



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**COMPLICACIONES GINECOLOGICAS POSTCIRUGIAS EN
PACIENTES CON HISTERECTOMIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2022.**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTADO POR

ANA MERCEDES BERROCAL CANCHO DE PORTOCARRERO

ASESOR

JORGE LUIS MEDINA GUTIERREZ

LIMA- PERÚ

2023



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 GINECOLOGICAS POSTCIRUGIAS EN PACIENTES CON
HISTERECTOMIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.
BERNALES 2022.**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
ANA MERCEDES BERROCAL CANCHO DE PORTOCARRERO.**

ASESOR

MG. JORGE LUIS MEDINA GUTIERREZ

**LIMA, PERÚ
2023**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	1
1.3 Objetivos	1
1.4 Justificación	2
1.5 Viabilidad y factibilidad	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	3
2.1 Antecedentes	3
2.2 Bases teóricas	4
2.3 Definición de términos	5
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	6
3.1 Formulación de la hipótesis	6
3.2 Variables y su operacionalización	7
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	8
4.1 Tipos y diseño	8
4.2 Diseño muestral	8
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	9
4.4 Procesamiento y análisis de datos	9
4.5 Aspectos éticos	9
CRONOGRAMA	10
PRESUPUESTO	11
FUENTES DE INFORMACIÓN	12
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	

NOMBRE DEL TRABAJO

COMPLICACIONES GINECOLOGICAS POSTCIRUGIAS EN PACIENTES CON HISTE
RECTOMIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL N

AUTOR

ANA MERCEDES BERROCAL CANCHO D

RECuento de palabras

3493 Words

RECuento de caracteres

19851 Characters

RECuento de páginas

19 Pages

Tamaño del archivo

110.1KB

Fecha de entrega

Nov 10, 2023 11:05 AM GMT-5

Fecha del informe

Nov 10, 2023 11:06 AM GMT-5

● **19% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 11 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Desde que Konrad Langen Beck realizó la primera histerectomía registrada en 1813, se han logrado avances significativos en este campo de la ginecología. Sin embargo, sólo en el último cuarto de siglo, con la llegada de la histerectomía laparoscópica, este procedimiento alcanzó su mayor éxito. Esta doble mejora en la técnica y la técnica, combinada con el desarrollo de varias terapias paralelas, ha reducido la frecuencia de las histerectomías, limitándolas a los casos en los que es absolutamente necesaria. Como país en desarrollo, el Perú no puede participar en discusiones científicas, excepto para la observación en la atención médica, especialmente en la histerectomía. En el Hospital Nacional Sergio Bernales, principal centro de referencia de atención pública, la histerectomía es un procedimiento quirúrgico común para el tratamiento de diversas afecciones ginecológicas. Curiosamente, el hospital no contaba con el equipo laparoscópico durante mucho tiempo, y esta tecnología no se introdujo para mejorar la histerectomía. Este estudio se revisaron registros de pacientes que se sometieron a una histerectomía vaginal desde enero de 2021 hasta mayo de 2022 para caracterizar esta población desde aspectos demográficos, clínicos, quirúrgicos y patológicos.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las complicaciones ginecológicas postcirugías de pacientes con histerectomías atendidas en el departamento de Ginecología en el Hospital Sergio E. Bernales?

1.3 Objetivos de la Investigación

Conocer las características de las complicaciones ginecológicas postcirugías de pacientes con histerectomías atendidas en el departamento de Ginecología en el Hospital Sergio E. Bernales.

1.3.1 Objetivos específicos

1. Describir la frecuencia de histerectomía vaginal, realizadas en el Hospital Sergio Bernales.
2. Describir las características demográficas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital Sergio Bernales.
3. Conocer características clínicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital Sergio Bernales.

4. Conocer características quirúrgicas, intraoperatorias, de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital Sergio Bernales.
5. Conocer características quirúrgicas, postoperatorias, de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal en el Hospital Sergio Bernales.
6. Describir características de evolución postquirúrgica hasta el momento del alta en pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital Sergio Bernales
7. Describir características anatomopatológicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital Sergio Bernales

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

Tiene importancia dado que cada año se incrementa el número de casos de histerectomía.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El director Institucional del Hospital Sergio Bernales ha obtenido los permisos necesarios para revisar las historias clínicas. Así mismo, el trabajo de investigación es posible, teniendo en cuenta los recursos humanos y económicos necesarios para lograr los objetivos planteados para la investigación antes mencionada. Realizar investigaciones con la ayuda de recursos humanos y recursos administrativos. Una gran proporción de los pacientes diagnosticados requieren investigación.

Limitaciones

Una de las limitaciones de este estudio es la duración de la evaluación de los casos en comparación con otros estudios que se realizaron de 2 a 3 años después de un tratamiento. Las escalas de medición de la investigación son parámetros cambiantes, por lo que los resultados pueden cambiar debido a factores específicos de la muestra de investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

La investigación más importante a nivel nacional, realizada por Gladys Patiño en 2011, son los Determinantes de la cesárea en el Hospital de Tumbes. El estudio se realizó en el Hospital MINSA y el Hospital EsSalud. El número de cesáreas en los hospitales del MINSA varió del 35% en 2003 a 2005 al 49% en 2006, en comparación con el 45% en 2006 en el Hospital I EsSalud. Las indicaciones más frecuentes en el MINSA fueron: cesárea, 20%; enfermedades hipertensivas durante el embarazo, 13,3%. En el caso de EsSalud, las manifestaciones altas representaron el 20%, las cesáreas previas el 10% y otras causas el resto (4).

Un estudio reciente de Carpio Barón en 2015: “Cesárea: incidencia e indicaciones en el hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo entre enero y diciembre de 2012” reveló una tasa de cesárea del 27,7%; indicación principal de síntomas incluidos: 23.4% de cesárea segmentaria previa, 22.7% formas posteriores, 21.4% desproporción cefalopélvica y 90% de los embarazos fueron operados a término (5).

Con base en un estudio de 2014 realizado por Gálvez Liñán en Lima, hizo lo siguiente: Tasa de cesáreas en el Hospital San José del Callao de enero a diciembre de 2013. La tasa es igual al 42%, de los cuales corresponden al 18% de las cesáreas de urgencia, y el resto otros tipos. Además, durante el año se identificaron cinco indicaciones principales de cesárea: desproporción cefalopélvica y macrostomía en el 12%, preeclampsia en el 9% y sufrimiento fetal agudo y distocia del cordón umbilical en el 7% (6).

Otro trabajo importante pertenece a Bustamante-Núñez J. Se realizó un estudio sobre: Tasas e indicaciones de cesáreas en el Hospital Universitario Provincial de Belem-Brasil en 2010-2011, y se constató que la tasa de cesáreas en el hospital fue del 33,6%, tasa muy alta; además la más frecuente es la cesárea, la indicación fue una cesárea segmentada previa, encontrándose correlación entre la indicación de cesárea absoluta y una anamnesis variable con cesárea y sección abdominal (7).

Otro estudio es el presentado por Manzano Espejo en Lima en 2009, quien realizó: “Tasas de repetición de cesáreas y factores asociados en adolescentes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005-2009”. Este estudio encontró que la tasa de cesáreas repetidas en adolescentes con embarazos múltiples fue del 45%. Además, se encontró una mayor correlación con la desproporción cefalopélvica y menos indicaciones con más hijos sobrevivientes y abortos previos (8).

Un estudio de 2013 de Albornoz Aliaga Lima, Perú: "Adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Nacional Santa Rosa entre 2010 y 2012" encontró que la cesárea entre adolescentes fue del 44,6% en 2010, 42,5% en 2011 y 42,01, 42,01, %. en 2012 fue del 38,8%. El 96,8% de los jóvenes se encontraba en la adolescencia tardía y el 3,2% en la adolescencia temprana. Además, el dolor fetal agudo fue la principal causa de cesárea en 9,6% y la mayoría de las cesáreas fueron agudas (71,9%) (9).

2.2 Bases Teóricas

No hay duda de que la cesárea es uno de los procedimientos de emergencia más antiguos que conoce el hombre, quizás porque evita el estrecho camino del parto normal, cuyas consecuencias son vívidamente reveladas por St. En palabras de Agustín: "Inter faeses et urinas nacimur" (nacemos entre las heces y la orina), se considera el "nacimiento perfecto" en el que nacieron los dioses, y se considera un signo de un futuro brillante entre los humanos.

El Rigveda, el texto sagrado más antiguo de la cultura hindú, registra la historia de Indra, el Dios Supremo de los Vedas, quien se negó a nacer de la "manera antigua" y quiso estar "inclinado hacia un lado" sin importar las consecuencias. que llevó a la madre. Asimismo, la cesárea juega un papel importante en las tradiciones y leyendas de los pueblos primitivos, como la gente de Palau en Micronesia; Nuba y Tschamba en África; marquesas, santacruceñas y polinesias neozelandesas; Wiyots en el centro de California y Bororos en el este de Brasil. En conjunto, se cree que fue practicado por personas prehistóricas e historiadores de la medicina. El ginecólogo alemán Reinhardt Hofschlager (1871-1951) afirmó que las cesáreas se realizaban en cadáveres a principios del siglo XIX. La Edad de Piedra, sus puntos de vista se basan particularmente en las ideas fantásticas de los pueblos del Paleolítico, no solo en la arqueología, sino también en un estudio cuidadoso de pueblos muy primitivos principalmente en África Occidental y África Oriental. Plinio el Viejo, en su Historia Natural, dijo que el primer César recibió su nombre del útero dividido de su madre, y de la palabra caesus, hace 22 años, vino el nombre de la operación, que significa cortar, pelar, y su opinión ha persistido. en el siglo. Debido a que la cirugía de cesárea tiene importantes implicaciones éticas para las mujeres moribundas, las leyes y los preceptos religiosos han influido en la cesárea durante siglos como ninguna otra técnica quirúrgica. En la antigua China, estaba prohibido realizar esta técnica en mujeres vivas. En el Talmud, la cesárea está prohibida cuando hay gemelos embarazadas porque cambia el rito

religioso del nacimiento. La cesárea de mujeres fallecidas se ve afectada porque la práctica es conocida según las normas legales y religiosas.

El primer registro de esto en Europa se encuentra en el Compendio del emperador Justiniano, que dice: "Está realmente prohibido enterrar el útero de una mujer que ha muerto durante el embarazo antes de que el feto se haya dividido. Cualquiera que se oponga a esto obviamente frustrará las esperanzas de la criatura." Desde los tiempos modernos, la idea de bautizar a una mujer muerta durante una cesárea ha adquirido un papel más importante, hasta el punto de que el padre Francesco Emanuele Cajimila, en su libro de 1751 "Embriología sagrada", publicado en Milán en 2001, pidió a los sacerdotes que practicaran una cesárea para que los niños pudieran ser bautizados en caso de emergencia.

3.3 Definición de términos básicos

Sangrado postoperatorio: puede manifestarse como pérdida de sangre por drenaje o mareos por hipovolemia - hipotensión o control analítico, 4-6 horas después del procedimiento.

Sangrado vaginal: más común después de una histerectomía vaginal que después de una histerectomía abdominal. Suele comenzar varias horas después de la cirugía, desde las ramas cervicales o vaginales de la arteria uterina, el ángulo vaginal de la incisión o la incisión de las suturas vaginales. Si el sangrado es menor suele ayudar un vendaje, pero si el sangrado es arterial es necesaria la exploración con anestesia.

Infecciones postoperatorias tardías: aparecen a los pocos días de la intervención y son los signos más evidentes de localización. Los posibles procesos incluyen infección de la herida quirúrgica, infección pélvica, absceso pélvico, tromboflebitis pélvica purulenta, infección del catéter urinario, infección del tracto urinario, bronconeumonía y fiebre por medicamentos.

Infección pélvica: un absceso pélvico suele ser secundario a la celulitis de la cúpula vaginal. Los síntomas aparecen en un periodo de 5 a 10 días después de la cirugía e incluyen fiebre, dolor abdominal y dolor pélvico. La leucocitosis con desviación a la izquierda es común y el examen vaginal es doloroso en pacientes que pueden tener secreción purulenta en el margen de la herida quirúrgica.

Lesión de la vejiga: se sospecha una lesión durante la intervención, se puede inyectar índigo carmín por vía intravenosa para localizar la vejiga, o se puede inyectar azul de metileno retrógradamente a través del catéter urinario. Las lesiones más pequeñas

pueden requerir cistoscopia. Si la lesión se descubre durante la misma operación, se debe reconstruir inmediatamente con una o dos suturas fluidas de material absorbible y el catéter se deben dejar colocado durante 4 a 7 días.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Dada la naturaleza del estudio no se formularán hipótesis al tratarse de un estudio descriptivo.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición conceptual	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Histerectomía vaginal	La histerectomía vaginal es un procedimiento quirúrgico para extirpar el útero a través de la vagina.	Cualitativa	Presencia	Nominal	SI, NO	Historia clínica
Edad	Edad cronológica	Cualitativa	Años	Ordinal	Menor de 40	Historia clínica
					Mayo a 40	
Características clínicas	Presencia de dolor y sangrado	Cualitativa	Presencia	Ordinal	Dolor pélvico Sangrado vaginal	Historia clínica
Complicaciones	Presencia de fiebre e infección	Cualitativa	Presencia	Nominal	Fiebre Infeccion	Historia Clínica
Procedimiento quirúrgico	Indicación operatoria	Cualitativa	Presencia	Nominal	Laparoscopia Abierta	Historia Clínica

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 Tipo y diseño

Es un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo parcial y responde a un diseño no experimental

4.2 Diseño muestral

Población Universo:

Todas las pacientes con histerectomía vaginal operados en Lima Metropolitana.

Población de Estudio:

Todas las pacientes con histerectomía vaginal operados en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2021.

Criterios de Elegibilidad:

- **De inclusión:**

Pacientes con histerectomía

Mayor a 35 años

Sin complicaciones

- **De exclusión:**

Pacientes que no deseen participar en el estudio

Tamaño de la muestra: Se determinará utilizando la siguiente fórmula muestral para estudios descriptivos.

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{E^2}$$

Donde:

Z es el nivel de confianza al 95% igual a 1.96

p proporción estimada de histerectomía 50%

q=1-p

E es el error absoluto para el estudio que es igual al 5%

$$n = \frac{1.96^2 * 0.50 * 0.50}{0.05^2}$$

$$n = 384.1 \text{ aprox } 385$$

Se trabajará finalmente con un mínimo de 385 historias clínicas.

Muestreo o selección de la muestra:

Será muestreo probabilístico de selección aleatoria simple.

4.3 INSTRUMENTOS

Se elaborará en base a los objetivos de estudio la ficha de datos. Se procederá a consulta de expertos para analizar la concordancia de opiniones de los expertos en cuanto a la pertinencia, claridad y aplicabilidad del instrumento. No es necesario datos de confiabilidad dado que las preguntas tienen respuestas heterogéneas.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se elaborará una base de datos de acuerdo a la ficha de recolección de éstos y la operacionalización de variables. Los datos se organizarán en el programa Microsoft Excel y serán exportados al Software estadístico SPSS v 28.0 para ser analizados. Se elaborarán tablas de 2x2 y se llevará a cabo un análisis bivariado, con la prueba Chi cuadrado. Para cuantificar la presencia de factor se utilizará será el Odds Ratio (OR) y se definirá sus intervalos de confianza al 95%. Finalmente, para controlar factores de confusión se utilizará regresión logística.

4.5 Aspectos éticos

Se solicitarán las autorizaciones respectivas del Hospital donde se ejecutará el estudio y a la Universidad San Martín de Porres para la ejecución metódica y cuidadosa de fichas de información, sin faltar a la privacidad de la información de los participantes. Poniendo especial atención en el anonimato de cada uno de los participantes y en la confidencialidad de los datos recogidos. Se solicitará la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad San Martín de Porres.

Al ser un estudio observacional, no será necesaria la aplicación de consentimiento informado. Los datos recogidos para el estudio serán identificados mediante un código y solo el responsable del estudio podrá relacionar dichos datos con las participantes. La identidad de las participantes no será revelada en ningún informe de este estudio.

CRONOGRAMA

Etapas	2023											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Redacción final del proyecto de investigación	X	X	X	X	X	X	X					
Aprobación del proyecto de investigación								X				
Recolección de datos									X	X		
Procesamiento y análisis de datos											X	
Elaboración del informe											X	
Correcciones del trabajo de investigación												X
Aprobación del trabajo de investigación												X
Publicación del artículo												X

PRESUPUESTO

Elementos	Cantidad estimada	Fuente de financiamiento
Instrumentos de impresión: lapiceros, papel bond A4	150.00	El investigador
Impresiones	250.00	El investigador
Empastado de tesis	150.00	El investigador
Internet	50.00	El investigador
Traslado y refrigerio	100.00	El investigador
TOTAL	700.00	

FUENTES DE INFORMACION

- 1.- Acog practice bulletin: urinary incontinence in women. Clinical management guidelines for obstetricians and gynecologist. number 63. June 2005. 2. Urinary incontinence in women: direct costs of routine care. American journal of obstetrics & gynecology December 2007.
- 2.- Nilsson CG, Kuuva N, Falconer C, Rezapour M, Ulmsten U. Long-term results of the TVT procedure for surgical treatment of female stress incontinence. *Int Urogynecol J* 2001;12(suppl 2): S5-8.
- 3.- Ulmsten U, Johnson P, Rezapour M. A three-year follow-up of tension free vaginal tape for surgical treatment of female stress incontinence. *BJOG* 1999; 106:345-50
Richter HE, Norman AM, Burgio KL, Goode PS, Wright KC, Benton J, et al. Tension-free vaginal tape: a prospective subjective and objective outcome analysis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005; 16:109-3.- Haab F, Sananes S, Amarenco G, Ciofu C, Uzan S, Gattegno B, et al. Results of the tension-free vaginal tape procedure for the treatment of type II stress urinary incontinence at a minimum of 1 year. *J Urol* 2001; 165:159-62
- 4.- Flock F, Reich A, Muche R, Kreienberg R, Reister F. Hemorrhagic complications associated with tension-free vaginal tape procedure. *Obstet Gynecol* 2004; 104:989-94.
- 5.- Tamussino KF, Hanzal E, Kolle D, Ralph G, Riss PA, for the Austrian Urogynecology Working Group. Tension-free vaginal tape operation: results of the Austrian registry. *Obstet Gynecol* 2001; 98:732-6.
- 6.- Kuuva N, and Nilsson CG: A nationwide analysis of complications associated with the tension-free vaginal tape (TVT) procedure. *Acta Obstet Gynecol Scand* 81: 72–77, 2002.
- 7.- Surgical management of urinary stress incontinence in women: A historical and clinical overview. Piet Hinoul, Jan-Paul Roovers, Willem Ombelet, Ruben V. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 145 (2009) 219–225.
- 8.-Urinary stress incontinence in women. *N Engl j med* 358;10. March 6, 2008.
9. Magrina JF. Complications of laparoscopic surgery. *Clin Obstet Gynecol* 2002; 45: 469-480. [Links]
10. Webb M, Symonds R. Wertheimer hysterectomy: a reappraisal. *Obstet Gynecol* 1979; 54; 140-145. [Links]
11. Harris WJ. Early complications of abdominal and vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50: 795-780. [Links]
12. Sweet RL, Gibbs RS. Antibiotic prophylaxis in obstetrics and gynecology, En: Sweet RL, Gibbs RS, eds. *Infectious Diseases of the Female Genital Tract*, 3rd ed. Baltimore: Williams&Wilkins, 1995: 729-745. [Links]
13. Mittendorf R, Aronson MP, Berry RE, Williams MA, Kupelnick B, Klickstein A et al. Avoiding serious infections associated with abdominal hysterectomy: A meta-analysis of antibiotic prophylaxis. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 1119-1124. [Links]

14. Wittmann DH, Schein M. Let us shorten antibiotic prophylaxis and therapy in surgery. *Am J Surg* 1996; 172 (suppl 6A): 26-32S. [Links]
15. Kingdom JCP, Kitchener GC, MacLean AB. Postoperative urinary tract infection in gynecology: Implications for an antibiotic prophylaxis policy. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 636-638. [Links]
16. Finan MA, Barton DP, Fiorica JV, Hoffman MS, Roberts WS, Gleeson M et al. Ileus after gynecologic surgery: Management with water-soluble hyperosmolar radiocontrast material. *South Med J* 1995; 88: 539-542. [Links]
17. Hartsell PA, Frazee RC, Harrison JB, Smith RW. Early postoperative feeding after elective colorectal surgery. *Arch Surg* 1997; 132: 518-520. [Links]
18. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, Cowart MR, Scally MJ, Peterson HB et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The collaborative review of sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144: 841-848. [Links]
19. Montz FJ, Holschneider CH, Solh S, Schuricht LC, Monk BJ. Small bowel obstruction after radical hysterectomy: Risk factors, incidence, and operative findings. *Gynecol Oncol* 1994; 53: 114-120. [Links]
20. Vanrell JA, Carmona F. Complicaciones de cirugía ginecológica. En: Cañete ML, Cabero R. *Urgencias en ginecología y obstetricia: Aproximación a la medicina basada en la evidencia*. Madrid 2007: 611-639. Editorial FISCAM D.L. [Links]
21. Kuno L, Menzin A, Kauder H, Sison C, Gal D. Prophylactic ureteral catheterization in gynecologic surgery. *Urology* 1998; 52: 1004-1008. [Links]

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivo	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS POSTCIRURGIAS EN PACIENTES CON HISTERECTOMIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2022.</p>	<p>¿Cuáles son las complicaciones ginecológicas postcirugías de pacientes con histerectomías atendidas en el departamento de Ginecología en el Hospital Sergio E. Bernales?</p>	<p>Objetivos de la Investigación</p> <p>Conocer las características de las complicaciones ginecológicas postcirugías de pacientes con histerectomías atendidas en el departamento de Ginecología en el Hospital Sergio E. Bernales.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la frecuencia de histerectomía vaginal, realizadas en el Hospital Sergio Bernales.</p> <p>Determinar las características demográficas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital Sergio Bernales.</p> <p>Determinar las características clínicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital Sergio Bernales.</p> <p>Determinar las características quirúrgicas, intraoperatorias, de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital Sergio Bernales.</p>	<p>Es un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo parcial y responde a un diseño no experimental</p>	<p>Población de estudio</p> <p>Todas las pacientes con histerectomías atendidas en el departamento de Ginecología en el Hospital Sergio E. Bernales</p>	<p>Ficha de datos</p>

		<p>Determinar las características quirúrgicas, postoperatorias, de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal en el Hospital Sergio Bernales.</p> <p>Determinar las características de evolución postquirúrgica hasta el momento del alta en pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital Sergio Bernales</p> <p>Determinar las características anatomopatológicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital Sergio Bernales</p>			
--	--	---	--	--	--

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:	Distrito:	
Nombre completo:		
		Marcar con X
Edad:	18 a 29	
	30 a 59	
	Mayor de 60	
Estado civil:	Soltera	
	Casada	
	Conviviente	
	Viudo	
Grado de instrucción:	No tiene	
	Primaria	
	Secundaria	
	Superior Incompleto	
	Superior Completo	
Área de residencia	Urbano	
	Rural	
Nivel socioeconómico:	Bajo	
	Medio Bajo	
	Medio	
	Medio alto	
Actividad económica	Formal	
	Informal	
	>36 horas	
Tipo de vivienda	Cuarto	

	Departamento	
	Casa	
Servicios de vivienda (luz, agua, desagüe)	No	
	Sí	

Frecuencia de histerectomía vaginal	
Características clínicas	
Características quirúrgicas, intraoperatorias	
Características quirúrgicas, postoperatorias	
Características de evolución postquirúrgica hasta el momento del alta	
Características anatomopatológicas	