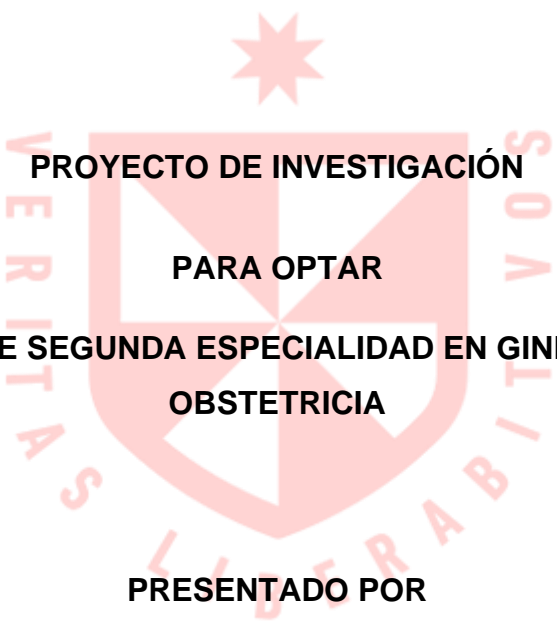


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**COMPLICACIONES EN HISTERECTOMIA
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN
2016 - 2021**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA
PRESENTADO POR
MENDOZA MORENO VIOLETA CAROLINA**

**ASESORA
MARIA ELIZABETH JACQUELINE HINOSTROZA PEREYRA**

**LIMA - PERÚ
2024**



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**COMPLICACIONES EN HISTERECTOMIA
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN
2016 - 2021**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
MENDOZA MORENO VIOLETA CAROLINA**

**ASESORA
DRA. MARIA ELIZABETH JACQUELINE HINOSTROZA PEREYRA**

LIMA, PERÚ

2024

ÍNDICE

| | Págs. |
|---|--------|
| Portada | I |
| Índice | II |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1 Descripción de la situación problemática----- | pág 3 |
| 1.2 Formulación del problema ----- | pág 4 |
| 1.3 Objetivos ----- | pág 5 |
| 1.3.1 Objetivo general----- | pág 5 |
| 1.3.2 Objetivos específicos----- | pág 5 |
| 1.4 Justificación ----- | pág 5 |
| 1.4.1. Importancia ----- | pág 6 |
| 1.4.2. Viabilidad y factibilidad----- | pág 7 |
| 1.5. Limitaciones ----- | pág 7 |
| CAPITULO II: MARCO TEORICO | |
| 2.1 Antecedentes----- | pág 8 |
| 2.2 Bases teóricas ----- | pág 12 |
| 2.3 Definición de términos básicos ----- | pág 16 |
| CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES | |
| 3.1 Formulación de hipótesis ----- | pág 19 |
| 3.2 Operacionalización de variables ----- | pág 19 |
| CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA | |
| 4.1 Diseño metodológico | |
| 4.2 Diseño muestral ----- | pág 23 |
| 4.3 Técnicas de recolección de datos ----- | pág 24 |
| 4.4 Procesamiento y análisis de datos ----- | pág 24 |
| 4.5 Aspectos éticos ----- | pág 24 |
| CRONOGRAMA ----- | pág 25 |
| PRESUPUESTO ----- | pág 26 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN ANEXOS ----- | pág 27 |
| 1. Matriz de consistencia ----- | pág 27 |
| 2. Instrumentos de recolección de datos ----- | pág 29 |
| BIBLIOGRAFIA ----- | pág 30 |

CAPÍTULO: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

De todas las cirugías ginecológicas en mujeres en edad fértil, la histerectomía, dentro de las causas más frecuentes, se ubica en el segundo lugar, después de la cesárea, y en primer lugar en las mujeres que atraviesan la etapa de la post menopausia.

Existen numerosas ventajas sobre la histerectomía abdominal, siendo la más representativa, la que nos da mejor visión y campo operatorio para poder desarrollarnos en el acto intraoperatorio, sin embargo, presenta una gran desventaja, puesto que la histerectomía abdominal puede causar daño en las estructuras de soporte y repercutir en patologías del piso pélvico, asimismo puede provocar daños en los nervios pélvicos y originar un dolor pélvico que muchas veces puede ser crónico. Es importante precisar que la histerectomía laparoscópica evitaría todas estas desventajas por tratarse de una técnica mínimamente invasiva.

En la actualidad, en toda América del Norte y Europa ante cualquier patología ginecológica que sea quirúrgica se están llevando a cabo cirugías mínimamente invasivas pues se desea disminuir notablemente la morbilidad en dichas mujeres, esperado que el profesional médico debe estar a la vanguardia con la nueva alternativa tecnológica como es en este caso la laparoscopia.

Por tal motivo, en el ámbito ginecológico, no se es ajeno a dichas intervenciones quirúrgicas mínimamente invasivas, por lo que la histerectomía laparoscópica se ha convertido en una de las cirugías más frecuentes en esta área.

En el Perú, se ha investigado que hasta el año 2021, no existen trabajos de investigación de gran impacto que consideren las múltiples dificultades de la histerectomía laparoscópica, lo que evidencia el poco conocimiento de esta técnica en el sistema de salud peruano, puesto que, si no se conoce de dichas complicaciones, resultaría nula las alternativas de solución a dichas dificultades.

La actualidad del hospital Alberto Sabogal Sologüren no se encuentra ajena a esta situación del sistema de salud peruana, pues existen mujeres con complicaciones en histerectomía laparoscópica, resultando las complicaciones más frecuentes en el intra operatorio; la insuflación extraperitoneal de CO2 y en el post operatorio; las fistulas, por tanto, es necesario identificar dichos problemas para poder actuar de la mejor manera y dar solución a dichas complicaciones en beneficio de las pacientes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones de histerectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Alberto sabogal Sologüren entre el 2016 y 2021?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Describir las complicaciones histerectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Alberto sabogal Sologüren el año 2016 – 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir las características epidemiológicas de las pacientes que se les realizará la histerectomía laparoscópica.
- Describir los antecedentes quirúrgicos de las pacientes que se les realizará la histerectomía laparoscópica.
- Determinar la técnica quirúrgica de las pacientes que se les realizará la histerectomía laparoscópica.
- Determinar el tamaño del útero de las pacientes que se les realizará la histerectomía laparoscópica.
- Describir las complicaciones intra operatorias de las histerectomías laparoscópicas.
- Describir las complicaciones post operatorias de las histerectomías laparoscópicas.

1.4 JUSTIFICACIÓN

1.4.1 Importancia

El presente trabajo se justifica porque nos permite identificar las diferentes complicaciones tanto intra operatorias como post operatorias que pueden ocurrir tras la realización de la histerectomía laparoscópica.

La histerectomía laparoscópica tiene diversas ventajas, tales como; disminución de la morbilidad, menos tiempo de permanencia hospitalaria y un retorno más rápido a las actividades cotidianas en comparación con una histerectomía abdominal, por lo cual es necesario conocer las dificultades que desafiamos diariamente, para que a partir de este conocimiento, se pueda identificar y evitar mínimas complicaciones de la histerectomía laparoscópica, logrando incrementar la calidad de vida del paciente en el hospital Alberto Sabogal Sologuren.

No existen investigaciones recientes acerca de las complicaciones de las histerectomías laparoscópicas por lo que sería muy provechoso que los médicos adquieran conocimiento sobre esta técnica, a fin de mejorar su habilidad operatoria y de esta manera reducir dichas dificultades; disminuir la morbilidad de las pacientes, y servir como base para investigaciones futuras.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

El estudio es viable, porque cuenta con la autorización de la dirección Hospital Alberto Sabogal Sologuren, y con un alto índice de pacientes post operados de histerectomía laparoscópica por ser un hospital nivel IV.

Asimismo, este trabajo es factible, ya que se cuenta con los recursos y la logística necesaria para la recolección de la información

1.5. LIMITACIONES

Dado que el estudio será a través del método observacional y se llevará a cabo una búsqueda de historias clínicas existe riesgo de sesgo durante la selección de las historias clínicas del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

A nivel internacional podemos mencionar diversas investigaciones como la de Zarela L. et al. quienes en el año 2020, llevaron a cabo un estudio en México sobre las complicaciones de la histerectomía total laparoscópica en pacientes de un hospital de alta especialidad, dicho estudio tuvo como propósito describir las complicaciones transoperatorias y posoperatorias en mujeres operadas de histerectomía total laparoscópica; el estudio contó con una muestra de 79 pacientes, obteniendo un 7.6% de complicaciones transoperatorias; de las cuales el 2.5% fue por lesión vesicular, el 1.3% fue por lesión en los intestinos, el 1.3% fue por hemorragia de muñón y el 1.3% se convirtió a laparotomía exploratoria por tener un tamaño de útero mayor a 14 cm. Posteriormente, se obtuvo un 8.8% de complicaciones posoperatorias; de las cuales el 5.1% fueron reintervenidas por abertura de cúpula vaginal y el 3.7% tuvieron colección vaginal. Llegando a la conclusión que la tasa de complicaciones intraoperatoria más frecuente era la lesión vesicular y la complicación post operatoria más frecuente es la abertura de cúpula vaginal (1).

Herraiz J et al., en el año 2015, llevaron a cabo un estudio descriptivo de histerectomía total laparoscópica, en el Hospital Universitario General de Castellón de España; en dicho estudio se consideró una muestra 120 pacientes, a quienes se les aplicó una histerectomía total laparoscópica, resultando que las dificultades intraoperatorias más frecuentes fueron: lesiones en la vejiga y lesión en la uretra y otras complicaciones posoperatorias tales como: síndrome febril, fístula ureterovaginal, abertura de cúpula vaginal, sangrado vaginal y hemoperitoneo (2).

Sardiñas R, en Cuba en el año 2015, realizó una investigación en el Hospital Clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", respecto a la histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales, el cual consistió en demostrar que las técnicas quirúrgicas en histerectomía abdominal se utilizan con mayor frecuencia para tratar las enfermedades de útero no malignas y que en dicho país dicho tratamiento quirúrgico se posiciona en el campo de la cirugía

ginecológica, llegando a la conclusión que la técnica de histerectomía laparoscópica es una alternativa con un gran nivel de eficacia y representa una manera segura para los pacientes que presentan enfermedades de útero benignas y cumplen los criterios de inclusión (3).

Sardiñas R et al., en Cuba en el año 2014 también realizaron una investigación sobre histerectomía laparoscópica, cuyo objetivo fue describir los resultados de la histerectomía laparoscópica en el Hospital Clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" considerando información desde enero de 2001 hasta diciembre de 2012; dicho estudio descriptivo se basó en dos momentos de observación: retrospectivo y prospectivo, de pacientes que presentaban enfermedades ginecológicas con características para histerectomía laparoscópica. Dentro de los resultados obtenidos se observó menor tiempo quirúrgico, menor sangrado intraoperatorio y reducción en el número de complicaciones intraoperatorias, como es la conversión a cirugía abierta; llegando a la conclusión que la histerectomía laparoscópica es una opción muy eficaz para los tipos de pacientes objeto de estudio (4).

Argüello R, en Colombia en el año 2012, publicó un estudio sobre las dificultades de las histerectomías laparoscópica donde aplicó un manipulador de útero con resaltador vaginal, para dicho estudio consideró una población de 748 pacientes, encontrándose complicaciones en 51 de ellos, que representó el 5,6%, de las cuales el 0,8% correspondió a complicaciones mayores; el 0,4% lesiones vesicales, 0,13% lesión uretral, 0,13% laparoscopia operatoria por sangrado posquirúrgico y 0,13% laparotomía exploratoria por dolor abdominal; concluyéndose que con el uso del resaltador vaginal, el mayor porcentaje de complicaciones fue la lesión de vesícula (5).

Clarke D y Geller E, en Estados Unidos en el año 2013, realizaron una investigación sobre las complicaciones de la histerectomía laparoscópica, resultando que el mayor porcentaje de complicaciones que se presentan posteriores a una histerectomía laparoscópica son la dehiscencia de cúpula e infecciones vaginales y en menor porcentaje son las tromboembolias (6).

Parra P et al., en Chile en el año 2012, realizaron un estudio respecto a la histerectomía laparoscópica, en el cual se describían las ventajas y desventajas de la histerectomía laparoscópica, concluyendo que lo favorable de esta técnica es la disminución de dolor posoperatorio, menor pérdida de sangre y menor número de incidencia de infecciones en la pared abdominal lo que provoca una evolución favorable en las pacientes, mientras que, una de las desventajas fue que el mayor porcentaje de las dificultades estaba asociado al incremento en el tiempo de operación y a lesiones de las vías urinarias, en comparación al grupo de histerectomías de abdomen y vaginales. (7).

Gilabert J et al., en España en el año 2011, realizaron un estudio sobre la histerectomía total laparoscópica y la evolución del abordaje laparoscópico. Dicho estudio consideró una muestra de 500 pacientes a quienes se le realizó la histerectomía laparoscópica, resultando una disminución de la tasa global de complicaciones, una reducción significativa de los días de estadía en el hospital y una disminución en los valores de la hemoglobina pre intervención; por lo que se llegó a la conclusión que la tasa global de complicaciones decrece al utilizar la histerectomía laparoscópica (8).

Gendy y Wais, en el año 2011, realizaron un estudio sobre las complicaciones de histerectomía vaginal versus la histerectomía laparoscópica, cuyos resultados arrojaron que las dificultades son mínimas con respecto a la histerectomía laparoscópica y dentro de ellas, la complicación más frecuente fue la lesión de vías urinarias específicamente la lesión de uretra y fistula de los órganos pélvicos; sin embargo, la ocurrencia de complicaciones entre la histerectomía vaginal y laparoscópica no se altera, por lo tanto, se concluyó que las complicaciones más frecuentes en la histerectomía laparoscópica son la lesión de uretra y fistula de los órganos pélvicos (9).

Granados V et al. en España en el año 2011, realizaron un estudio referente a los factores y la frecuencia de peligro asociados con las lesiones de tracto urinario en histerectomías vaginales, abdominales y laparoscópicas, resultando que las lesiones en el tracto urinario de las pacientes con histerectomías son las más frecuentes, alcanzando el 5.7%, mientras que la lesión vesical un 4.17%. Se observó que el conjunto de pacientes con lesión vesical, presentaba mayor sangrado intraoperatorio y mayor tiempo quirúrgico en comparación con el grupo

donde no hubo lesión vesical; por lo que dicho estudio concluyó que las lesiones de tracto urinario que se presentan en la mayoría de los casos de hysterectomías vaginales, abdominales y laparoscópicas son las lesiones vesicales (10).

Ayala R et al. en el año 2011 en México, elaboraron un estudio sobre el seguimiento de casos de hysterectomía total laparoscópica. En dicha investigación se observaron las características y variables clínico quirúrgicas de las pacientes sometidas a esta técnica en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Los resultados del estudio indicaron que los antecedentes quirúrgicos son un factor de riesgo para complicaciones de la hysterectomía total laparoscópica; encontrándose el 81% pacientes con cirugías previas, distribuidas de la manera siguiente; el 29% tuvo dos cesáreas anteriores, el 20% tres cesáreas anteriores y el 27% alguna cirugía previa no obstétrica. Por tanto, se concluyó que con un equipo idóneo e instrucción profesional adecuado, se puede realizar de manera eficiente y eficaz dichas cirugías, y que hysterectomía total laparoscópica es una técnica segura, confiable y no reemplaza a la vía vaginal (11).

De acuerdo al metanálisis publicado en el año 2011, por Aarts J et al., en la Librería Cochrane acerca del abordaje quirúrgico de la hysterectomía para las enfermedades ginecológicas no malignas demostraron que la hysterectomía vaginal es mejor a la hysterectomía laparoscópica y la hysterectomía abdominal, ya que se relaciona a un regreso más rápido a las actividades cotidianas. Pero cuando no es posible llevar a cabo la hysterectomía vaginal, la hysterectomía laparoscópica es mucho mejor que la hysterectomía abdominal, debido al menor número de episodios febriles, recuperación más rápida e infecciones de la herida o de la pared abdominal, lo cual se compensa con un mayor tiempo quirúrgico. Dicho metanálisis concluyó que para realizar la hysterectomía se debe evaluar y tomar una decisión en función a las ventajas y desventajas de cada paciente (12).

2.2. BASES TEORICAS

HISTERECTOMÍA:

La histerectomía laparoscópica total, es la técnica en la que todo el procedimiento, incluyendo el cierre de la cúpula vaginal, se hace por vía laparoscópica (13).

La histerectomía se considera la segunda causa más frecuente de las cirugías mayores que se realizan en la mujer y la tercera entre todos los procedimientos quirúrgicos (14).

De todas las histerectomías; la gran mayoría (90%) se realiza por patologías benignas, cuyas indicaciones más frecuentes son la miomatosis uterina, la hemorragia uterina anormal, el dolor pélvico crónico, el prolapso genital y la endometriosis. Generalmente, la histerectomía se lleva a cabo por un abordaje abdominal o vaginal, aunque la vía abdominal se realiza en alrededor del 75% de los casos (15).

La histerectomía laparoscópica constituye un acceso quirúrgico que es la que tiene una menor invasión quirúrgica (16).

La histerectomía laparoscópica se empezó a realizar para evitar laparotomías abdominales subtotales o totales en pacientes con enfermedad extra pélvica, como endometriosis, adherencias pélvicas o quistes de ovario. En varios estudios aleatorios sistematizados se ha demostrado sobre la histerectomía laparoscópica, que existe menor número de días en el hospital, menor período de recuperación, menor necesidad de calmantes, mejor resultado estético, costo económico similar y parecido o disminución de morbilidad (17).

El sangrado intraoperatorio, tiempo quirúrgico, y tipo de cierre de la cúpula vaginal no influyó en las escasas complicaciones posteriores a la operación que se presentaron en las pacientes donde se realizó la histerectomía laparoscópica frente a la histerectomía vaginal. En ambos grupos de pacientes el tiempo quirúrgico fue menor y la cuantificación de sangrado intraoperatorio fue escasa (18).

La histerectomía, normalmente es pronosticada en pacientes con miomatosis uterina, prolapso de útero, sangrado de útero anormal, endometriosis, entre otros. Se presentan tres tipos de abordaje para realizar una histerectomía: 1) histerectomía abdominal, 2) histerectomía vaginal y, 3) histerectomía laparoscópica. La gran mayoría de las histerectomías abdominales puede evitarse utilizando el abordaje laparoscópico, incluidos los casos de adherencias abdomino pélvicas, tumores anexiales y endometriosis. Esta técnica, histerectomía laparoscópica, se comenzó a utilizar con el fin de reemplazar a la histerectomía abdominal y a la histerectomía vaginal; por tanto la histerectomía laparoscópica sigue siendo el abordaje gold estándar. Las bondades de la histerectomía laparoscópica se encuentran bien definidas; tales como: ocasiona menor dolor postoperatorio, menor número de días en el hospital y el restablecimiento de la paciente es mucho más rápido (19).

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

- 1. Lesiones vasculares:** Consiste en la perforación de grandes vasos abdominales, tales como: aretria aorta o vena cava: y esto sucede al introducir el primer trocar trans umbilical con un porcentaje de 0.3 a 0.9%. Dicha lesión es más común en mujeres muy delgadas, niñas o pacientes que tengan múltiples adherencias por cirugías anteriores. Los trocares accesorios colocados lateralmente pasan de manera cercana de los grandes vasos iliacos, pero al introducirlos con visión intrabdominal el riesgo de lesión vascular disminuye notoriamente (20).
- 2. Insuflación extraperitoneal de dióxido de carbono:** Se define como la introducción inadecuada de la aguja de Veress y ésta puede ocasionar la luxación gaseosa del espacio subcutáneo, preperitoneal o a nivel de epiplón, lo que podría provocar un enfisema de las paredes abdominal o en epiplón, y esto provocaría complicaciones en la colocación de los trocares adyacentes y la visión posterior, por lo tanto, la insuflación extraperitoneal de dióxido de carbono es la dificultad más frecuente. Por lo general, al cambiar el punto de acceso de la aguja de Veress, se realiza una buena entrada intrabdominal y el enfisema se resuelve de manera espontánea (20).
- 3. Lesiones intestinales:** Es cuando se provoca una solución de continuidad a nivel intestinal, dichas lesiones son dificultades más peligrosas, porque

pueden no ser identificadas en el acto operatorio ya que por lo general son muy pequeñas, entonces se detectan habitualmente en el post operatorio por lo que incrementa el riesgo de peritonitis fecal y esto puede llevar hasta el fallecimiento de la paciente (20).

- 4. Lesiones de intestino grueso:** Consiste en una complicación muy extraña, menos del 0,1% de todas las histerectomias laparoscópicas y es provocada generalmente a nivel de colon descendente; las primeras señales características son el olor pestilente y la visualización de la luz intestinal. Si el diagnóstico de la lesión de intestino grueso no es al instante en el intra operatorio entonces la clínica se instaura solo a los pocos días posterior al acto quirúrgico con un cuadro de fiebre más signos peritoneales (20).

- 5. Lesiones de intestino delgado:** Se define como una complicación muy rara, su frecuencia es mayor a 0.05% en cirugía de histerectomía laparoscópica, las lesiones pueden darse desde la serosa, capa muscular y penetrar la pared o estimular a una perforación doble (20).

- 6. Lesiones vesicales:** Se define con la solución de continuidad de vejiga, cuando esto sucede se debe aplicar en el intra operatorio una costura inmediata de la lesión más la colocación de una sonda foley permanente con una duración de 14 a 21 días, más la administración de antibioprofilaxis. Si la lesión pasa inadvertida y se observa en el postoperatorio como oliguria, anuria, hematuria o ascitis, entonces se propone otra exploración laparoscópica, que permitirá visualizar el orificio vesical en comunicación con el peritoneo y se procederá a realizar dicha sutura de la lesión vesical vía laparoscópica. (20).

- 7. Lesiones ureterales:** es cuando se realiza una solución de continuidad de los uréteres de forma parcial o total. En la cirugía laparoscópica, la magnificación de la cámara disminuye este problema, pero el principio básico es la identificación de su trayecto antes de proceder a realizar el corte. Los lugares más comunes (3) donde se presentan este tipo de lesiones ureterales en orden de proporción son: a nivel de infundíbulo pélvico, en el cruce a nivel de arteria uterina en el parametrio y en su entrada a la vejiga. Puede producirse sección ureteral, lesión térmica, oclusión directa, estenosis por tracción, acodamiento o isquemia de un segmento ureteral (20).

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

1. Complicaciones generales: Se define como toda aquella dificultad que se provoca después de culminar cualquier intervención quirúrgica (20).

2. Complicaciones específicas: Consiste en las complicaciones post operación específicas tales como: la colección intrabdominal, absceso, prolapso de cúpula, hematoma de cúpula, granuloma y fístulas internas tales como: fístula ureterovaginal, vesicovaginal, rectovaginal (20).

La frecuencia de las complicaciones aumenta con la dificultad de las intervenciones quirúrgicas ya sea por tener múltiples adherencias o ser úteros relativamente grandes y también por la técnica intra operatoria, sin embargo, este porcentaje disminuye a medida que se incrementa la experiencia del cirujano y con la elección de la técnica quirúrgica adecuada para cada paciente (21).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Complicaciones intraoperatorias: Se define como la situación que se presenta en el intra o post operatorio, y que provoca una evolución desfavorable en la paciente después de la operación (22).

Absceso de la cúpula vaginal: Consiste en la acumulación de pus en la cúpula vaginal, exactamente en la parte más alta de la vagina donde se realizó la costura, luego de la separación total del útero (22).

Hematoma de la cúpula vaginal: Es el derramamiento de sangre en la cúpula vaginal, a causa de la ruptura de los vasos sanguíneos en dicha zona (22).

Hematoma de los puertos: Se define como el derramamiento de sangre a nivel de la introducción de los trocares; es decir, por debajo de la pared abdominal a causa de una ruptura de los vasos sanguíneos a nivel de la inserción de dichos trocares (22).

Fiebre: se define como el incremento anormal de la temperatura central del cuerpo (22).

Infección del tracto urinario: Se define como la contaminación por gérmenes en cualquier nivel del tracto urinario (22).

Hematuria: Consiste en la expulsión de sangre a través de la orina (22).

Antecedentes quirúrgicos: Se define como todas las intervenciones quirúrgicas previas realizadas antes del acto quirúrgico actual (22).

Cesárea anterior: Es cuando la paciente ha tenido el antecedente quirúrgico de una o más cesáreas previas (22).

Quiste a pedículo torcido: Se define como una tumoración que contiene una capa externa membranosa que se forma comúnmente en ovarios o trompas uterinas, con contenido de una sustancia líquida o semisólida de distinta naturaleza, pero que a su vez el pedículo de dicha tumoración está rotado en su eje por una o más vueltas, lo que ocasiona mucho dolor a la paciente (22).

Embarazo ectópico: Consiste en el embarazo que se desarrolla fuera de la cavidad uterina, siendo el lugar más habitual de implantación; las trompas uterinas (22).

Bloqueo tubárico bilateral: Consiste en cortar o ligar ambas trompas de Falopio en el intra operatorio, por lo que es considerado un método anticonceptivo permanente (22).

Mioma uterino: Se define como tumor benigno del útero, también conocido como leiomioma uterino y se considera el tumor benigno más frecuente en las mujeres en edad reproductiva (23)

Adenomiosis: Se define como la presencia de glándulas endometriales y estroma dentro del miometrio uterino dando la apariencia ecográfica de un patrón luvioso (23).

Prolapso genital: Consiste en la protrusión de los órganos pélvicos internos a través de la vagina, tales como: vejiga, útero o recto (23).

Hiperplasia endometrial: Se define como el engrosamiento anormal del endometrio, que consiste en la proliferación e incremento de tamaño de glándulas endometriales con formas anormales (24).

Neoplasia intraepitelial cervical: Se define como los cambios epiteliales cervicales caracterizados por el incremento de la actividad mitótica, proliferación celular inmadura, desorganización celular y la presencia de células atípicas nucleares (23).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La investigación describirá las complicaciones de la histerectomía laparoscópica realizadas en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante los años 2016 a 2021. Es un estudio de tipo descriptivo por lo que no tiene hipótesis.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Definición | Tipo por su naturaleza | Indicador | Escala de medición | Categorías | Medio de verificación |
|--|--|------------------------|---|--------------------|---|-----------------------|
| Diagnóstico pre operatorio | Son las patologías previas al acto quirúrgico y sirve para reconocer los síntomas y signos de las enfermedades previas | Cualitativa | Enfermedad diagnosticada previa al acto quirúrgico registrada en la historia clínica | Nominal | 1.Mioma uterino 2. Adenomiosis 3.Prolapso genital 4. Hiperplasia endometrial 5.Neoplasia intraepitelial cervical 6. Otros | Historia clínica |
| Complicaciones | Eventos desfavorables en el curso evolutivo de una enfermedad, que dificulta o impide la curación. | Cualitativa | Lesiones de órganos pélvicos en el intra o post operatorio registradas en la historia clínica | Nominal | 1. Si 2. No | Historia clínica |
| Complicaciones intraoperatorias | Eventos desfavorables que suceden en una intervención quirúrgica y que dificulta la curación de la paciente | Cualitativa | Lesiones de órganos pélvicos evidenciados en el acto quirúrgico y que han sido registradas en la historia clínica | Nominal | 1.Lesión vesical 2.Lesión vascular 3.Lesión uretral 4.Lesión intestinal 5.Otras | Historia clínica |

| | | | | | | |
|--|---|-------------|--|---------|--|------------------|
| Complicaciones post operatorias | Eventos desfavorables que suceden posterior a una intervención quirúrgica y que dificulta la curación de la paciente. | Cualitativa | Lesiones de órganos pélvicos evidentes en el post operatorio y que han sido registradas en la historia clínica | Nominal | 1. Dehiscencia de cúpula vaginal 2. Infección del tracto urinario 3. Absceso de cúpula vaginal 4. Hematoma de cúpula vaginal 5. Hematoma de los puertos de los trocates 6. Fiebre 7. Hematuria 9. Otras | Historia clínica |
| Antecedentes quirúrgicos abdominal - pélvico | abdomino-pélvicas anteriores a la cirugía actual | Cualitativa | Cirugías anteriores al acto quirúrgico actual registradas en la historia clínica | Nominal | 1. Cesárea anterior 1 vez 2. Cesárea anterior mayor igual a 2 veces 3. Embarazo ectópico 4. Quiste a pedículo torcido 5. Apendicitis 6. Peritonitis 7. No 8. Otros | Historia clínica |
| Técnica quirúrgica | Procedimiento quirúrgico que implica la manipulación de estructuras anatómicas intra pélvicas. | Cualitativa | Técnica quirúrgica descrita en el reporte operatorio de la historia clínica | Nominal | 1. Histerectomía laparoscópica total 2. Histerectomía laparoscópica asistida vía vaginal 2. Histerectomía vaginal asistida por vía laparoscópica | Historia clínica |

| | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------|--|---------|---|------------------|
| Tamaño del útero | Medidas del útero en centímetros. | Cualitativa | Es la medición clínica o ecográfica del diámetro longitudinal del útero | Nominal | 1. Mayor a 12 cm 2. Menor o igual a 12 cm | Historia clínica |
| Antecedentes obstétricos | Son el número de gestaciones que ha tenido la paciente. | Cualitativa | Número de embarazos previos | Nominal | 1. Nulípara 2. Primípara 3. Multipara | Historia clínica |
| Días de hospitalización | Es el número de días en que un paciente está hospitalizado | Cualitativa | Número de días de permanencia hospitalaria | Nominal | 1. De 1 - 3 días 2. De 4 - 9 días 3. Mayor de 10 días | Historia clínica |
| Edad | Son los números en años de la paciente | Cuantitativa | Número de años cumplidos de la paciente registrado en la historia clínica | Razón | 1. Edad por años | Historia clínica |
| Estado civil | Es el tipo de unión civil. | Cualitativa | Es el tipo de unión civil registrada en la historia clínica de la paciente | Nominal | 1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Divorciada 5. Viuda | Historia clínica |
| Grado de instrucción | Se define como el nivel de escolaridad. | Cualitativa | Es el nivel de escolaridad registrada en la historia clínica | Ordinal | 1. Sin instrucción 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior no universitaria 5. Superior universitaria | Historia clínica |

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO

El tipo de investigación tiene una perspectiva cuantitativa, porque se expresará en forma numérica; por su proyección, es retrospectivo porque el momento del estudio es desde el año 2016 hasta el año 2021, por su alcance es descriptivo, porque se describirán los datos de las dificultades en histerectomía laparoscópica que figuran en las historias clínicas, por su naturaleza es no experimental porque no se manipularán las variables.

El diseño de la investigación fue transversal descriptiva, ya que se realizó la investigación en un corte y se describieron los resultados encontrados.

4. 2 DISEÑO MUESTRAL

Población y muestra

La investigación se realizó en el Hospital Nacional Alberto sabogal Sologüren. La población incluida para el presente estudio fueron todas las pacientes que han sido operadas de histerectomía laparoscópica durante los años 2016 al 2021. Se realizó un muestreo censal siguiendo los criterios de selección.

Criterios de inclusión

Se consideraron todas las historias clínicas de las pacientes operadas de histerectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologüren, durante los años 2016 - 2021.

Criterios de exclusión

Se consideran todas las historias clínicas de las pacientes operadas de histerectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Alberto sabogal Sologüren, durante los años 2016 - 2021, que no tengan datos claros de las variables del estudio o q estén incompletas.

4.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró una lista de los pacientes que fueron sometidas a histerectomía laparoscópica durante los años 2016 al 2021 en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Esta lista será entregada a la Oficina de Estadística para que nos brinde las historias clínicas seleccionadas.

Para la selección de las historias clínicas, se siguió con los criterios de inclusión y los criterios de exclusión establecidos.

Del total de historias clínicas seleccionadas todas cumplieron los criterios de inclusión.

4.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos serán recolectados con un instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación y se diseñará una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2007 y en SPSS versión 23. Se realizará el control de calidad de los datos verificando la consistencia y la calidad de ellos revisados en las historias clínicas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Los datos obtenidos de las historias clínicas fueron guardados a través de la confidencialidad en los instrumentos de recolección de datos.

La investigación guardó la confidencialidad de los datos de la historia clínica de la paciente, debido a que los datos fueron seleccionados de una base de datos de las cuales no se registró nombre y apellidos de las pacientes en estudio

CRONOGRAMA

| FASES | MESES | Número de meses | | | | | | | | |
|--|-------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Aprobación del proyecto de investigación | X | | | | | | | | | |
| Recolección de datos | | x | x | x | | | | | | |
| Procesamiento más análisis de datos | | | | | | x | x | x | | |
| Elaboración del informe | | | | | | | | | x | X |

PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación realizado en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologüren en el año 2016 a 2021, será necesario la utilización de los siguientes recursos:

| Concepto | Monto estimado (soles) |
|-------------------------|------------------------|
| Material de escritorio | 300.00 |
| Adquisición de software | 200.00 |
| Internet | 300.00 |
| Monto total | 800.00 |

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

| Pregunta de Investigación | Objetivos | Hipótesis | Tipo y diseño de estudio | Población de estudio y procesamiento de datos | Instrumento de recolección |
|---|---|--|---|--|--------------------------------------|
| ¿Cuáles son las complicaciones de histerectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Alberto sabogal Sologuren entre el año 2016 y 2021? | <p>Objetivo general Describir las complicaciones histerectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Alberto sabogal Sologuren el año 2016 – 2021.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •Describir las complicaciones post operatorias de las histerectomías laparoscópicas. Describir las complicaciones intra operatorias de las histerectomías laparoscópicas. •Describir los antecedentes quirúrgicos de las pacientes a quienes se les realizará la histerectomía laparoscópica. •Describir las técnicas quirúrgicas de las pacientes a quienes se les realizará la histerectomía laparoscópica. •Determinar el tamaño del útero de las pacientes a quienes se les realizará la | <p>La investigación va a describir las complicaciones de la histerectomía laparoscópica realizadas en el Hospital Nacional Alberto sabogal Sologuren durante los años 2016 a 2021. Es un estudio de tipo descriptivo por la cual no tiene hipótesis.</p> | <p>El proyecto de investigación es una investigación observacional, retrospectiva, de tipo analítico y transversal.</p> | <p>Población y muestra La investigación se realizó en el Hospital Nacional Alberto sabogal Sologuren. La población incluida fueron todas las pacientes que han sido operadas de histerectomía laparoscópica durante los años 2016 al 2021. Se realizó un muestreo censal siguiendo los criterios de selección.</p> <p>Criterios de inclusión Se consideraron todas las historias clínicas de las pacientes operadas de histerectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Alberto sabogal Sologuren durante los años 2016-2021.</p> <p>Criterios de exclusión Se consideran todas las historias clínicas de las pacientes operadas de histerectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Alberto sabogal Sologuren durante los años 2016-2021, que no tengan datos claros de las variables del estudio o q estén incompletas.</p> <p>TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> | <p>Ficha de recolección de datos</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | <p>histerectomía laparoscópica.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Describir los antecedentes obstétricos de las pacientes a quienes se les realizará la histerectomía laparoscópica. •Cuantificar los días de hospitalización de las pacientes a quienes se les realizará la histerectomía laparoscópica. •Describir las características epidemiológicas de las pacientes que se les realizará la histerectomía laparoscópica. | | | <p>Se realizó una lista de los pacientes que fueron sometidas a histerectomía laparoscópica durante los años 2016 al 2021 en el Hospital Nacional Alberto sabogal Sologuren. Esta lista será entregada a la Oficina de Estadística para que nos proporcione las historias clínicas seleccionadas. Para la selección de las historias clínicas, se siguió con los criterios de inclusión establecidas. Del total de historias clínicas seleccionadas todas cumplieron los criterios de inclusión.</p> | |
|--|---|--|--|--|--|

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

| | |
|---|-------------------------------|
| Edad: | N° Ficha <input type="text"/> |
| Antecedentes obstétrico: (1) Nulipara <input type="checkbox"/> (2) Primípara <input type="checkbox"/> (3) Multipara <input type="checkbox"/> | |
| Días de hospitalización: (1) De 1 a 3 días <input type="text"/> (2) De 4 a 9 días <input type="text"/> (3) Mayor de 9 días <input type="text"/> | |
| Ocupación: (1) Su casa <input type="checkbox"/> (2) Trabajadora del hogar <input type="checkbox"/> (3) Comerciante <input type="checkbox"/> (4) Estudia <input type="checkbox"/> (5) Empleada <input type="checkbox"/> | |
| Grado de instrucción: (1) Sin Instrucción <input type="checkbox"/> (2) Primaria <input type="checkbox"/> (3) Secundaria <input type="checkbox"/> (4) Superior <input type="checkbox"/> | |
| Estado Civil: (1) Casada <input type="checkbox"/> (2) Unión estable <input type="checkbox"/> (3) Soltera <input type="checkbox"/> (4) Viuda <input type="checkbox"/> (5) Divorciada <input type="checkbox"/> | |
| Diagnósticos preoperatorios: (1) Leiomioma uterino <input type="checkbox"/> (2) Hiperplasia endometrial <input type="checkbox"/> (3) Adenomiosis <input type="checkbox"/> (4) Prolapso genital <input type="checkbox"/> (5) Neoplasia intraepitelial cervical <input type="checkbox"/> (6) Otros:..... | |
| Complicaciones: (1) Si <input type="checkbox"/> (0) No <input type="checkbox"/> | |
| Complicaciones intra-operatorias: (1) Lesión vesical <input type="checkbox"/> (2) Lesión ureteral <input type="checkbox"/> (3) Lesión intestinal <input type="checkbox"/> (4) Lesión vascular <input type="checkbox"/> (5) No <input type="checkbox"/> (6) Otras:..... | |
| Complicaciones post-operatorias: (1) Infección de cúpula vaginal <input type="checkbox"/> (2) Absceso de cúpula vaginal <input type="checkbox"/> (3) Hematoma de cúpula vaginal <input type="checkbox"/> (4) Hematoma de los puertos <input type="checkbox"/> (5) Infección del tracto urinario <input type="checkbox"/> (6) Hematuria <input type="checkbox"/> (7) Fiebre <input type="checkbox"/> (8) No <input type="checkbox"/> (9) Otras:..... | |
| Antecedentes quirúrgicos abdomino-pélvicos: (1) Cesárea anterior <input type="checkbox"/> (2) Apendicitis <input type="checkbox"/> (3) Peritonitis <input type="checkbox"/> (4) Embarazo ectópico <input type="checkbox"/> (5) Quiste a pedículo torcido <input type="checkbox"/> (7) No <input type="checkbox"/> (6) Bloqueo tubárico bilateral <input type="checkbox"/> (8) Otros: | |
| Técnica quirúrgica: 1) Histerectomía laparoscópica <input type="checkbox"/> (2) Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia <input type="checkbox"/> | |
| Tamaño Uterino: (1) Menor o igual a 12 cm <input type="checkbox"/> (2) Mayor a 12 cm <input type="checkbox"/> | |

BIBLIOGRAFIA:

1. Zarela L et al. Complicaciones de la histerectomía total laparoscópica en pacientes del Hospital de alta especialidad. Academia Mexicana de Cirugía. 2020; 347-358.
2. Herraiz J et al. Histerectomía total laparoscópica: Estudio descriptivo de la experiencia en el Hospital Universitario General de Castellón. España. Servicio de Ginecología y Obstetricia. 2015; 58 (10): 441- 449.
3. Sardinias R, La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales en el Hospital Clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Revista Cubana de Cirugía 2015; 54(1): 82-95.
4. Sardiñas P et al. Histerectomía laparoscópica, experiencia de 12 años. Revista Cubana de Cirugía, 2014, 53 (3) : 281-288.
5. Argüello R. Complicaciones en 748 histerectomías por laparoscopia utilizando un manipulador uterino con resaltador vaginal. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2013; 63 (3): 252-262.
6. Clarke D, Geller E. Complicaciones de la histerectomía. Obstet Gynecol. 2012; 121: 654-675.
7. Parra P et al. Histerectomía laparoscópica. Obstet. Ginecol. 2012; 2(3): 203-211.
8. Gilabert J et al. Histerectomía total laparoscópica. Evolución de la técnica y progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2011; 54 (3): 109-118
9. Gendy R, Walsh C, Walsh J. Complicaciones de Histerectomía vaginal vs histerectomía laparoscópica. Obstet Gynecol. 2011; 204 (5):348. 43.
10. Granados V, Gorbea V, Rodrigues S. Histerectomía y lesiones del tracto urinario en el Instituto Nacional de perinatología. Perinatol Reprod Hum 2011; 25 (4): 205-216.

11. Ayala R, Briones C, Anaya H, Leroy L, Zavaleta R. Histerectomía total laparoscópica: estudio descriptivo de la experiencia institucional con 198 casos. *Ginecol Obstet Mex.* 2010; 78(11):605-611.
12. Aarts J et al, Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 8. Art. No. CD003677. DOI: 10.1002/14651858.CD003677.pub5. 47
13. Serna E, Riaño G, Almanza L et al. Histerectomía laparoscópica total, curva de aprendizaje: experiencia de clínica del prado, Medellín, Colombia. *Obstet Ginecol.* 2010; 75(6): 367 – 376.
14. Aragón J, Expósito M, Fleitas O, Morgano A et al. Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y metanálisis. *Cub Cirug.* 2011; 50(1):96-121.
15. Mendoza R, Alonzo J, DiCriscio R, Pérez G et al. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. *Rev Obstet Ginecol Venez [Internet].* 2005 Jun [citado 2016 Dic 07]; 65(2): 69-75. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322005000200005&lng=es.
16. Solá V, Ricci P et al. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. *Obstet Ginecol.* 2006; 71(5): 364-375.
17. Payá V et al. Histerectomía laparoscópica frente a histerectomía abdominal: estudio clínico comparativo. *Clin Invest Gin Obst* 2002; 29(8): 284-289.
18. Sardiñas, R, Fernández L. Histerectomía laparoscópica, experiencia de 12 años. *Cubana Cirug. (Cub);* 2014; Vol 53(3), 281-292. 45
19. Cerecedo V, Río de la Loza F. Histerectomía total por vía laparoscópica vs. histerectomía total abdominal, en pacientes con miomatosis uterina, evolución clínica y complicaciones, experiencia en la Institución Gineco Obstétrica y de Perinatología sa de cv, en un periodo de dos años 2010 y 2011. tesis doctoral. Universidad Autónoma del estado de México. 2013.

20.Carranza. Complicaciones en histerectomía laparoscópica en el Instituto nacional materno perinatal 2009 -2016. Universidad San Martín de Porres. Perú 2017. Pág: 7-16

21.Faife B, Barreras J, González T, Torres P et al. Consideraciones generales sobre los procedimientos asociados en la cirugía laparoscópica. Cubana Cirug. 2012; 51(2): 201-213.

22.Larousse. Página principal en Internet, Lima. Pequeño Larousse Ilustrado; 2015 [actualizada en febrero de 2015; acceso 15 mayo 2015]. http://www.larousse.es/index.php?opcion=larousse_ilustrado.

23.Berek y Novak. Ginecología. 15a . 2015. Pág. 484-1160. 30.Keckstein. Huckle. Cirugía laparoscópica en Ginecología. 2003. Editorial Médica Panamericana S.A. Pág. 234-237.

24.Williams Ginecología. Segunda edición 2014. Pág. 819- 825.