



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2018

PRESENTADA POR  
KARENT LILIANA ANICAMA MENDOZA

ASESOR  
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ  
2019



**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  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2018**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

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

**PRESENTADO POR**

**KARENT LILIANA ANICAMA MENDOZA**

**ASESORA**

**DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

**LIMA, PERÚ**

**2019**

# ÍNDICE

|   | <b>Págs.</b> |
|---|--------------|
| Portada   | i            |
| Índice  | ii           |
| <br>  |              |
| <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>         | <b>1</b>     |
| 1.1 Descripción del problema                          | 1            |
| 1.2 Formulación del problema                          | 2            |
| 1.3 Objetivos   | 2            |
| 1.4 Justificación                                     | 3            |
| 1.5 Viabilidad y factibilidad                         | 4            |
| <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>                     | <b>5</b>     |
| 2.1 Antecedentes                                      | 5            |
| 2.2 Bases teóricas                                    | 9            |
| 2.3 Definición de términos básicos                    | 20           |
| <b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>            | <b>21</b>    |
| 3.1 Formulación de la hipótesis                       | 21           |
| 3.2 Variables y operacionalización                    | 21           |
| <b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>                       | <b>23</b>    |
| 4.1 Tipo y diseño                                     | 23           |
| 4.2 Diseño muestra                                    | 23           |
| 4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos | 24           |

|   |    |
|---|----|
| 4.4 Procesamiento y análisis de los datos | 25 |
| 4.5 Aspectos éticos                       | 25 |

|                   |    |
|-------------------|----|
| <b>CRONOGRAMA</b> | 26 |
|-------------------|----|

|                    |    |
|--------------------|----|
| <b>PRESUPUESTO</b> | 27 |
|--------------------|----|

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| <b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b> | 28 |
|-------------------------------|----|

## **ANEXOS**

1. Matriz de consistencia
2. Instrumentos de recolección de datos
3. Solicitud de autorización al Director del hospital

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción del problema

La histerectomía es la cirugía ginecológica que con más frecuencia se efectúa a nivel mundial, ocupa el segundo lugar después de la cesárea; y como procedimiento quirúrgico es más común en la edad fértil <sup>(1)</sup>.

Vista de una perspectiva histórica, fue inicialmente realizada para condiciones que amenazaban la vida de las pacientes, pero sus amplios rangos de indicaciones han conducido a intervenciones en muchos casos injustificadas. Ha habido, sin embargo, concomitantemente, una aparente caída en las tasas de mortalidad y de complicaciones operatorias y posoperatorias <sup>(2)</sup>.

La mayoría de cirujanos ginecólogos está de acuerdo en que una reducción de la tasa de histerectomías realizadas y de complicaciones transoperatorias es posible. Los argumentos sobre la mejor vía para alcanzar este objetivo persisten, aumentando una vez más un viejo y conocido debate entre cirujanos que favorecen la vía vaginal y aquellos que prefieren la laparotomía clásica, o más recientemente el acceso laparoscópico. De esta manera, es necesario evaluar las diferentes técnicas, sus ventajas e inconvenientes respectivos y el real lugar que ellas deberían ocupar <sup>(3)</sup>.

En Europa, reportes actuales indican que este número de pacientes ha incrementado. En España esta cifra no supera los 150 casos por cada 100,000 mujeres al año y es uno de los 15 procedimientos hospitalarios más realizados. La mayor cantidad de histerectomías se encuentra en el grupo etario comprendido entre 40 a 44 años <sup>(4)</sup>.

En Estados Unidos, con una cantidad superior a los 600.000 procedimientos al año, tiene una tasa de mortalidad de 0.4%, la vía abdominal es utilizada en un 60%. Casi el 90% se realizan por indicaciones benignas, siendo la miomatosis uterina la causa más frecuente <sup>(5)</sup>.

En Perú, existen muy pocos trabajos de investigación acerca de histerectomías, a pesar de ser un procedimiento realizado con mucha frecuencia en el campo de ginecología.

En el Hospital María Auxiliadora, caracterizado por atender a toda la población de Lima Sur, al realizar la búsqueda de investigaciones previas no se ha encontrado, a pesar de que esta cirugía sigue siendo la más frecuente en el campo ginecológico. Por tal motivo, y con el fin de revisar este tema de gran importancia, nace la idea de realizar la presente investigación.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son las características clínicas y quirúrgicas de las histerectomías abdominales y vaginales del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018?

## **1.3 Objetivos**

### **Objetivo general**

Establecer las características clínicas y quirúrgicas de las histerectomías abdominales y vaginales del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018.

### **Objetivos específicos**

Identificar las características clínicas y quirúrgicas prevalentes en las histerectomías abdominales y vaginales, según variables medico quirúrgicas.

Determinar las diferencias entre las características clínicas y quirúrgicas en las histerectomías abdominales y vaginales según variables sociodemográficas.

Analizar las características clínicas y quirúrgicas en las histerectomías abdominales y vaginales, según variables intraoperatorias.

Analizar las diferencias clínicas y quirúrgicas de la histerectomía abdominal y vaginal según el tipo de complicaciones que presentan.

#### **1.4 Justificación**

El Hospital María Auxiliadora es el establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive de la región Lima Sur, recibe pacientes referidos de todo el interior de nuestro país. Sin embargo, al buscar información previa sobre histerectomías, no cuenta con estudios previos.

De acuerdo con la tendencia clínica que predomina en la especialidad de Gineco-obstetricia, se observa la necesidad de utilizar técnicas quirúrgicas cada vez menos invasivas que afecten la integridad corporal de las pacientes con patología Gineco-obstétrica.

Por tal razón este proyecto, busca identificar y describir las características clínicas y quirúrgicas que por su prevalencia se presentan con mayor regularidad en la clínica y, de esa manera definir cuál es la decisión quirúrgica por realizar, para disminuir los riesgos quirúrgicos y/o posquirúrgicos en este tipo de pacientes.

Si se desarrolla una adecuada identificación de los criterios clínicos y quirúrgicos, en consecuencia, los costos de la intervención serán regulados por la oportuna decisión del especialista para realizar el proceso operatorio y garantizar la calidad de la actuación médico y asegurar el desarrollo óptimo del proceso tanto operatorio como postoperatorio.

De esta manera, obtendremos una visión actual de cómo estamos brindando la atención médica a nuestros pacientes, analizar la información y plantear acciones de mejora o correctivas, evitando así complicaciones.



Además, la presente investigación es de mucha importancia, pues servirá como base para trabajos futuros, incluyendo mayor tiempo de estudio o inspirando a estudios de mayor complejidad.

### **1.5 Viabilidad y factibilidad**

El proyecto de investigación se considera viable ya que se cuenta con el permiso necesario por parte del director de la institución para la revisión de las historias clínicas.

Asimismo, el trabajo de investigación es factible, porque cuenta con disponibilidad de los recursos, tanto humanos como financieros, necesarios para llevar a cabo dicho estudio con el fin de conseguir los objetivos planteados.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

En 2018, Bazán K desarrolló una investigación en Perú, de tipo descriptivo, transversal y observacional, cuyo objetivo consistió en describir la preferencia de los tipos de histerectomía abdominal en médicos Gineco-obstetras; se incluyó como población de estudio a médicos asistentes de cinco hospitales públicos de Lima Metropolitana. La investigación determinó que 81 médicos prefieren la histerectomía abdominal total y 15 la subtotal, la causa más frecuente de dicha cirugía fue la miomatosis uterina seguido de la hemorragia uterina disfuncional y el trabajo concluyó que los ginecólogos siguen prefiriendo la extracción del cuello cervical en la cirugía <sup>(6)</sup>.

En 2017, Chung A desarrolló una investigación en Perú, de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, cuyo objetivo consistió en determinar cuáles son las complicaciones de la histerectomía según la vía de abordaje abdominal versus vaginal en el hospital III Essalud de Iquitos; se incluyó como población de estudio a todas las pacientes sometidas a dicha cirugía durante el 2016. La investigación determinó que la edad promedio de las pacientes fue de 46 años, la vía de abordaje más frecuente fue la vía abdominal en un 85.8%, así también esta vía tuvo mayores complicaciones, en un 19%, comparado con un 15% para la vía vaginal y el trabajo concluyó que la vía abdominal tuvo más complicaciones debido a la mayor frecuencia con que se realiza <sup>(7)</sup>.

En 2014, López H desarrolló una investigación en Perú, de tipo cuantitativo y diseño descriptivo, transversal y retrospectivo, cuyo objetivo consistió en determinar las indicaciones y complicaciones de histerectomías obstétricas del hospital Regional de Loreto, se incluyó como población de estudio a todas las pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica desde el 2009 al 2014 en dicho hospital. La investigación determinó que la indicación más frecuente fue atonía uterina en un 61%, seguida del desprendimiento prematuro de placenta. El rango de edad de

éstas pacientes es de 20 a 34 años y 53% proceden de zona rural. No se reportaron complicaciones. El trabajo concluyó que esta cirugía de emergencia no es muy frecuente en dicho hospital <sup>(8)</sup> .

En 2013, Pazmiño R desarrolló una investigación en Ecuador, de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, cuyo objetivo consistió en determinar las principales causas de histerectomía abdominal y vaginal de un hospital de Ecuador; se incluyó como población de estudio a las pacientes que fueron intervenidas en dicho hospital durante el 2013. La investigación determinó que en 82% de las pacientes se empleó la vía abdominal y 18% la vía vaginal, 46 años fue su edad promedio y el trabajo concluyó que la miomatosis uterina es la principal causa de histerectomía abdominal y el prolapso genital para la histerectomía vaginal <sup>(9)</sup> .

En 2013, Miranda C desarrolló una investigación en Ecuador, de tipo estudio de campo, de corte transversal, cuyo objetivo consistió en determinar el impacto que tiene la histerectomía en la vida de las pacientes de 35 a 55 años en el hospital Alfredo Noboa Montenegro; se incluyó como población de estudio a dichas pacientes sometidas a histerectomía con ese rango de edad. La investigación determinó que 44 años es la edad promedio, 60% de este grupo eran casadas, 46% tenían como escolaridad primaria. La cirugía abdominal fue la más frecuente con un 92%, y solo 8% tuvo abordaje vaginal; así mismo obtuvo que el 42% de las pacientes refieren vivir una calidad de vida regular, y solo el 6% tiene una calidad de vida muy buena. El trabajo concluyó que la histerectomía afecta considerablemente la calidad de vida <sup>(10)</sup> .

En 2013, Espinosa A desarrolló una investigación en México, de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, cuyo objetivo consistió en determinar la prevalencia, morbilidad y mortalidad de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de un hospital de México; se incluyó población de estudio a todas las pacientes sometidas a este procedimiento durante el 2013. La investigación determinó una prevalencia de histerectomías de 0.24%, el promedio de edad de las

pacientes fue de 27 años, 65% tenían antecedente de cesárea. Las indicaciones más frecuentes fueron atonía uterina y placenta previa. El trabajo concluyó que la prevalencia de histerectomía obstétrica fue menor a la reportada según la literatura (11).

En 2013, Fernández I desarrolló una investigación en Perú, de tipo observacional, analítico y de casos y controles, cuyo objetivo consistió en determinar los factores asociados a complicaciones de histerectomía vaginal en el hospital San Bartolomé, se incluyó como población de estudio a todas las pacientes histerectomizadas por vía vaginal durante el 2013. La investigación determinó que la edad promedio de dichas pacientes fue de 55 años, 56.7% de las pacientes presentaron complicaciones postoperatorias (12).

En 2013, Pinto J desarrolló una investigación en Perú, de tipo descriptivo retrospectivo, cuyo objetivo consistió en determinar las características de las pacientes sometidas a histerectomía; se incluyó como población de estudio a las pacientes histerectomizadas en el hospital Regional de Loreto desde el 2010 al 2013. La investigación determinó 88% de las pacientes tenían antecedentes de cesárea previa y 21% eran hipertensas; 54% de ellas acudieron a consulta por sangrado vaginal; la miomatosis uterina fue el diagnóstico prequirúrgico principal (55%); la incisión realizada fue la infraumbilical mediana (88%), en el 96.4% la vía de abordaje fue abdominal. El trabajo concluyó que la histerectomía abdominal sigue siendo la vía de abordaje más frecuente (13).

Aguilar S et al., en 2014, realizaron un estudio con el objetivo de hallar la incidencia y las principales causas de histerectomía obstétrica en el hospital universitario América Arias, para la cual emplearon la metodología de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. Entre sus hallazgos encontraron una incidencia de 4.9, la principal indicación fue la hemorragia seguida de la sepsis; la edad más frecuente fue mayor a 35 años; llegaron a la conclusión que la incidencia se mantiene en valores según la literatura internacional (3).

En 2010, Indacochea R desarrolló una investigación en Ecuador, de tipo descriptivo, longitudinal, retrospectivo, correlacional y no experimental, cuyo objetivo consistió en evaluar la morbilidad, causas y complicaciones asociadas a histerectomías abdominales y vaginales; se incluyó como población de estudio a todas las pacientes histerectomizadas en el hospital Enrique C. Sotomayor durante el 2010. La investigación determinó que el motivo más frecuente de histerectomía fue la leiomiomatosis en un 70%, 84% utilizaron la vía abdominal y la edad promedio de las pacientes fue de 46 años. El trabajo concluyó que la morbilidad asociada a las pacientes sometidas a este procedimiento es de 8.7% <sup>(14)</sup> .

En 2012, Del Águila R desarrolló una investigación en Perú, de tipo descriptiva, transversal y retrospectiva, cuyo objetivo consistió en describir las características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas; se incluyó como población de estudio a todas las pacientes a quienes se les realizó este procedimiento en el hospital de Yarinacocha desde el 2006 al 2011. La investigación determinó una incidencia de 0,18%, el rango de edades estuvo comprendido entre 17-43 años. Y tuvo como principales indicaciones: atonía uterina, acretismo placentario, rotura uterina y el trabajo concluyó que 93% de las histerectomías abdominales son subtotaes <sup>(15)</sup> .

En 2010, Vidal J desarrolló una investigación en Perú, de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, cuyo objetivo consistió en obtener las características clínica, demográfica y quirúrgica de las pacientes con histerectomías; se incluyó como población de estudio a todas las pacientes histerectomizadas en el hospital Daniel Alcides Carrión en el 2010. La investigación determinó que el 70.8% se realizó por la vía abdominal y el 29.3% por la vía vaginal. 51 años fue la edad promedio, la causa más frecuente para la vía abdominal fue la miomatosis y la distopía genital para la vía vaginal. El trabajo concluyó que la vía abdominal sigue siendo la más frecuente a lo largo de los años <sup>(1)</sup> .

En 2009, Rodas D desarrolló una investigación en Guatemala, de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, cuyo objetivo consistió en obtener las características de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica; se incluyó como población de estudio a las pacientes sometidas a este procedimiento en el Hospital Roosevelt durante el 2009. La investigación determinó que la causa más frecuente de dicha cirugía fue la atonía uterina en un 76%, 12% por acretismo placentario. El 44% de las pacientes tenían entre treinta y cuarenta años, 68% de las pacientes tenía una cirugía como antecedente, siendo la cesárea, la más frecuente. El trabajo concluyó que la hemorragia obstétrica sigue siendo la causa más frecuente de dicho procedimiento <sup>(16)</sup> .

En 2004, Carrera X desarrolló una investigación en Ecuador, de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo, cuyo objetivo consistió en comparar las características de las histerectomías vaginal, abdominal y vaginal asistida por laparoscopia; se incluyó como población de estudio a todas las pacientes a quienes se les realizó este procedimiento en el hospital Carlos Andrade Marín. La investigación determinó que los tiempos operatorios fueron, para la vía abdominal 112 minutos, 118 para la vía vaginal y 114 para la vía laparoscópica, en las tres vías el tiempo de hospitalización fue de 4 días y de recuperación fue de 3 días. El trabajo concluyó que en todas las vías de cirugía, se requiere un tiempo adecuado para su realización y recuperación <sup>(2)</sup> .

## **2.2 Bases teóricas**

### **Definición de histerectomía**

Es el acto quirúrgico irreversible, consiste en la extracción del útero o parte de este, generando infertilidad definitiva. Puede realizarse por vía abdominal, vaginal o laparoscópica <sup>(11)</sup> .

### **Tipos de histerectomía**

**Histerectomía abdominal:** Con esta vía de acceso se obtiene mayor campo operatorio, se prefiere si se anticipa encontrar órganos pélvicos de gran tamaño o adherencias muy extensas. Un acceso abdominal permite el acceso a los ovarios si se plantea realizar ooforectomía, al espacio de Retzius o espacio presacro cuando se planea llevar a cabo en forma simultánea procedimientos de uroginecología, o bien a la porción superior del abdomen para la clasificación por etapas del cáncer <sup>(17)</sup> .

**Histerectomía vaginal:** Esta vía de acceso es elegida por ginecólogos cuando existe prolapso genital, los órganos pélvicos tienen menor tamaño, no se espera encontrar adherencias de gran tamaño o enfermedad significativa de los anexos. Al comparar esta vía con la histerectomía abdominal, se observa que las pacientes muestran una recuperación más rápida, menos días de hospitalización, menores costos y menor dolor posoperatorio <sup>(17)</sup> .

**Histerectomía por laparoscopia:** Generalmente esta vía de acceso se escoge para mujeres con órganos pélvicos de menor tamaño, cuando no se esperan encontrar grandes adherencias, existencia de un leve descenso del útero y ginecólogos con preparación en técnicas laparoscópicas. Este acceso además de una recuperación más rápida, menor costo y menor dolor posoperatorio, permite obtener una mayor visión de la pelvis y abdomen. Sin embargo, esta técnica requiere de tiempo operatorio más prolongado y equipo quirúrgico más costoso <sup>(17)</sup> .

**Etapas quirúrgicas de histerectomía abdominal <sup>(18)</sup> .**

**Anestesia y posición de la paciente:** La histerectomía abdominal se realiza frecuentemente con anestesia general. La paciente es colocada en posición de decúbito dorsal, se inserta una sonda Foley y se lleva a cabo la preparación quirúrgica del abdomen y la vagina <sup>(18)</sup> .

**Acceso abdominal:** Se puede utilizar una incisión transversa o vertical para la histerectomía, los factores clínicos influyen en su selección <sup>(18)</sup> .

**Exposición:** Después del acceso a la cavidad abdominal se coloca un separador de autoretención como el de O'Connot - O'Sullivan o el de Balfour. Se exploran la pelvis y el abdomen visualmente y en forma manual se separa el intestino del campo quirúrgico por medio de compresas de vientre. Se sujeta el útero y se eleva fuera de la pelvis. Si hay adherencias extensas, se restablecen las relaciones anatómicas normales para facilitar la intervención quirúrgica. La histerectomía puede ser realizado por un cirujano, pero por lo general están presentes dos, cada uno suele realizar la mitad de la intervención a cada lado del útero <sup>(18)</sup> .

**Corte transversal del ligamento redondo:** Se colocan pinzas de Kelly curvas a ambos lados a través de las trompas de Falopio y ligamento uteroovárico, justo por fuera del útero. La histerectomía empieza seccionando en la parte media uno de los ligamentos redondos. De esta manera se penetra en el retroperitoneo para identificar al uréter y además para tener acceso a la arteria uterina y el ligamento cardinal para cortarlos más adelante. Se coloca un punto de sutura transfixivo con material de absorción lenta calibre 0 casi 1 cm proximal, y otro, 1 cm distal al sitio de corte planeado. Las suturas se sujetan con hemostatos y se dirigen hacia arriba y afuera para crear tensión sobre el segmento interpuesto del ligamento redondo. Se corta el ligamento en sentido caudal en los primeros 1 a 2 cm del ligamento ancho <sup>(18)</sup> .

**Separación de las hojas del ligamento ancho:** Con esta acción se separa el ligamento ancho dando origen a las hojas anterior y posterior. Entre ellas se observa tejido conjuntivo areolar. Los bordes internos y externos de la hoja anterior se sujetan con pinzas atraumáticas sin dientes. La tensión sobre esos bordes se dirige



hacia arriba y afuera. La hoja anterior elevada se corta en línea curva hacia la línea media y abajo, hasta el nivel del pliegue vésico-uterino. Los últimos dos pasos se repiten en el lado contralateral. En este punto es conveniente identificar los uréteres en el espacio retroperitoneal. Lo mejor es hacer eso antes de colocar las pinzas en los tejidos. Una vez que se alejó el uréter del campo quirúrgico, se hace una incisión en la hoja posterior del ligamento ancho que se extiende en sentido inferomedial hacia los ligamentos úterosacros <sup>(16)</sup> .

**Conservación ovárica:** Con las hojas del ligamento ancho abiertas, si se van a conservar los ovarios, el cirujano puede introducir su dedo índice bajo la trompa de Falopio y el ligamento uteroovárico. Ya se había colocado una pinza de Kelly al inicio de la intervención a través de la trompa de Falopio y el ligamento uteroovárico y yace en ubicación proximal al dedo del cirujano. Se colocan dos pinzas de Heaney y otras apropiadas al lado del dedo, ambas dirigidas hacia el útero. Se retira el dedo del cirujano y se realiza una incisión en el segmento interpuesto de la trompa de Falopio y el ligamento uteroovárico entre la pinza de Heaney medial y la de Kelly. Se coloca sutura libre de absorción lenta, calibre 0 alrededor de la más externa de las dos pinzas de Heaney. Conforme se anuda de manera segura el material de sutura, se retiran las dos pinzas. Se coloca un punto transfixivo alrededor del pedículo sostenido por la pinza de Heaney restante. Esta sutura se sitúa por arriba y distal respecto de la primera ligadura. Conforme se aprieta el nudo en su lugar, se retira la pinza de Heaney. Se deja la pinza Kelly en su lugar, ahora los anexos están separados del útero <sup>(16)</sup> .

**Ooforectomía:** Si se van a extirpar los anexos, se sujetan la trompa de Falopio y el ovario con una pinza de Babcock y se elevan alejándose del ligamento infundibulopélvico (IP). Se incide el peritoneo por fuera de este ligamento y se extiende el corte en dirección cefálica y lateral. El peritoneo medial al ligamento IP se incidió antes como parte del corte de la hoja posterior del ligamento ancho.

Con el ligamento IP ahora aislado, se le pueden colocar pinzas de Heaney curvas alrededor. Como con los ligamentos uteroováricos, se colocan dos pinzas laterales al sitio planeado de incisión y una medial. Se dirigen las curvaturas de esas pinzas

hacia el sitio de la incisión planeada. Una vez que se han colocado las pinzas, se corta el ligamento IP y se liga. Ahora el anexo está libre en la pared pélvica lateral y su mayor movilidad puede obstaculizar la intervención quirúrgica. Por este motivo, los anexos suelen sujetarse con la pinza Kelly localizada todavía en el ligamento uteroovárico o simplemente se extirpan y retiran <sup>(18)</sup> .

**Colgajo vesical:** Se corta el peritoneo que une el borde superior de la vejiga al istmo uterino cuando se abrió la hoja anterior del ligamento ancho. El pliegue vésicouterino se sujeta y se eleva para crear tensión entre éste y el cuello uterino en el fondo. Al mismo tiempo, se crea contracción, jalando en sentido superior las pinzas de Kelly, colocadas previamente en el fondo. A continuación, se cortan con tijeras finas de Metzembbaum las bandas de tejido conjuntivo dentro de este espacio vésicouterino <sup>(17)</sup> .

**Arterias uterinas:** Luego se identifican las arterias uterinas a lo largo de las caras laterales del útero a nivel del istmo. Del ligamento ancho, queda una cantidad variable de peritoneo posterior y tejido areolar laxo que rodea los vasos uterinos. La incisión de este tejido desde la parte que rodea a un vaso se denomina esqueletonización. Esta estrategia finalmente crea un volumen más pequeño de tejido contenido en el pedículo vascular que se va a pinzar. Se aplica un punto con material de absorción lenta calibre 0 bajo la punta de la pinza más baja y con los extremos de la sutura se rodea el cuerpo de la pinza <sup>(16,17)</sup> .

**Amputación del fondo uterino:** Después de la ligadura bilateral de las arterias uterinas, si el útero es grande y voluminoso se separa en forma cortante del istmo y el cuello. Después de retirar el cuerpo, se colocan pinzas de Kocher de un solo diente sobre las paredes anterior y posterior del istmo uterino para elevar el cuello <sup>(16)</sup> .

**Incisión de los ligamentos cardinales:** Estos ligamentos yacen a los lados del útero y son inferiores con relación a los vasos uterinos. Se usa una pinza de Heaney recta para sujetar el ligamento cardinal. Conforme se sujeta el ligamento con la pinza, se orienta ésta en forma paralela al lado del útero que corresponda. Mientras la pinza se cierra lentamente, se aleja ligeramente del eje vertical del útero. Con un

bisturí se secciona la porción del ligamento cardinal sostenida por la pinza. A continuación, se colocan puntos simples transfixivos con material de absorción lenta calibre 0 debajo de la pinza, se anuda y la pinza se retira <sup>(18)</sup> .

**Corte transversal del ligamento úterosacro:** Estos ligamentos se sienten y observan mejor a la tracción uterina en sentido superior. Cada ligamento se sujeta con una pinza de Heaney recta cerca de su inserción uterina. Se corta el ligamento en ubicación medial a la pinza, se aplica un punto de sutura transfixivo y se retira la pinza <sup>(17)</sup> .

**Acceso a la vagina:** En este punto, se puede hacer la palpación manual a través de las paredes vaginales anterior y posterior para identificar el nivel más bajo del cuello uterino. Ahí se utilizan pinzas de Heaney curvas para sujetar juntas las paredes vaginales anterior y posterior en un punto apenas debajo del cuello <sup>(18)</sup> .

**Extracción del útero:** Se incide el tejido vaginal por arriba del nivel de las pinzas. Este procedimiento separa al útero de la pelvis. Se colocan puntos transfixivos bajo las pinzas de Heaney <sup>(17)</sup> .

**Cierre del muñón vaginal:** Para suspender la cúpula vaginal al pedículo del ligamento úterosacro ipsilateral, se utiliza material de absorción lenta calibre 0. Esta sutura incorpora las paredes vaginales anterior y posterior con la porción distal del ligamento úterosacro y ayuda a prevenir el prolapso del muñón después de la cirugía. Los hilos de sutura se dejan largos y se sostienen con pinzas hemostáticas. Al traccionar las pinzas hacia arriba y hacia un lado, se eleva el muñón vaginal anterior y posterior seccionados, se re aproximan con varios puntos con forma de ocho o con puntos continuos y anclados utilizando material de sutura calibre 0 de absorción lenta. El peritoneo que cubre el borde vaginal posterior se debe incluir en esta sutura para reducir el riesgo de hemorragia postoperatoria proveniente del muñón vaginal <sup>(18)</sup> .

**Cierre de la herida:** El cierre se realiza por planos anatómicos <sup>(16)</sup> .

**Indicaciones de histerectomía abdominal total** <sup>(19)</sup>

Las indicaciones para la histerectomía abdominal abarcan variadas patologías, que pueden ser clasificadas en dos grupos, a saber, enfermedades benignas y malignas que afectan los órganos pélvicos. Es fundamental establecer si la paciente manifiesta sintomatología como consecuencia de su patología o si, por el contrario, es asintomática <sup>(19)</sup> .

Las enfermedades benignas incluyen padecimientos inflamatorios e infecciosos, endometriosis y tumores uterinos como los fibromas (entre los más frecuentes). La infección que exige histerectomía guarda relación, en la mayor parte de los casos, con los anexos, a pesar que hay abscesos uterinos y pélvicos que requieren extirpación del tejido enfermo. La endometriosis es otra patología que afecta a los órganos pélvicos y puede obligar a la realización de una histerectomía total, incluso acompañada por una salpingooforectomía, si la paciente tiene paridad satisfecha y es sintomática. Los fibromas uterinos especialmente cuando desencadenan sintomatología, incapacidad o cambios advertidos durante la exploración física, ameritan intervención quirúrgica. El dolor, las molestias de compresión, la presencia de una tumoración y la hemorragia son los sintomatología que hacen predecir la existencia de una tumoración, en cuyo caso está indicado extirpar el útero <sup>(18)</sup> .

Las enfermedades malignas del cérvix uterino, trompas de Falopio y ovarios también son indicaciones para histerectomía. El cáncer cervical invasor, dependiendo de su etapa clínica, es susceptible de histerectomía radical (hasta el estadio IIa). El carcinoma preinvasor o microinvasor del cérvix puede ser tratado con una sencilla histerectomía extrafascial con resección de un manguito vaginal ancho. El carcinoma de endometrio se resuelve con una histerectomía extrafascial con salpingooforectomía bilateral. La radioterapia con quimioterapia o sin ella completa el tratamiento del cáncer de endometrio. El carcinoma de trompas de Falopio y de los ovarios podrían ser solucionados con una histerectomía abdominal total extrafascial y salpingooforectomía bilateral, junto a una omentectomía <sup>(19)</sup> .

### **Complicaciones de la histerectomía abdominal <sup>(20)</sup>**

- Hemorragia postoperatoria severa
- Complicaciones tromboembólicas
- Complicaciones urológicas: Fístulas vesicovaginales y retención urinaria.
- Complicaciones digestivas: Retardo del tránsito gastrointestinal
- Hematomas sin signos de infección
- Complicaciones con signos de infección y febriles no tromboembólicas: Infección del tracto urinario, absceso de pared, infección del muñón vaginal y/o del espacio subperitoneal, linfangitis, fiebre inexplicada, sepsis.

## **Histerectomía vaginal**

### **Técnica operatoria de histerectomía vaginal <sup>(21)</sup>**

La paciente es colocada en posición de litotomía, con los músculos en flexión, las piernas en extensión y las nalgas sobresaliendo ligeramente del borde de la mesa. Para brindar una mejor exposición del campo operatorio, se fija los labios menores a la piel adyacente del muslo y la horquilla vaginal, en un sitio del perineo que brinde tracción adecuada, sin desgarrar los tejidos. Se introduce una valva de peso, cuya función es deprimir la pared posterior de la vagina y facilitar la tracción del cérvix mediante una pinza-tentáculo <sup>(21)</sup> .

La circuncisión del cérvix se realiza a tres o cuatro milímetros por debajo de la vejiga. De esa manera, evitamos lesionarla. La pared anterior de la vagina junto a la vejiga adyacente, se separa del útero mediante tijeras o con un dedo cubierto con una gasa. Este paso nos permitirá entrar en el espacio vesicocervical, limitado a los lados por los ligamentos vesicouterinos o pilares de la vejiga, que son seccionados y ligados <sup>(22)</sup> .

A continuación, se lleva hacia arriba el cérvix, visualizando la cara posterior de la vagina, la cual se corta transversalmente, uniéndola lateralmente con la anterior. Se separa entonces, la vagina del resto del cuello del útero. La disección se realiza fácilmente, ya que el tejido de unión suele ser laxo. Se toma el peritoneo con una

pinza anatómica o quirúrgica y, mediante corte con tijeras, se abre el fondo de saco posterior. Se completa la apertura y se coloca un retractor estrecho en la cavidad peritoneal <sup>(18)</sup> .

Haciendo tracción del útero hacia arriba y hacia el lado opuesto, se toma con una pinza de Heaney los ligamentos úterosacros y cardinal del lado izquierdo y se corta. La pinza se reemplaza con una sutura de catgut crómico n°1 en forma de ocho y se repara el cabo fijándolo lateralmente con una pinza de Kocher. Una vez que se ha cortado y ligado los ligamentos úterosacros y cardinal del lado izquierdo, se realiza igual procedimiento en el lado derecho, traccionando el cérvix hacia el lado opuesto <sup>(20)</sup> .

Después que se han cortado estos ligamentos, desciende mucho más el útero, con lo cual se descubren los vasos uterinos. Estos se toman con una pinza conjuntamente con una parte de la base del ligamento ancho. Se corta con tijera y la pinza es reemplazada con un punto de catgut crómico. Se anuda y se corta los cabos repitiendo el procedimiento en el lado opuesto <sup>(21)</sup> .

La exteriorización del fondo uterino puede ser efectuada empleando los dedos o una pinza de Pozzi. Se nivela el cuerpo uterino, pasándolo por el fondo de saco anterior o posterior. Se coloca una pinza de Ochsner en la porción superior del ligamento ancho izquierdo. Se libera el útero mediante corte con tijeras y se reemplaza las pinzas con suturas de transfijión. Estos mismos pasos se repiten en el lado derecho, con lo cual el útero queda totalmente extirpado <sup>(22)</sup> .

Para la peritonización, se toma con pinzas de Allis el peritoneo anterior y posterior y se procede a suturar <sup>(21)</sup> .

Se procede a reparar el cistocele. La pared vaginal es disecada en línea media, hasta un punto justo por debajo de la uretra. Se procede a realizar corte y disección de la fascia endopélvica, se colocan puntos de fruncimiento <sup>(22)</sup> .

Se reseca el exceso de mucosa vaginal con tijeras. Finalmente se cierra la pared vaginal anterior con una serie de suturas discontinuas. Se completa la sutura de la

cúpula vaginal y se anuda lateralmente los cabos de los ligamentos úterosacros y cardinales, suspendiéndola así en mejor forma <sup>(22)</sup> .

### **Indicaciones de histerectomía vaginal <sup>(23)</sup>**

La histerectomía vaginal tiene amplia aceptación en el campo de la cirugía ginecológica y sus indicaciones experimentan un aumento constante, aunque su frecuencia varía mucho en dependencia de las preferencias personales y del entrenamiento y pericia técnica del cirujano <sup>(23)</sup> .

Una de las indicaciones más frecuentes es el prolapso uterino, a menudo relacionado con cistocele, rectocele o enterocele. Otra de sus indicaciones es la hemorragia uterina anormal con citología, colposcopia y biopsia de endometrio negativas. Esta clase de hemorragias es frecuente en el quinto y sexto decenios de la vida de una mujer y no siempre reacciona con facilidad frente al tratamiento hormonal. La histerectomía vaginal brinda cura definitiva y evita las molestias y ansiedad concomitantes con las crisis de hemorragia duradera e irregular. Pueden ser tratados, de manera análoga, fibromas submucosos y pólipos endometriales pequeños, descubiertos por histerosonografía o histeroscopia <sup>(22)</sup> .

Pratt y Glunganson han ampliado el uso de histerectomía vaginal para incluir tumores uterinos voluminosos, incluso tumoraciones en los anexos. Aunque esto es practicable por la técnica de morcelación, el diagnóstico exacto de tumoraciones pélvicas voluminosas no siempre puede hacerse con certeza de antemano y la vía de acceso vaginal puede resultar peligrosa, con aumento de la morbilidad postoperatoria. En el carcinoma in situ del cérvix, la histerectomía vaginal es una operación magnífica cuando la zona afectada ha sido diagnosticada por biopsia en cono y se ha estudiado los tejidos adyacentes por colposcopia. El lapso entre la conización y la histerectomía debe ser menor de 48 horas o mayor de 8 semanas, para disminuir la frecuencia de sepsis. La histerectomía vaginal radical u operación de Shauta, para carcinoma de cuello uterino estadio I o II, es un procedimiento muy especializado y útil en circunstancias muy limitadas. La obesidad es, también, una

indicación clásica de la vía vaginal. En esterilización quirúrgica, aunque existen otros métodos menos traumáticos y más sencillos, cuando hay disfunción uterina concomitante, la histerectomía vaginal parece ser el método óptimo, siempre que se cumplan los demás requisitos <sup>(23)</sup> .

### **Contraindicaciones de histerectomía vaginal <sup>(19)</sup>**

El cirujano más experimentado puede tener problemas con pacientes nulíparas o con aquellas que se han sometido a cirugía pélvica previa, por lo que se debe contraindicar esta vía cuando el útero y los anexos están fijos o se sospecha que existen adherencias firmes que los unen a los órganos vecinos <sup>(19)</sup> .

Algunos trastornos ortopédicos y vasculares, especialmente del dorso y las extremidades inferiores, pueden agravarse por la suspensión duradera de las piernas e impedir la exposición adecuada del campo quirúrgico. Igual que en otros tipos de tratamiento quirúrgico, el mal estado general de la paciente es una contraindicación absoluta <sup>(24)</sup> .

### **Complicaciones de histerectomía vaginal <sup>(24)</sup>**

Se considera que la histerectomía vaginal es menos traumática que la abdominal. Sin embargo, no está libre de complicaciones <sup>(21)</sup> . Su mortalidad está en alrededor de 0.1%. Su complicación más frecuente es la hemorragia por defectos en la ligadura de los vasos sanguíneos. Según Materson, la hemorragia media que se produce en la histerectomía vaginal es de 775 ml, y si se realizan plastias, se añaden 305 ml. Estas pérdidas se reducen cuando se emplea infiltración preoperatoria de agentes vasoconstrictores, lo cual no es compartido por numerosos autores. Se destaca la necesidad de vigilar adecuadamente el estado cardiovascular y los signos vitales durante la intervención quirúrgica y posterior a esta. Se recurrirá a la laparotomía precoz en el postoperatorio ante una eventual hemorragia <sup>(24)</sup> .



Otras complicaciones reportadas se refieren a infecciones y, lesiones vesicales, uretrales, rectales e intestinales. Son complicaciones raras, atribuidas a fallos en la técnica y a la existencia de adherencias por procesos inflamatorios o endometriósicos en los que se programó erróneamente la vía vaginal. Debe mencionarse también las embolias y la tromboflebitis, como complicaciones raras que pueden ocasionar la muerte. <sup>(25)</sup>

### **2.3 Definición de términos**

**Histerectomía:** Es el procedimiento quirúrgico caracterizado por la exéresis del útero, puede realizarse por vía abdominal, vaginal y laparoscópica <sup>(16)</sup> .

**Histerectomía abdominal total:** Es el procedimiento quirúrgico caracterizado por la exéresis del útero a través de una incisión abdominal. Se retira el útero y el cérvix, dejando los ovarios y las trompas de Falopio <sup>(2)</sup> .

**Histerectomía abdominal subtotal:** Utiliza la técnica anterior, caracterizado por la exéresis del útero, dejando en el cérvix uterino <sup>(18)</sup> .

**Histerectomía vaginal:** Procedimiento quirúrgico caracterizado por la exéresis del útero a través de una incisión en la vagina <sup>(1)</sup> .

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de la hipótesis

Por ser un estudio descriptivo, el presente proyecto de tesis no cuenta con hipótesis

### 3.2 Variables y su operacionalización

| Variable                           | Definición   | Tipo por su naturaleza  | Indicador  | Escala de medición  | Categoría y sus valores   | Medio de verificación                 |
|------------------------------------|--|---|--|---|---|---------------------------------------|
| Histerectomía                      | Es el acto quirúrgico irreversible, caracterizado por la exéresis del útero o parte de este, generando infertilidad. Puede realizarse por vía abdominal y vaginal. | Cuantitativa  | Frecuencia de histerectomías   | De intervalo  | Histerectomía abdominal subtotal<br>Histerectomía abdominal total<br>Histerectomía radical<br>Histerectomía vaginal             | Historia clínica y reporte operatorio |
| Características demográficas:      | Corresponden al perfil de la población, comprende aspectos culturales y sociales.  | Cuantitativa<br>Cualitativa<br>Cualitativa                                  | Edad<br>Situación laboral<br>Lugar de residencia   | De razón<br>Nominal<br>Nominal  | Edad fértil<br>Postmenopausia.<br>Empleada<br>Desempleada<br>Rural<br>urbano  | Historia clínica                      |
| Características médico-quirúrgicas | Corresponden a los antecedentes médicos, ginecológicos, obstétricos y quirúrgicos de las pacientes.  | Cuantitativa<br>Cuantitativa<br>Cuantitativa<br>Cuantitativa<br>Cualitativa | Fecha de última regla<br>Regimen catamenial<br>Método anticonceptivo<br>G P<br>Parto anterior: Cesárea | De intervalo<br>De intervalo<br>De intervalo<br>De intervalo<br>Nominal | Con menstruación<br>Sin menstruación<br>Regular<br>Irregular<br>Barrera Hormonal quirúrgico<br>Nulípara<br>Multípara<br>Sí - No | Historia clínica                      |

|  |  |              |                                    |              |   |                  |
|--|--|--------------|------------------------------------|--------------|---|------------------|
|  |  | Cuantitativa | Fecha de último parto              | De intervalo | En el último año<br>En los últimos 5 años.<br>En los últimos 10 años. |                  |
|  |  | Cualitativa  | Comorbilidad: HTA, Diabetes, otros | Nominal      | Sí - No   |                  |
|  |  | Cualitativa  | Flujo vaginal                      | Nominal      | Sí – No   |                  |
|  |  | Cualitativa  | Citología (PAP)                    | Nominal      | Positiva para cáncer<br>Negativa para cáncer                          |                  |
|  |  | Cualitativa  | Inflamación (cervicitis)           | Nominal      | Sí – No   |                  |
| Características quirúrgicas intraoperatorias y postoperatorias | Señala las características de la técnica quirúrgica de abordaje, las cuales pueden ser vaginal y abdominal. Además, se menciona las características pre y post operatorias de la paciente. | Cuantitativa | Tipo de incisión                   | De intervalo | Suprapúbica<br>Infraumbilical   | Historia clínica |
|  |  | Cualitativa  | Tipo de cirugía                    | Nominal      | Vaginal<br>Abdominal<br>Laparoscópica                                 |                  |
|  |  | Cuantitativa | Duración: horas                    | De intervalo | Menos de dos horas.<br>Más de dos horas.                              |                  |
|  |  | Cuantitativa | Complicaciones                     | De intervalo | Hemorrágicas<br>Infecciosas<br>Tromboembólicas                        |                  |
|  |  | Cualitativa  | Transfusiones                      | Nominal      | Sí - No   |                  |

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipos y diseño**

El presente proyecto de investigación es de tipo observacional y transversal. Es observacional porque lo que se busca es identificar y describir las características clínicas y quirúrgicas de las histerectomías en su modalidad vaginal y abdominal. Es transversal al tomarse los datos en un solo periodo de tiempo. Además, es comparativas porque trata de describir las diferencias de estas características entre las cirugías ya sea vaginal o abdominal.

De acuerdo con el problema y objetivos del estudio el diseño es de tipo no intervencionista. Este patrón metodológico está en función a la no manipulación de las variables predefinidas, ya que, solo se trata de observar cómo ocurre el fenómeno en un determinado periodo de tiempo.

### **4.2 Diseño muestral**

#### **Población universo**

Estará conformada por el universo de pacientes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el 2018.

#### **Población de estudio**

La población de estudio será las pacientes que fueron sometidas a histerectomía abdominal y vaginal en el periodo enero –diciembre 2018.

#### **Tamaño de la muestra**

Como se trata de una población finita y factible de identificar a través de la historia clínica y del registro epidemiológico, la población será la muestra. Es decir, las pacientes que fueron histerectomizadas en este periodo. Esta muestra por tanto es de tipo no probabilístico.

### **Muestreo o selección de la muestra**

La muestra será el 100% de la población, es decir se incluirán a todas las pacientes intervenidas de histerectomía durante los meses de enero a diciembre 2018, las cuales serán seleccionados por criterio no probabilístico por conveniencia, respetando los criterios de selección.

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

- Presencia de historia clínica, epicrisis y protocolo operatorio de las pacientes a quienes se les realizó histerectomía abdominal por presentar patología uterina.
- Presencia de historia clínica, epicrisis y protocolo operatorio de las pacientes a quienes se les realizó histerectomía vaginal por presentar patología uterina.

#### **Criterios de exclusión**

- Serán excluidas todas las historias clínicas que tienen datos incompletos o no cumplan con los criterios de inclusión para el estudio.

### **4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos**

La recolección de los datos se realizará por el propio investigador, se pesquisarán los reportes operatorios de los ginecólogos, a fin de identificar el número total de histerectomías, tanto vaginal como abdominal, realizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el 2018, en este proceso se registrarán los números de historias clínicas de las pacientes, posteriormente se solicitarán dichas historias en el servicio de estadística del hospital. Previo permiso de la autoridad correspondiente.

#### **4.4 Procesamiento y análisis de los datos**

Para determinar la prevalencia de las pacientes sometidas a histerectomía de tipo abdominal o vaginal, se elaborará una base de datos en hoja Excel, considerando la edad, situación laboral, lugar de residencia.

Para el análisis de la prevalencia se realizará el procedimiento estadístico de prevalencia de punto de las pacientes cuyas características clínicas y quirúrgicas fueron identificadas en el periodo 2018. Esta estadística de tipo descriptiva se realizará por frecuencias, porcentajes, frecuencia acumulada para identificar la mediana.

Se utilizará medidas de tendencia central y variación

Para comparar las pacientes histerectomizadas de tipo abdominal y vaginal, se realizará una prueba de Chi cuadrado para evaluar las diferencias según las variables médico-quirúrgicas, sociodemográficas e intraoperatorias.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Se solicitará aprobación al director de Investigación y Docencia, así como al comité de ética del Hospital María Auxiliadora.

## CRONOGRAMA

| Pasos   | 2018 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|   | Ene  | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Set | Oct | Nov | Dic |
| Redacción final del proyecto de investigación | X    | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Aprobación del proyecto de investigación      |      |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Recolección de datos                          |      |     |     | X   | X   |     |     |     |     |     |     |     |
| Procesamiento y análisis de datos             |      |     |     |     |     | X   | X   |     |     |     |     |     |
| Elaboración del informe                       |      |     |     |     |     |     |     | X   | X   |     |     |     |
| Correcciones del trabajo de investigación     |      |     |     |     |     |     |     |     |     | X   | X   |     |
| Aprobación del trabajo de investigación       |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | X   |
| Publicación del artículo científico           |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | X   |

## PRESUPUESTO

| <b>Concepto</b>        | <b>Monto estimado (soles)</b> |
|------------------------|-------------------------------|
| Material de escritorio | 200.00                        |
| Soporte especializado  | 500.00                        |
| Transcripción          | 400.00                        |
| Impresiones            | 250.00                        |
| Logística              | 250.00                        |
| Refrigerio y movilidad | 400.00                        |
| <b>Total</b>           | <b>2200.00</b>                |



## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Vidal W. Histerectomía abdominal y vaginal: Experiencia en el hospital Daniel Alcides Carrión entre enero a diciembre del 2010, [tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2011
2. Carrera X. Comparación entre histerectomía vaginal, histerectomía abdominal e histerectomía vaginal asistida por laparoscopia en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín en un periodo comprendido entre enero del 2004 y diciembre del 2004, [tesis]. Ecuador: Universidad San Francisco de Quito. Facultad de Medicina; 2016
3. Aguilar S, Safora O, Rodríguez A. La histerectomía obstétrica como un problema vigente, [tesis]. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia; 2012.
4. Pacheco J. Ginecología Obstetricia y Reproducción. Segunda edición. Perú: Editorial REP; 2010
5. 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
6. Bazan K. Preferencias de tipo de Histerectomía abdominal en médicos Gineco-Obstetras de cinco hospitales públicos de Lima Metropolitana, Enero – Febrero 2018, [tesis]. Perú: Universidad San Juan Bautista. Facultad de ciencias de la salud; 2018
7. Chung A. Complicaciones de histerectomía según vía de abordaje abdominal versus vaginal en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital III Essalud Iquitos en el año 2016, [tesis]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana; 2017
8. López H. Histerectomía obstétrica: Indicaciones y complicaciones, en el hospital Regional de Loreto, 2009-2014. [tesis]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana; 2015
9. Pazmiño R. Principales causas de histerectomía vaginal y abdominal en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús en el año

- 2013, [tesis]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Facultad de Medicina; 2014.
10. 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, [tesis]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Facultad de ciencias de la salud carrera médica; 2013.
  11. Espinosa A. Histerectomía obstétrica de emergencia: prevalencia, morbilidad y mortalidad materna en pacientes atendidas en el hospital de ginecología y obstetricia IMIEM durante el periodo de marzo 2010 a febrero 2013, [tesis]. México: Universidad Autónoma. Facultad de Medicina; 2014
  12. Fernández I. Factores asociados a complicaciones de la histerectomía vaginal en el Hospital San Bartolomé, [tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2014
  13. Pinto J. Características de las histerectomías y de las mujeres que se someten a ellas en el Hospital Regional de Loreto 2010-2013, [tesis]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana; 2015
  14. Indacochea R. Causas y complicaciones de histerectomía abdominal y vaginal: hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor 2010, [tesis].
  15. Del Águila R. Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011, [tesis]. Perú: Universidad Nacional San Martín. Facultad de Ciencias de la salud; 2012
  16. Rodas D. Caracterización de las pacientes con histerectomía obstétrica, Estudio descriptivo realizado en el departamento de ginecoobstetricia Del hospital Roosevelt durante el periodo de enero a diciembre 2009, [tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 2012.
  17. Hoffman B. Williams Ginecología. Segunda edición. México: Editorial McGraw-Hill; 2014.
  18. Rubio O. Factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los años 2011-

- 2014, [tesis]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana; 2015
19. Díaz M. Adaptación de la conducta en mujeres sometidas a histerectomía, [tesis]. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar. Facultad de humanidades; 2013
  20. Rivero M. *et al.* Histerectomía por vía abdominal y vaginal. Servicio de tocoginecología –Hospital Angela I. de Llano.
  21. Fuentes C. Comparación entre histerectomía vaginal de útero no prolapsado y la Histerectomía abdominal, [tesis]. Perú: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Medicina; 2014
  22. Márquez J. *et al.* Histerectomía abdominal en un Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Amalia Simoni, Camaguey. Cuba, MEDISAN 2014;18(2):172
  23. Bejar J. Histerectomía de emergencia durante la gestación, en el Instituto Materno Perinatal: incidencia y factores asociados, enero 1999 a diciembre 2000, [tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2011
  24. Arias P, Tenezaca D. Prevalencia y causas de histerectomía en mujeres atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca en el año 2012, [tesis]. Ecuador: Universidad de Cuenca. Facultad de ciencias Médicas; 2014
  25. Hollman-Montiel J; Rodríguez G. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna; 2014. Vol. VI, N°1

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

| Título  | Pregunta de investigación  | Objetivos  | Tipo y diseño de estudio  | Población de estudio y procesamiento de datos   | Instrumento de recolección  |
|---|--|--|---|---|---|
| <p>Histerectomía abdominal y vaginal. Hospital María Auxiliadora 2018</p> | <p>¿Cuáles son las características clínicas y quirúrgicas de las histerectomías abdominales y vaginales del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018?</p> | <p>Objetivo general<br/>Establecer las características clínicas y quirúrgicas de las histerectomías abdominales y vaginales del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018.</p> <p>Objetivos específicos<br/>Identificar las características clínicas y quirúrgicas prevalentes en las histerectomías abdominales y vaginales, según variables médico quirúrgicas.</p> <p>Determinar las diferencias entre las características clínicas y quirúrgicas en las histerectomías</p> | <p>Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.</p> | <p>La población de estudio serán las pacientes que fueron sometidas a histerectomía abdominal y vaginal en el periodo enero – diciembre 2018.</p> <p>Procesamiento de datos:<br/>Para determinar la prevalencia de las pacientes sometidas a histerectomía de tipo abdominal o vaginal, se elaborará una base de datos en hoja Excel, considerando la edad, situación laboral, lugar de residencia.</p> <p>Para el análisis de la prevalencia se realizará el procedimiento estadístico de prevalencia de</p> | <p>La recolección de los datos se realizará por el propio investigador, se pesquisarán los reportes operatorios con la finalidad de identificar el número total de histerectomías, tanto vaginal como abdominal, realizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital María Auxiliadora 2018, en el proceso se registrarán los números de historias clínicas de cada paciente y luego se solicitarán dichos documentos en el servicio de</p> |

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
|  |  | <p>abdominales y vaginales según variables sociodemográficas.</p> <p>Analizar las características clínicas y quirúrgicas en las histerectomías abdominales y vaginales, según variables intraoperatorias.</p> <p>Analizar las diferencias clínicas y quirúrgicas de la histerectomía abdominal y vaginal según el tipo de complicaciones que presentan.</p> |  | <p>punto de las pacientes cuyas características clínicas y quirúrgicas fueron identificadas en el periodo 2018. Esta estadística de tipo descriptiva se realizará por frecuencias, porcentajes, frecuencia acumulada para identificar la mediana. Se utilizará medidas de tendencia central y variación. Para comparar las pacientes histerectomizadas de tipo abdominal y vaginal, se realizará una prueba de Chi cuadrado para evaluar las diferencias según las variables médico-quirúrgicas, sociodemográficas e intraoperatorias.</p> | <p>estadística del hospital. Previa permiso de la autoridad correspondiente.</p> |
|--|--|---|--|--|--|

## 2. Instrumento de recolección de datos

### HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2018

N.º ficha: \_\_\_\_\_

SERVICIO DE PROCEDENCIA:      a. Consultorio externo      b. Emergencia

#### DATOS GENERALES

Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Antecedentes: \_\_\_\_\_

Fecha de última regla: \_\_\_\_\_ menstrua \_\_\_\_\_ no menstrua \_\_\_\_\_

Régimen catamenial: \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_ irregular \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo: barrera: \_\_\_\_\_ hormonal \_\_\_\_\_ quirúrgico \_\_\_\_\_

G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ nulípara: \_\_\_\_\_ múltipara: \_\_\_\_\_

Parto anterior, fue cesárea: SÍ: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Fecha de último parto: \_\_\_\_\_ en el último año: \_\_\_\_\_ en los últimos 5 años: \_\_\_\_\_ en los últimos 10 años \_\_\_\_\_

Comorbilidad: HTA \_\_\_\_\_ Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Flujo vaginal: \_\_\_\_\_ SÍ: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_

Citología para PAP \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ positivo para cáncer: \_\_\_\_\_ negativo para cáncer: \_\_\_\_\_

Inflamación: SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Ecografía preoperatoria: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hemoglobina prequirúrgica: \_\_\_\_\_

Anticoagulación profiláctica SÍ: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ Medicación: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS DE LA HISTERECTOMÍA

Fecha de cirugía: \_\_\_\_\_

Tipo de incisión Suprapúbica \_\_\_\_\_ Infraumbilical \_\_\_\_\_

Vía de cirugía: Vaginal: \_\_\_\_\_ Abdominal: \_\_\_\_\_

Tipo de cirugía: a. Total: \_\_\_\_\_ b. Subtotal: \_\_\_\_\_

c. Total con doble anexectomía: \_\_\_\_\_

Duración de cirugía: \_\_\_\_\_ Sangrado: \_\_\_\_\_

Cierre de peritoneo: SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cúpula: SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Complicaciones: \_\_\_\_\_

Transfusión: Prequirúrgica: \_\_\_\_\_ quirúrgica: \_\_\_\_\_

Intraquirúrgica: \_\_\_\_\_ postquirúrgica: \_\_\_\_\_

Hemoglobina postquirúrgica: \_\_\_\_\_

### **3. Solicitud al Director del Hospital María Auxiliadora**

DR HUGO ALEJOS CANO

DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Yo, Karent Liliana Anicama Mendoza, identificada con DNI 46236438, con domicilio en Jr. Los Topacios 253, Balconcillo – La Victoria, ante usted con el debido respeto me presento y expongo.

Que, habiendo culminado la especialidad de Ginecología y Obstetricia en la Universidad San Martín de Porres, solicito a usted permiso para realizar el trabajo de investigación en su institución cuyo título es HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2018 para obtener el grado de médico especialista.

Por lo expuesto:

Ruego a usted acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Atentamente,

-----  
Karent Liliana Anicama Mendoza

CMP 68388