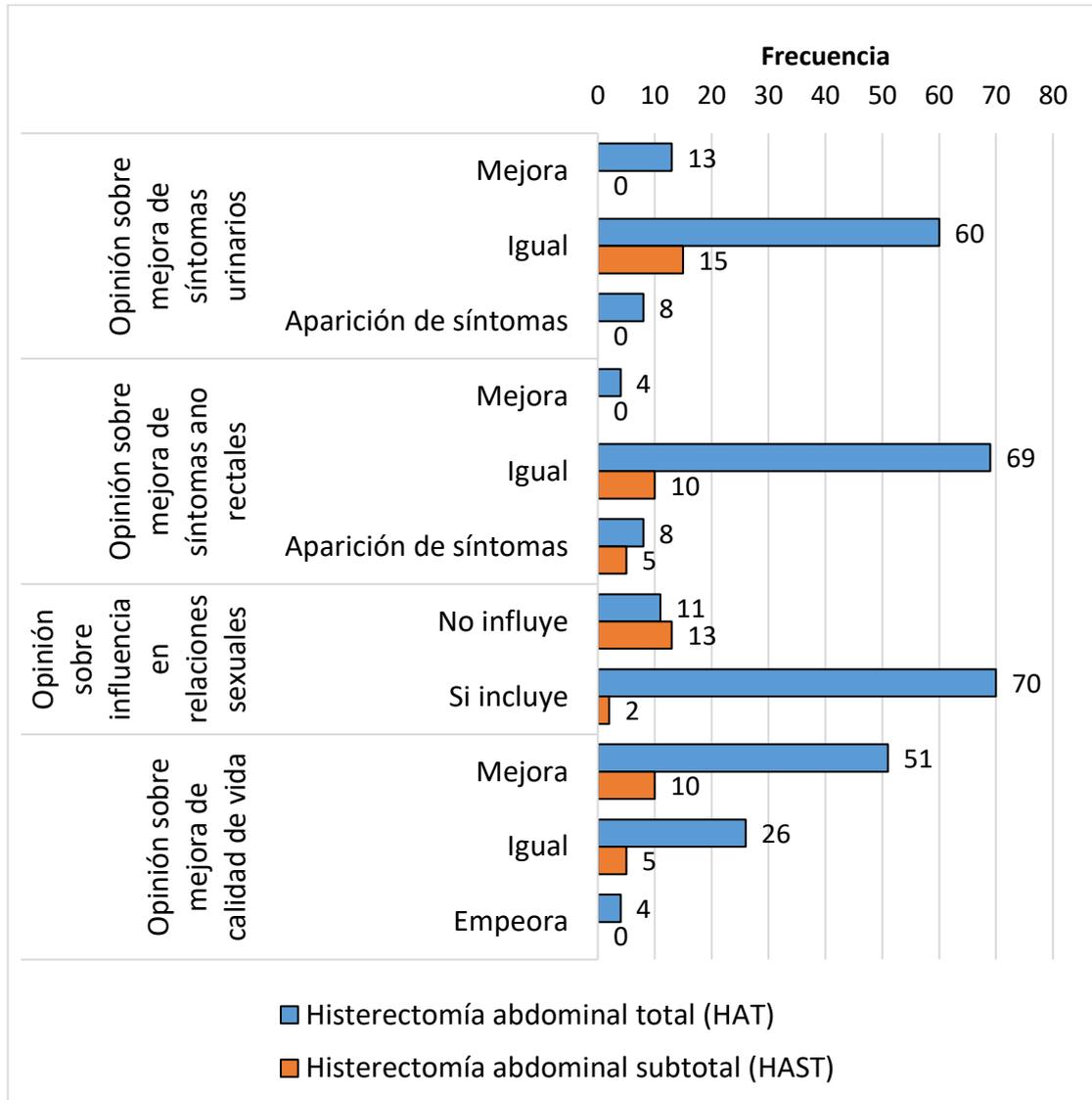
Asimismo, se observa que los 81 médicos que prefieren la histerectomía abdominal total manifestaron en mayor proporción que la principal complicación de ese procedimiento es la infección de herida operatoria (88.9%); mientras que los 15 médicos que prefieren la histerectomía abdominal subtotal manifestaron en mayor proporción que la principal complicación de ese procedimiento es también la infección de herida operatoria (100.0%).

TABLA N° 05
OPINIÓN SOBRE SÍNTOMAS URINARIOS, ANORECTALES, SEXUALES
Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL
DE PREFERENCIA EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO
HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018

Opinión sobre síntomas urinarios, anorectales, sexuales y calidad de vida			Histerectomía abdominal total (HAT)	Histerectomía abdominal subtotal (HAT)	Total
Opinión sobre síntomas urinarios	Mejora	Frecuencia (n)	13	0	13
		Porcentaje (%)	16,0%	0,0%	13,5%
	Igual	Frecuencia (n)	60	15	75
		Porcentaje (%)	74,1%	100,0%	78,1%
	Aparición de síntomas	Frecuencia (n)	8	0	8
		Porcentaje (%)	9,9%	0,0%	8,3%
Opinión sobre síntomas anorectales	Mejora	Frecuencia (n)	4	0	4
		Porcentaje (%)	4,9%	0,0%	4,2%
	Igual	Frecuencia (n)	69	10	79
		Porcentaje (%)	85,2%	66,7%	82,3%
	Aparición de síntomas	Frecuencia (n)	8	5	13
		Porcentaje (%)	9,9%	33,3%	13,5%
Opinión sobre influencia en relaciones sexuales	No influye	Frecuencia (n)	11	13	24
		Porcentaje (%)	13,6%	86,7%	25,0%
	Si incluye	Frecuencia (n)	70	2	72
		Porcentaje (%)	86,4%	13,3%	75,0%
Opinión sobre mejora de calidad de vida	Mejora	Frecuencia (n)	51	10	61
		Porcentaje (%)	63,0%	66,7%	63,5%
	Igual	Frecuencia (n)	26	5	31
		Porcentaje (%)	32,1%	33,3%	32,3%
	Empeora	Frecuencia (n)	4	0	4
		Porcentaje (%)	4,9%	0,0%	4,2%
Total		Frecuencia (n)	81	15	96
		Porcentaje (%)	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 05
OPINIÓN SOBRE SÍNTOMAS URINARIOS, ANORECTALES, SEXUALES Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL DE PREFERENCIA EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, ENERO-FEBRERO 2018



Fuente: Encuesta

INTERPRETACIÓN:

En **la Tabla N°5** se observa que de los 81 médicos que prefieren la histerectomía abdominal total en mayor proporción opinan que los síntomas urinarios se mantienen iguales (74.1%) con ese procedimiento; mientras que todos los 15 médicos que prefieren la histerectomía abdominal subtotal opinan que los síntomas urinarios se mantienen iguales (100.0%) con ese procedimiento.

Los 81 médicos que prefieren la histerectomía abdominal total en mayor proporción opinan que los síntomas anorectales se mantienen iguales (85.2%) con ese procedimiento; mientras que los 15 médicos que prefieren la histerectomía abdominal subtotal en mayor proporción opinan también que los síntomas anorectales se mantienen iguales (66.7%) con ese procedimiento.

Los 81 médicos que prefieren la histerectomía abdominal total, el 86.4% opina que este procedimiento influye en las relaciones sexuales; mientras que los 15 médicos que prefieren la Histerectomía Abdominal Subtotal, el 86.7% opina que este procedimiento no influye en las relaciones sexuales.

Los 81 médicos que prefieren la histerectomía abdominal total en mayor proporción opinan que la calidad de vida mejora (63.0%) con ese procedimiento; del mismo modo los 15 médicos que prefieren la histerectomía abdominal subtotal en mayor proporción opinan también que la calidad de vida mejora (66.7%) con ese procedimiento.

4.2. DISCUSIÓN:

1. La histerotomía abdominal es el tipo de procedimiento más realizado a nivel mundial, existiendo actualmente una controversia para la elección del tipo de histerectomía abdominal, sin embargo estudios recientes atribuyen a la histerectomía abdominal subtotal como el tipo que menores complicaciones genera^{10,11,24}. Los resultados encontrados difieren a los resultados reportados en la literatura, puesto que la histerectomía abdominal total es la que mayor preferencia tiene entre los médicos ginecólogos de muestra capital^{10,11,13}.

2. En cuanto a las características de las pacientes operadas, el rango de edad de mujeres sometidas a histerectomía abdominal reportado en estudios recientes afirman que la edad promedio de una paciente sometida a histerectomía abdominal a nivel mundial es de 45 a 49 años²¹., lo cual es similar al estudio donde se encontró que el rango de edad de las pacientes oscila entre 36 a 45 años. Las principales causas de indicación de histerectomía abdominal en nuestro medio es el Leiomioma uterino seguido de la hemorragia uterina anormal y adenomiosis, resultados que se asemejan a los reportados en la literatura: Leiomioma uterino, prolapso uterino y hemorragia uterina anormal^{13,14}. Se postula que a nivel mundial los antecedentes clínicos de las pacientes que influyen en la elección del tipo de histerectomía abdominal es la obesidad y las cirugías previas^{11,13}., los resultados del estudio se asemejan a los reportes de la literatura, debido a que se encontró un promedio de 70.4% para cirugías previas y un 65% para obesidad como antecedentes de las pacientes según manifestación de los especialistas.

3. Se atribuye tradicionalmente a la histerectomía abdominal total el bajo riesgo de cáncer de muñón cervical, así como una mejor técnica operatoria,^{11,12}. Los resultados encontrados se asemeja a los reportados en la literatura, el 95.10% de los especialistas afirmaron preferir este tipo de histerectomía abdominal por falta de control citológico previo y

postoperatorio de las pacientes, así como el riesgo de provocar cáncer de muñón. En cuanto a la histerectomía abdominal subtotal, los reportes literarios refieren un menor tiempo quirúrgico, menor sangrado, menor riesgo de lesionar uréteres, vejiga y recto y la conservación de la libido sexual^{11,24}, los resultados del estudio son similares a lo reportado, el 100% de médicos que prefieren este tipo de histerectomía abdominal refirieron menor riesgo de lesionar el piso pélvico y órganos vecinos.

4. Respecto a las principales complicaciones intraoperatorias en la histerectomía abdominal, estudios realizados a nivel mundial reportan que el choque hipovolémico seguido de lesión vesical, lesión ureteral y lesión intestinal son las complicaciones más frecuente⁵, en el estudio la principal complicación encontrada fue para histerectomía lesión vesical, lesión ureteral y lesión intestinal, lo cual se asemeja a la literatura. Las principales complicaciones postoperatorias reportadas a nivel mundial son infección de herida operatoria y neumonía⁵. En el estudio la principal complicación postoperatoria fue la infección de herida operatoria se asemeja a la literatura.

5. La literatura mundial reporta que los síntomas urinarios, anorectales mejoran tras la histerectomía abdominal independientemente del tipo que está sea^{2,3,16}. Los resultados obtenidos en el estudio difieren a los reportados a nivel mundial, puesto que ambos grupos de especialista (HAT y HAST) opinaron que los síntomas urinarios y anorectales se mantienen iguales en sus pacientes tras la cirugía. Así mismo los médicos Gineco-obstetras participantes del estudio opinaron que la histerectomía abdominal total influyen en las relaciones sexuales, lo cual difiere de los estudios reportados a nivel mundial que afirman la no afectación sexual^{5,9}. En cuanto a la calidad de vida, los estudios reportados actualmente refieren que la histerectomía abdominal genera sobre la calidad de vida efectos perjudiciales, sobre todo al emplear la histerectomía abdominal total, debido

a que ésta afecta gravemente el piso pélvico posterior a la cirugía, originando síntomas disfuncionales urinarios, como urgencia u obstrucción, con afección especial en los órganos sexuales, los cuales son los más incómodos y difíciles de superar¹⁹. Los médicos participantes del estudio afirman que la calidad de vida mejor tras la histerectomía, lo cual difiere a la literatura.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.

1. Según información brindada por médicos Gineco-obstetras en este estudio, se concluye que la histerectomía abdominal total (HAT) es la más preferida en los cinco hospitales públicos de Lima Metropolitana.
2. Respecto a las características de las pacientes según el tipo de histerectomía abdominal de preferencia, se concluye que el promedio de edad de las pacientes histerectomizadas se encuentran en un rango de 36 a 45 para ambos grupos (HAT y HAST). La causa de indicación más común fue el Leiomioma uterino para la HAT y hemorragia uterina anormal y adenomiosis para la histerectomía abdominal subtotal HAST. Los antecedentes clínicos más influyentes en ambos tipos de histerectomía abdominal preferida fue cirugía previa y la obesidad.
3. El motivo de preferencia del tipo de histerectomía abdominal total fue la falta de control citológico previo y postoperatorio, mejor técnica y buena visualización de estructuras anatómicas. En cuanto a los que prefirieron la histerectomía abdominal subtotal, afirmaron optan por este tipo de procedimiento debido al menor tiempo quirúrgico que éste emplea así como menor sangrado.
4. La principal complicación intraoperatoria identificada de acuerdo al tipo de histerectomía abdominal de preferencia, fue la lesión vesical en ambos grupos. En cuanto a la complicación postoperatoria fue la infección de herida operatoria en ambos tipos de histerectomía abdominal.
5. En el estudio se identificó que los síntomas urinarios y anorectales aparecen tras la histerectomía abdominal independientemente del tipo de

preferencia. Así mismo los especialistas que prefirieron la histerectomía abdominal total opinaron que ésta influye en las relaciones sexuales de las pacientes, lo cual no sucede en la histerectomía abdominal subtotal. Afirmaron también que la calidad de vida mejora tras la histerectomía abdominal de ambos tipos.

5.2. RECOMENDACIONES.

1. Se recomienda realizar más estudios sobre los tipos histerectomía abdominal.
2. Promover una alimentación saludable en la población, puesto que la obesidad es un antecedente prevalente en nuestra sociedad, y que ocasiona complicaciones en el ámbito quirúrgico.
3. Invocar a los especialistas a elegir el tipo de histerectomía abdominal de acuerdo a las condiciones culturales que las pacientes tienen.
4. Absortar a los médicos ginecólogos de los distintos nosocomios a ampliar su curva de aprendizaje en cuanto a histerectomía abdominal se refiere, para así poder minimizar las complicaciones intraoperatorias, y emplear medidas mínimas de asepsia para evitar infecciones de herida operatoria.
5. Realizar campañas de prevención de cuello uterino, con énfasis en las pacientes que han sido sometidas a histerectomía abdominal subtotal.
6. Se recomienda investigar a profundidad la influencia de la histerectomía abdominal a nivel sexual, así como la afección a nivel urinario y anorectal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vidal J. Histerectomía abdominal y vaginal: experiencia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre enero a diciembre del 2010. Trabajo de investigación Post-Grado. Lima, Perú. Universidad Mayor de San Marcos, 2010.8 pp.
2. Laird L.; Ottesen B. ; Alling L.; Gluud Ch; Tabor A.; Zobbe V.; Hoffmann E., Margrethe H. Histerectomía abdominal subtotal versus total: ensayo clínico aleatorizado con seguimiento de 14 años del cuestionario. 2015; Vol.212, N°6, Páginas 758.e1-758.e54
3. Andersen L.; Alling L.; Gimbel H. Comparación objetiva de la histerectomía subtotal versus la histerectomía total con respecto al prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria: un ensayo controlado aleatorizado con seguimiento de 14 años. 2015
4. Stenstrom K.; Ankardal M.; Lindkvist H.; Milsom L. Factores que influyen en la incidencia y la remisión de la incontinencia urinaria después de la histerectomía. 2007 Vol.216, edición 1, pág. 53.e1-53.e9
5. Hollman-Montiel J; Rodríguez G. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. 2014. Vol. VI, N°1
6. Solomon E.; Muffy T.; Barber M. Complicaciones pulmonares postoperatorias comunes después de la histerectomía por indicación benigna. 2012
7. Hoffman B.,Schorge MD., Schaffer MD, Halvorson MD, Bradshaw MD, Cunningham MD,. Histerectomía abdominal. Dallas, Texas. Mcgraw-HILL Interamericana editores, S. A. De C. V.2012. Williams Ginecología 2a Edición – GREY. Pp 1045-1042.
8. Miranda C. Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años de edad del Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo

Febrero - Agosto 2012. 2013. Tesis, Ambato- Ecuador. Universidad técnica de Ambato. Pp. 28, 2.

9. Clarke-Paterson D.; Geller E. Complicaciones de la histerectomía.2013 Vol. 121. Pp 654–73

10. Domínguez N. Histerectomía total versus subtotal.2002. Vol.61:221-31

11. Rodríguez N. Fernández V. Comentarios y reflexiones sobre la Histerectomía abdominal simple (total vs subtotal)2009.Vol.35 n.3.Pp.5

12. Correa J.; Pandales H.; Román V.; et al. Impacto de la histerectomía abdominal total y la histerectomía vaginal sin prolapso en la calidad de vida y la satisfacción sexual. Estudio de cohortes en Medellín. 2015. Vol. 65 N. 1. Pg. 12-24

13. Hernández D; Ferreiro R.; Hidalgo N. et al. Algunos resultados de la histerectomía total abdominal & histerectomía subtotal abdominal en pacientes con diagnóstico de mioma uterino.2010. Vol. 36 n°4. Pp.200-220

14. Lethaby A.; Mukhopadhyay A.; Naik R. Histerectomía total versus subtotal para condiciones ginecológicas benignas. 2012 . Artículo Cochrane de ginecología y fertilidad.

15. Manríquez V.; Naser M.; Gómez M. Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía abdominal. 2013. Vol8(6) Pp. 432-435

16. Andersen L. Zobbe V. Ottesen B. et al. Seguimiento de un ensayo controlado aleatorio que compara el subtotal con la histerectomía abdominal total. 2015. Vol. 122. N°6 Pp851-857

17. Lermann J.; Haberle L.; Merk S. et al. Comparación de la prevalencia del trastorno de deseo sexual hipoactivo (HSDD) en mujeres después de cinco procedimientos diferentes de histerectomía.2013 Vol. 163. N°2. Pp 210-214.

18. Pouwels N.; Brito L.; Einarsson J. et al. Eliminación del cuello uterino en el momento de la histerectomía: factores que afectan la elección y el efecto de los pacientes en la función sexual posterior. 2015. Vol. 1995. Pp 67-71

19. Setcuk S. ; Cam C.; Resit M.; et al. Efecto de la histerectomía simple y radical sobre la calidad de vida: análisis de todos los aspectos de la disfunción del suelo pélvico. 2016. Vol. 198. Pp 84-88.
20. Toledo G. Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010. 2011. Vol. 11. Pp70.
21. Yi Huang W.; Huang K.; Chang W. Tendencia temporal y utilidad Nacional para histerectomías en Taiwán, 1997-2010. 2016. Vol. 55, N°5.Pp. 659-665.
22. Ayoubi JM.; Fachin. R.; Monrozies X. Consecuencias respectivas de las histerectomías abdominales, vaginales y laparoscópicas en la sexualidad. 2003. Vol.111N°2.Pp 179-182
23. Ghielmetti T.; Dreher E. ; Kuhn A. Operaciones ginecológicas: Mejoran la vida sexual? 2006. Vol.129, N°2.Pp104-110.
24. Díaz M.; Rodríguez A.; Aguilar T. Histerectomía abdominal total vs subtotal. Análisis crítico. 2012.

ANEXOS



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

“PREFERENCIAS DE TIPOS DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES PÚBLICOS DE LIMA METROPOLITANA, ENERO- FEBRERO 2018”

VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
Variable Interviniente	1.Descripción de tipos de histerectomía abdominal	Es el discurso escrito en el que se explica el tipo de histerectomía abdominal.	Ésta variable será medida a través de la opinión de los médicos sobre la histerectomía abdominal de su preferencia: total y subtotal.	Cualitativa	Nominal	1.Preferencia de histerectomía abdominal: -Total - Subtotal	Encuesta

VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
Variable Interviniente	2.Característica de pacientes operadas	Es la cualidad o circunstancia que es propia o peculiar de la paciente, por la cual se define o se distingue de otras pacientes.	La variable será medida a través del interrogatorio sobre la indicación de histerectomía, grupo etario y antecedentes que influyen en el tipo de histerectomía abdominal.	Cualitativa	Nominal	2.Indicación de histerectomía: 2.A.Hemorragia Uterina anormal 2.B.Leiomioma Uterino 2.C.Hematómetra 2.D.Adenomiosis 2.E.Endometriosis 2.F.Mola Hidatiforme 2.G.Enfermedad pélvica inflamatoria 2.H.Patología anexial 2.I.Prolapso uterino 2.J.Cáncer	Encuesta
				Cuantitativa	Nominal	3.Grupo Etario: -De 26 a 35 -De 36 a 45 -De 46 a 55	
				Cualitativa	Nominal	4.Antecedentes que influyen en el tipo de histerectomía abdominal: 4.A.Obesidad 4.B.Diabetes 4.C.Hipertensión 4.D.Enf. Renal 4.E.Anemia 4.F.Insuficiencia venosa 4.G.Cirugías Previas 4.H. Antecedentes de depresión 4.I.Otras	

VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
Variable Interviniente	3. Motivo de preferencia	Es la causa que determina la existencia de circunstancias de preferir un determinado tipo de histerectomía.	Se solicitara a los médicos precisar por que prefieren determinado tipo de histerectomía abdominal.	Cualitativa	Nominal	-Histerectomía Abdominal Total: 5t.A.Por falta de control citológico previo y postoperatorio 5t.B.Por riesgo a provocar cáncer de muñón 5t.C.Por antecedentes clínicos previos de la paciente 5t.D.Mejor técnica quirúrgica 5t.E.Buena visualización de estructuras anatómicas 5t.F.Por mayor tamaño del útero 5t.G.Por seguridad personal 5t.H.Otras razones	Encuesta
				Cualitativa	Nominal	-Histerectomía abdominal subtotal: 5s.A Menor riesgo de lesionar el piso pélvico y órganos vecinos 5s.B Tiempo quirúrgico menor 5s.C Menor pérdida de sangre 5s.D Menor riesgo de infección 5s.E Hospitalización más corta 5s.F Por seguridad personal 5s.G Otras razones	

	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
Variable Interviniente	4.Principales complicaciones intraoperatorias y postoperatorias	Problema que complica el estado físico de una persona que ha sido sometida a una intervención quirúrgica.	Se solicitará a los médicos precisar cuales han sido las complicaciones intraoperatorias, como postoperatorias que han presentado de acuerdo al tipo de histerectomía que cada uno prefiere.	Cualitativa	Nominal	<p>*COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS: HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL Y SUBTOTAL:</p> <p>6.A.Choque hipovolémico 6.B.Lesión intestinal 6.C.Lesión vesical 6.D.Lesión ureteral 6.E.TEP 6.F.IMA 6.G.Reacción anafiláctica 6.H.CID 6.I.OTRAS</p> <p>*COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL Y SUBTOTAL:</p> <p>7.A.Inf. Herida Operatoria 7.B.Inf. de vías urinarias 7.C .Absceso pélvico 7.D.Neumonía 7.E.Sepsis 7.F.Dehiscencia de herida 7.G .Edema pulmonar 7.H .Isquemia miocárdica 7.I íleo-metabólico 7.J.Tromboembolia pulmonar 7.K.Hematoma de pared 7.L.Absceso y/o Hematoma de muñón 7.M.Prolapso de muñón 7.N.Fistulas 7.O.Eventraciones 7.P.Reingreso 7.Q.Reintervención 7.R.Mortalidad</p>	Encuesta
				Cualitativa	Nominal		

VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
Variable Interviniente	5.Opinión sobre síntomas urinarios, anorectales, sexuales y calidad de vida	Idea, juicio o concepto que los médicos Gineco-obstetras tienen o se forman acerca de los síntomas y calidad de vida de las pacientes operadas.	Se solicitará a los especialistas emitir su opinión sobre la mejoría, o aparición de los síntomas urinarios, anorectales así como del impacto en la calidad de vida que genera la histerectomía en las pacientes.	Cualitativa	Nominal	8.OPINIÓN DE SÍNTOMAS URINARIOS: HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL Y SUBTOTAL: 1.Mejora 2.Igual 3.Aparición de síntomas 9.OPINIÓN DE SÍNTOMAS ANORECTALES: HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL Y SUBTOTAL: 1.Mejora 2.Igual 3.Aparición de síntomas 10.OPINIÓN SOBRE LA INFLUENCIA A NIVEL SEXUAL: HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL Y SUBTOTAL 1. Si influye 2. No influye 11.OPINIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA: 1.Mejora 2.Igual 3.Empeora	Encuesta
				Cualitativa	Nominal		
				Cualitativa	Nominal		
				Cualitativa	Nominal		



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

ANEXO N° 2: INSTRUMENTO

ENCUESTA

“Preferencias de tipos de histerectomía abdominal en médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018”

NOMBRE: _____

HOSPITAL:

Nombre del hospital	Marcar (X)	Código
HNAL		1
HNDM		2
HNHU		3
HNMA		4
HSJC		5

1. PREFERENCIA DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

¿Qué tipo de histerectomía abdominal prefiere usted?

Tipo	Marcar (X)	Código
Histerectomía abdominal total (HAT)		1
Histerectomía abdominal subtotal (HAST)		2

2. INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

Según el tipo de histerectomía abdominal que usted prefiere, ¿cuál fue su indicación? (Maque sólo el cuadro donde se encuentra el tipo de histerectomía que usted prefiere)

		HAT		HAST	
		SI	NO	SI	NO
	Código	(1)	(2)	(1)	(2)
2.A	Hemorragia Uterina anormal				
2.B	Leiomioma Uterino				
2.C	Hematómetra				
2.D	Adenomiosis				
2.E	Endometriosis				
2.F	Mola Hidatiforme				
2.G	Enfermedad pélvica inflamatoria				
2.H	Patología anexial				
2.I	Prolapso uterino				
2.J	Cáncer ginecológico				

3. GRUPO ETARIO DE PACIENTES

Según el tipo de histerectomía abdominal que usted prefiere, cual es el grupo etario en que se encuentran las pacientes operadas? (Maque sólo el cuadro donde se encuentra el tipo de histerectomía que usted prefiere)

	HAT Marcar (X)	HAST Marcar (X)	Código
De 26 a 35			1
De 36 a 45			2
De 46 a 55			3

4. ANTECEDENTES

Según el tipo de histerectomía abdominal que usted prefiere, cuales son los antecedentes que influyen? (Maque sólo el cuadro donde se encuentra el tipo de histerectomía que usted prefiere)

		HAT		HAST	
		SI	NO	SI	NO
	Código	(1)	(2)	(1)	(2)
4.A	Obesidad				
4.B	Diabetes				
4.C	Hipertensión				
4.D	Enf. Renal				
4.E	Anemia				
4.F	Insuficiencia venosa				
4.G	Cirugías Previas				
5.H	Antecedentes de depresión				
4.I	Otras				

5. MOTIVO DE PREFERENCIA

¿Cuáles son los motivos que usted tiene para preferir el tipo de histerectomía que realiza? (Maque sólo el cuadro donde se encuentra el tipo de histerectomía que usted prefiere)

En caso prefiera Histerectomía Abdominal Total, el motivo de preferencia fue:

		HAT	
		SI	NO
	Código	(1)	(2)
5t.A	Por falta de control citológico previo y postoperatorio		
5t.B	Por riesgo a provocar cáncer de muñón		
5t.C	Por antecedentes clínicos previos de la paciente		
5t.D	Mejor técnica quirúrgica		
5t.E	Buena visualización de estructuras anatómicas		
5t.F	Por mayor tamaño del útero		
5t.G	Por seguridad personal		
5t.H	Otras razones		

En caso prefiera Histerectomía Abdominal Subtotal, el motivo de preferencia fue:

		HAST	
		SI	NO
	Código	(1)	(2)
5s.A	Menor riesgo de lesionar el piso pélvico y órganos vecinos		
5s.B	Tiempo quirúrgico menor		
5s.C	Menor pérdida de sangre		
5s.D	Menor riesgo de infección		
5s.E	Hospitalización más corta		
5s.F	Por seguridad personal		
5s.G	Otras razones		

6. PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

Según el tipo de histerectomía abdominal que usted prefiere ¿Cuáles son las principales complicaciones intraoperatorias que ha presentado? (Maque sólo el cuadro donde se encuentra el tipo de histerectomía que usted prefiere)

		HAT		HAST	
		SI	NO	SI	NO
	Código	(1)	(2)	(1)	(2)
6.A	Choque hipovolémico				
6.B	Lesión intestinal				
6.C	Lesión vesical				
6.D	Lesión ureteral				
6.E	TEP				
6.F	IMA				
6.G	Reacción anafiláctica				
6.H	CID				
6.I	OTRAS				

7. PRINCIPALES COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Según el tipo de histerectomía abdominal que usted prefiere ¿Cuáles son las principales complicaciones postoperatorias que ha presentado? (Maque sólo el cuadro donde se encuentra el tipo de histerectomía que usted prefiere)

		HAT		HAST	
		SI	NO	SI	NO
	Código	(1)	(2)	(1)	(2)
7.A	Inf. Herida Operatoria				
7.B	Inf. de vías urinarias				
7.C	Absceso pélvico				
7.D	Neumonía				
7.E	Sepsis				
7.F	Dehiscencia de herida				
7.G	Edema pulmonar				
7.H	Isquemia miocárdica				
7.I	Íleo-metabólico				
7.J	Tromboembolia pulmonar				
7.K	Hematoma de pared				
7.L	Absceso y/o Hematoma de muñón				
7.M	Prolapso de muñón				
7.N	Fístulas				
7.O	Eventraciones				
7.P	Reingreso				
7.Q	Reintervención				
7.R	Mortalidad				

8. OPINION SOBRE SINTOMAS URINARIOS

Según el tipo de histerectomía abdominal de su preferencia ¿Qué opinión tiene acerca de los síntomas urinarios? Marque sólo el cuadro donde se encuentra el tipo de histerectomía que usted prefiere)

	HAT Marcar (X)
Mejora	
Igual	
Aparición de síntomas	

HAST Marcar (X)	Código
	1
	2
	3

9. OPINIÓN SOBRE SINTOMAS ANORECTALES

Según el tipo de histerectomía abdominal de su preferencia ¿Qué opinión tiene acerca de los síntomas anorectales? Marque sólo el cuadro donde se encuentra el tipo de histerectomía que usted prefiere)

	HAT Marcar (X)
Mejora	
Igual	
Aparición de síntomas	

HAST Marcar (X)	Código
	1
	2
	3

10. OPINIÓN SOBRE INFLUENCIA EN RELACIONES SEXUALES

Según el tipo de histerectomía abdominal su preferencia ¿Cree usted que la histerectomía abdominal influye en las relaciones sexuales? Marque sólo el cuadro donde se encuentra el tipo de histerectomía que usted prefiere)

	HAT Marcar (X)
SI INFLUYE	
NO INFLUYE	

HAST Marcar (X)	Código
	1
	2

11. OPINIÓN SOBRE MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Según el tipo de histerectomía abdominal ¿Qué opinión tiene usted sobre la mejora de la calidad de vida en las pacientes sometidas a histerectomía abdominal?

	HAT Marcar (X)
Mejora	
Igual	
Empeora	

HAST Marcar (X)	Código
	1
	2
	3

ANEXO N° 3

VALIDEZ DE INSTRUMENTO

OPINIÓN DE APLICABILIDAD ANEXO 3

“Preferencias de tipos de histerectomía abdominal en médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018”

I.- DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y Nombres del Informante: *Richard Florian Cestillo*

1.2. Cargo e institución donde labora:

1.3. Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4. Nombre del instrumento: Encuesta

1.5. Autor (a) del instrumento: Karen Esteffany Bazan Jara.

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.					100%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					99%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Histerectomía abdominal					100%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					99%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					99%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las preferencias de tipos de histerectomía abdominal					99%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					99%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					100%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación, cuantitativo, descriptivo, transversal, observacional.					99%

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

99.33%

Lugar y Fecha: Lima, 22 de Enero de 2018

Dr. RICHARD LORIAN CASTILLO
Médico Gineco - Obstetra
C.M.P. 0331 R.N.E. 14820
MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Arzobispo Loayza"

Firma del Experto Informante

D.N.I. Nº 15615564

Teléfono 998557009

OPINIÓN DE APLICABILIDAD ANEXO 3

“Preferencias de tipos de histerectomía abdominal en médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018”

I.- DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y Nombres del Informante:

Jorge Grimaldi Petrodre

1.2. Cargo e institución donde labora:

Hospital Loayza

1.3. Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4. Nombre del instrumento: Encuesta

1.5. Autor (a) del instrumento: Karen Esteffany Bazan Jara.

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.					100%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					99%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Histerectomía abdominal					99%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					99%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					99%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las preferencias de tipos de histerectomía abdominal					99%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					99%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					99%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación, cuantitativo, descriptivo, transversal, observacional.					99%

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

99.11%

Lugar y Fecha: Lima, 22 de Enero de 2018

DR. JORGE L. G. MALDONADO PELTRUCHE
GINECOLOGO - OBSTETRA
M.B. 22595 R.N.E. 20582
CEL. 989 411 110

Firma del Experto Informante

D.N.I. N° 08578484

Teléfono 999754446

ANEXO 3

“Preferencias de tipos de histerectomía abdominal en médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018”

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante: *Manuel Vásquez Sánchez*
- 1.2. Cargo e institución donde labora: *H.N.A.L*
- 1.3. Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4. Nombre del instrumento: Encuesta
- 1.5. Autor (a) del instrumento: Karen Esteffany Bazan Jara.

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.					100%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Histerectomía abdominal					99%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					100%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					99%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las preferencias de tipos de histerectomía abdominal					100%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					99%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					99%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación, cuantitativo, descriptivo, transversal, observacional.					100%

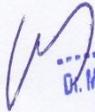
III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Instrumento aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

99.33%

Lugar y Fecha: Lima, 22 de Enero de 2018


Dr. MANUEL VASQUEZ SANCHEZ
Ginecologo - Obstetra
CMP 25006 - RNE 12787

Firma del Experto Informante

D.N.I. N° 17809922

Teléfono 998444480

ANEXO 3

“Preferencias de tipos de histerectomía abdominal en médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018”

95.53

I.- DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y Nombres del Informante: CLARA VIDAL CASTILLO

1.2. Cargo e institución donde labora: DOCENTE

1.3. Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4. Nombre del instrumento: Encuesta

1.5. Autor (a) del instrumento: Karen Esteffany Bazan Jara.

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				65%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Histerectomía abdominal					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las preferencias de tipos de histerectomía abdominal					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación, cuantitativo, descriptivo, transversal, observacional.					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85.55

Lugar y Fecha: Lima, 23 de Enero de 2018



Firma del Experto Informante

Teléfono...982037119

INDICADORES	DEFINICIÓN	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
VALIDEZ	Medida de la capacidad de los instrumentos para medir lo que se pretende medir.				
FIABILIDAD	Medida de la consistencia de los resultados de los instrumentos.				
ACTUALIDAD	Medida de la vigencia de los instrumentos de acuerdo a las necesidades de la institución.				
ORGANIZACIÓN	Medida de la organización de los instrumentos de acuerdo a las necesidades de la institución.				
SUPERVISIÓN	Medida de la supervisión de los instrumentos de acuerdo a las necesidades de la institución.				
REGISTRACIÓN	Medida de la registración de los instrumentos de acuerdo a las necesidades de la institución.				
ENTREGA	Medida de la entrega de los instrumentos de acuerdo a las necesidades de la institución.				

OPINIÓN DE APLICABILIDAD ANEXO 3

“Preferencias de tipos de histerectomía abdominal en médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018”

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante: *Elsi N. Bazan R.*
- 1.2. Cargo e institución donde labora: *Docente*
- 1.3. Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4. Nombre del instrumento: Encuesta
- 1.5. Autor (a) del instrumento: Karen Esteffany Bazan Jara.

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.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					99%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Histerectomía abdominal					100%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					99%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					89%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las preferencias de tipos de histerectomía abdominal					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					99%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación, cuantitativo, descriptivo, transversal, observacional.					100%

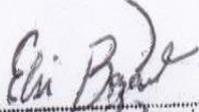
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

94%

Lugar y Fecha: Lima, 23 de Enero de 2018


Lic. ELI NOEMIL BAZAÁN RODRÍGUEZ
COESPE 444
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto Informante

Teléfono.....977414879

ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“PREFERENCIAS DE TIPOS DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE CINCO HOSPITALES PÚBLICOS DE LIMA METROPOLITANA, ENERO- FEBRERO 2018”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>Planteamiento del problema Se atribuye a nivel mundial a la histerectomía abdominal como el procedimiento ginecológico más realizado, en nuestro país también es la cirugía ginecológica más empleada en los diversos nosocomios.</p> <p>Formulación de problema ¿Cuáles serán las preferencias del tipo de histerectomía abdominal en los médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018?</p>	<p>Objetivo general Describir las preferencias de tipos de histerectomía abdominal en médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero- Febrero 2018.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO: 1. Explicar las características de las pacientes operadas según el tipo de histerectomía abdominal que prefieren los médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018. 2. Especificar el motivo de la preferencia según el tipo de histerectomía abdominal utilizado por los médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018. 3. Registrar preferencias de tipos de histerectomía abdominal según las complicaciones</p>	<p>Por ser un estudio descriptivo no cuenta con hipótesis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de histerectomía abdominal. • Característica de pacientes operadas. • Motivo de preferencia. • Complicaciones intraoperatorias y postoperatorias • Opinión sobre síntomas urinarios, anorectales, sexuales y calidad de vida en las pacientes 	<p>1. Preferencia de histerectomía abdominal: -Total -Subtotal</p> <p>2. Indicación de histerectomía:</p> <p>2.A.Hemorragia Uterina anormal 2.B.Leiomioma Uterino 2.C.Hematómetra 2.D.Adenomiosis 2.E.Endometriosis 2.F.Mola Hidatiforme 2.G.Enfermedad pélvica inflamatoria 2.H.Patología anexial 2.I.Prolapso uterino 2.J.Cáncer</p> <p>3. Grupo Etario: -De 26 a 35 -De 36 a 45 -De 46 a 55</p> <p>4. Antecedentes que influyen en el tipo de histerectomía abdominal:</p> <p>4.A.Obesidad 4.B.Diabete 4.C.Hipertensión 4.D Enf. Renal 4.E Anemia 4.F Insuficiencia venosa 4.GCirugías Previas</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por su carácter: El tipo de investigación según su carácter es cuantitativo porque se recopilarán datos a través de preguntas cerradas empleadas en el instrumento. • Por su finalidad: Según su finalidad es descriptivo, porque nos va a permitir describir las preferencias de tipos de histerectomía abdominal en médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero- Febrero 2018. • Según el número de mediciones realizadas: El tipo de investigación según su temporalidad es transversal, porque se realizó en el presente, durante el período Enero-Febrero 2018. • Según el control de la asignación de sujetos: El tipo de investigación según el control de la asignación del sujeto es observacional, porque el investigador solo va a observar los hechos como ocurren espontáneamente, solo va a medir el fenómeno, por lo que no se puede modificar a voluntad ninguno de los factores que interviene en el proceso. <p>DISEÑO METODOLÓGICO: Es un estudio con diseño observacional, descriptivo, transversal.</p>

	<p>intraoperatorias y postoperatorias de los médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018.</p> <p>4. Describir la opinión sobre síntomas urinarios, anorectales, sexuales y calidad de las pacientes operadas según el tipo de histerectomía abdominal que prefieren los médicos Gineco-obstetras de cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana, Enero-Febrero 2018.</p>			<p>4.H Antecedentes de depresión 4.I Otras</p> <p>5.Motivo de preferencia:</p> <p>-Histerectomía Abdominal Total:</p> <p>5t.A.Por falta de control citológico previo y postoperatorio 5t.B.Por riesgo a provocar cáncer de muñón 5t.C.Por antecedentes clínicos previos de la paciente 5t.D.Mejor técnica quirúrgica 5t.E.Buena visualización de estructuras anatómicas 5t.F.Por mayor tamaño del útero 5t.G.Por seguridad personal 5t.H.Otras razones</p> <p>-Histerectomía abdominal subtotal:</p> <p>5s.A Menor riesgo de lesionar el piso pélvico y órganos vecinos 5s.B Tiempo quirúrgico menor 5s.C Menor pérdida de sangre 5s.D Menor riesgo de infección 5s.E Hospitalización más corta 5s.F Por seguridad personal 5s.G Otras razones</p> <p>5. Complicaciones intraoperatorias:</p> <p>*COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS: HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL Y SUBTOTAL:</p> <p>6.AChoque hipovolémico 6.BLesión intestinal 6.CLesión vesical 6.DLesión ureteral 6.EEPE 6.FIMA 6.GReacción anafiláctica 6.HCID 6.IOTRAS</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>6. Complicaciones postoperatorias:</p> <p>*COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL Y SUBTOTAL:</p> <p>7.A Inf. Herida Operatoria 7.B Inf. de vías urinarias 7.C Absceso pélvico 7.D Neumonía 7.E Sepsis 7.F Dehiscencia de herida 7.G Edema pulmonar 7.H Isquemia miocárdica 7.I Íleo-metabólico 7.J Tromboembolia pulmonar 7.K Hematoma de pared 7.L Absceso y/o Hematoma de muñón 7.M Prolapso de muñón 7.N Fístulas 7.O Eventraciones 7.P Reingreso 7.Q Reintervención 7.R Mortalidad</p> <p>7. Opinión sobre síntomas urinarios:</p> <p>•OPINIÓN SOBRE SINTOMAS URINARIOS: HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL Y SUBTOTAL:</p> <p>1.Mejora 2.Igual 3.Aparición de síntomas</p> <p>8. Opinión sobre síntomas anorectales:</p> <p>•OPINIÓN SOBRE SINTOMAS ANORECTALES: HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL Y SUBTOTAL:</p> <p>1.Mejora 2.Igual 3.Aparición de síntomas</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>9. Opinión sobre las relaciones sexuales:</p> <p>•OPINION SOBRE LA INFLUENCIA A NIVEL SEXUAL: HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL Y SUBTOTAL</p> <p>1. Si influye 2. No influye</p> <p>10. Opinión sobre la calidad de vida tras las histerectomía abdominal:</p> <p>•OPINION SOBRE LA CALIDAD DE VIDA:</p> <p>1.Mejora 2.Igual 3.Empeora</p>	
--	--	--	--	--	--