

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**COMPLICACIONES EN HISTERECTOMÍA ABDOMINAL CONVENCIONAL
REALIZADAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2020-2023**

Autor: Bach. Víctor Raul Gamarra Orihuela

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Asesora: Dra. Roxana Isabel Quispe Chalco

Cusco - Perú

2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesis titulada: COMPLICACIONES EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL CONVENCIONAL REALIZADAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2020-2023

presentado por: VICTOR RAUL GAMARRA ORIHUELA con DNI Nro.: 48130399 presentado por: con DNI Nro.: para optar el título profesional/grado académico de MEDICO CIRUJANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 8%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	<input checked="" type="checkbox"/>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	<input type="checkbox"/>
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	<input type="checkbox"/>

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 27 de JUNIO de 2024


.....
Dra: Roxana I. Quispe Chalco
GINECÓLOGO - OBSTETRA
CMP: 33233 RNE: 17755
.....

Firma

Post firma ROXANA ISABEL QUISPE CHALCO

Nro. de DNI 23892868

ORCID del Asesor 0000-0002-1983-5660

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: 27259:363289189

NOMBRE DEL TRABAJO

**TESIS-COMPLICACIONES EN HISTEREC
TOMIA ABDOMINAL CONVENCIONAL RE
ALIZADAS EN PACIENTES DEL SERVICIO
DE**

AUTOR

VICTOR RAUL GAMARRA ORIHUELA

RECUENTO DE PALABRAS

18894 Words

RECUENTO DE CARACTERES

107250 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

80 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.6MB

FECHA DE ENTREGA

Jun 27, 2024 10:41 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 27, 2024 10:43 AM GMT-5**● 8% de similitud general**

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

- 8% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)



.....
Dra: Roxana I. Quispe Chalco
GINECÓLOGO - OBSTETRA
C.M.P.: 33233 R.N.E.: 17755

Resumen

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	1
1.1. Fundamentación del problema.....	1
1.2. Antecedentes teóricos	3
1.3. Formulación del problema.....	9
1.3.1. Problema general.....	9
1.3.2. Problemas específicos	9
1.4. Objetivos de la investigación.....	9
1.4.1. Objetivo general.....	9
1.4.2. Objetivos específicos	9
1.5. Justificación de la investigación	10
1.6. Limitaciones de la investigación.....	10
1.7. Consideraciones éticas.....	11
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	12
2.1. Marco teórico	12
2.1.1. Definición de histerectomía.....	12
2.1.2. Tipos de histerectomía.....	12
2.1.3. Indicaciones para la histerectomía.....	13
2.1.4. Etapas de la histerectomía abdominal convencional.....	14
2.1.5. Complicaciones de la histerectomía abdominal convencional.....	18
2.1.6. Factores de riesgo asociados a la histerectomía abdominal	23
2.2. Definición de términos básicos.....	24
2.3. Hipótesis.....	25
2.3.1. Hipótesis general	25
2.3.2. Hipótesis específicas	25
2.4. Variables.....	25
2.4.1. Variables implicadas	25
2.4.2. Variables intervinientes	25
2.5. Definiciones operacionales	27
CAPITULO III. METODOS DE INVESTIGACIÓN	30
3.1. Tipo de investigación	30

3.2. Diseño de investigación	30
3.3. Población y muestra	30
3.3.1. Definición de la población	30
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión	31
3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo	31
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	31
3.5. Plan de análisis de datos	31
CAPITULO IV. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	33
4.1. Resultados y discusión	33
4.2. Discusión	45
4.3. Conclusiones	47
4.4. Sugerencias.....	48
BIBLIOGRAFÍA.....	49
ANEXOS	54
ANEXO 1. Matriz de consistencia	54
ANEXO 2.- Instrumento de investigación.....	56
ANEXO 3.- Cuadernillo de validación	57
ANEXO 4.- Validación del instrumento de investigación	58
ANEXO 5.- Autorización del hospital.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resultados para la prevalencia de complicaciones en histerectomía abdominal convencional en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023	36
Tabla 2 Distribución de frecuencias para las complicaciones en histerectomía abdominal convencional en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023	38
Tabla 3 Distribución de frecuencias para antecedentes sociodemográficos, de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023	41
Tabla 4 Distribución de frecuencias para antecedentes ginecológicos de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023	43
Tabla 5 Distribución de frecuencias para comorbilidades de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023	44
Tabla 6 Tabla cruzada para antecedentes sociodemográficos y complicaciones de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023	46
Tabla 7 Tabla cruzada para antecedentes ginecológicos y complicaciones de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023	46
Tabla 8 Tabla cruzada para comorbilidades y complicaciones de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Prevalencia de complicaciones en histerectomía abdominal convencional en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.....	37
Figura 2 Complicaciones en histerectomía abdominal convencional en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023	40
Figura 3 Antecedentes ginecológicos de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023	42
Figura 4 Comorbilidades de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023	43
Figura 5 Comorbilidades de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023	45

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que hicieron posible este trabajo de tesis, quienes me brindaron su valioso tiempo, orientación y apoyo incondicional para que se lleve a cabo este largo proceso.

En primer lugar, agradecer a Dios que con su amplia bondad me brindo fuerza, valor y sabiduría para poder seguir adelante y superar todos los obstáculos de este arduo y largo camino.

Agradecer también a la virgen Asunta y a mi Niño Compadrito que siempre están dentro de mí, me cuidan y protegen con su enorme amor y bendición.

A mis queridos y amados padres quienes son mi fuerza, mi inspiración y ejemplo a seguir que día a día me apoyan con mucho amor y cariño, buscando en mí una persona de bien.

A mis hermanos y hermanas quienes siempre estuvieron apoyándome y brindándome sus mejores deseos y anhelos en mi formación.

Agradecer también a mi asesora de tesis, Dra. Roxana Isabel Quispe quien me brindo su tiempo, paciencia y conocimiento, dándome buenos consejos en todo el transcurso de la elaboración de la tesis.

A mis amigos quienes siempre estuvieron conmigo apoyándome en todos esos momentos que los necesitaba y a todas las personas que contribuyeron en el alcance de mis metas y objetivos propuestos.

DEDICATORIA

A Dios por estar siempre conmigo y brindándome la confianza en mí mismo, a la virgen Asunta y a mi Niño Compadrito, quienes espiritualmente siempre me han dado fuerzas para seguir adelante y conseguir mis sueños.

Con mucho amor, cariño y aprecio les dedico este trabajo a mis queridos padres Víctor Gamarra y Nely Orihuela, quienes siempre estuvieron ahí cuando más los necesitaba brindándome todo su apoyo incondicional, demostrándome con su ejemplo el respeto, la responsabilidad y ser una persona de bien.

A mis amados hermanos y hermanas quienes siempre me apoyan y me ayudan a cumplir mis metas y objetivos, además de ser compañeros de vida siempre están ahí para mí.

A mis queridos docentes quienes estuvieron y fueron participes en mi formación y siempre buscaron un aprendizaje óptimo para el ejercicio profesional, motivándome a ser una persona con valores y ser un ejemplo a seguir.

RESUMEN

“Complicaciones en histerectomía abdominal convencional realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023”

Gamarra Víctor R, Quispe Roxana I.

Antecedentes: La histerectomía abdominal convencional es un procedimiento quirúrgico que se desarrolla con mayor frecuencia en los hospitales peruanos y en particular en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, frente a los abordajes no invasivos como el de la histerectomía con laparoscopia e histerectomía vaginal, dicho procedimiento no está exento de complicaciones, siendo el objetivo del presente estudio determinar las complicaciones que se presentaron en esta cirugía en pacientes del servicio de ginecología de dicho hospital en el periodo 2020-2023.

Métodos: Estudio descriptivo, con diseño observacional, retrospectivo, estando la muestra constituida por el total de la población que asciende a 205 pacientes sometidas a cirugía de histerectomía abdominal durante los años 2020-2023, en el Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Resultados: La hemorragia fue la complicación más permanente la cual alcanzó el 3.4% en el periodo estudiado, asimismo la infección de la herida quirúrgica se constituyó en la segunda complicación más importante alcanzando el 3.4%, seguida por la infección del tracto urinario con 2.9% y el absceso de cúpula con 2.9%, el íleo paralítico alcanzó el 1.5%, mientras que la trombosis de vena profunda reportó un 0.5%, destacándose que la lesión vesical alcanzó el 0.5% y no se presentaron casos de lesión intestinal.

Conclusiones: La prevalencia alcanzada en el periodo de estudio para las complicaciones en histerectomía abdominal convencional alcanzaron el 17.1%, en el 2020 la prevalencia fue de 4.3%, en el 2021 alcanzó el 19.4%, en el 2022 el 18.8% y en el 2023 el 18.2%, siendo la hemorragia y la infección de la herida quirúrgica las complicaciones que presentaron mayor presencia.

Palabras clave: histerectomía abdominal, hemorragia, infección, absceso de cúpula, íleo paralítico, trombosis.

ABSTRACT

“Risk factors associated with postsurgical complications in abdominal hysterectomy in the gynecology service of the Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023”

Gamarra Víctor R, Quispe Roxana I.

Background: Conventional abdominal hysterectomy is a surgical procedure that is carried out more frequently in Peruvian hospitals and in particular at the Antonio Lorena Hospital in Cusco, compared to invasive approaches such as hysterectomy with laparoscopy and vaginal hysterectomy, said procedure. It is not free of complications, and the objective of this study is to determine the complications that occurred in this surgery in patients from the gynecology service of said hospital in the period 2020-2023.

Methods: Descriptive study, with an observational, retrospective design, with the sample consisting of the total population amounting to 205 patients undergoing abdominal hysterectomy surgery during the years 2020-2023, at the Antonio Lorena Hospital in Cusco.

Results: Hemorrhage was the most permanent complication which reached 3.4% in the period studied, likewise wound infection was the second most important complication reaching 3.4%, followed by urinary tract infection with 2.9% and Dome abscess with 2.9%, paralytic ileus reached 1.5%, while deep vein thrombosis reported 0.5%, highlighting that bladder injury reached 0.5% and there were no cases of intestinal injury.

Conclusions: The prevalence achieved in the study period for complications in conventional abdominal hysterectomy reached 17.1%, in 2020 the prevalence was 4.3%, in 2021 it reached 19.4%, in 2022 18.8% and in 2023 18.2%, with hemorrhage and wound infection being the complications that presented the greatest presence.

Keywords: Abdominal hysterectomy, hemorrhage, infection, dome abscess, paralytic ileus, thrombosis.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía abdominal convencional es una de las cirugías ginecológicas más comunes, utilizada para tratar una variedad de condiciones benignas y malignas del aparato reproductor femenino. A pesar de ser un procedimiento relativamente rutinario, está asociado con una gama de posibles complicaciones que pueden afectar significativamente la recuperación y la calidad de vida de las pacientes. Identificar y comprender estas complicaciones es esencial para mejorar los resultados clínicos y reducir los riesgos asociados.

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Antonio Lorena del Cusco entre los años 2020 y 2023, con el objetivo de analizar la prevalencia y naturaleza de las complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a histerectomía abdominal abierta. Se prestó especial atención a los antecedentes ginecológicos y las condiciones médicas preexistentes de las pacientes, con el fin de identificar posibles asociaciones con una mayor frecuencia de complicaciones.

Las conclusiones del estudio proporcionan una visión detallada sobre la prevalencia de complicaciones en los diferentes años del periodo de estudio, las complicaciones más comunes y la descripción entre ciertos antecedentes médicos y las complicaciones postoperatorias. A través de este análisis, se busca establecer recomendaciones prácticas para la mejora de los protocolos quirúrgicos y de cuidado pre y postoperatorio, con el fin de optimizar los resultados para las pacientes y reducir la incidencia de complicaciones.

De esta forma este trabajo no solo contribuye al conocimiento existente sobre las complicaciones en histerectomía abdominal convencional, sino que también ofrece una base importante para futuras investigaciones y mejoras en la práctica clínica, especialmente en contextos similares al del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Fundamentación del problema

La histerectomía es un procedimiento que consiste en retirar quirúrgicamente todo el útero considerándose total, o una parte de dicho órgano y se denominara subtotal; tendremos además histerectomías que se realizan según su abordaje quirúrgico los cuales son: abdominal, vaginal, laparoscópica y la vaginal asistida laparoscópicamente; por consiguiente la vía electiva será considerando varios aspectos como: indicación de la cirugía, características del útero, así como también influye las manos de la experiencia del cirujano. Pero de todo esto la histerectomía abdominal convencional es la más realizada, esto por tener varios aspectos a su favor, entre ellas nos ofrece amplia zona de visualización quirúrgica o por condiciones como adherencias tras exponerse a cirugías previas; de hecho, estas condiciones hacen que la histerectomía abdominal sea la más frecuente(1).

Conociendo esto podemos ver que en la actualidad la histerectomía es la intervención ginecológica quirúrgica más practicada en los países desarrollados, así por ejemplo en los Estados Unidos se realizan aproximadamente 600000 histerectomías por año, y considerándolo como la segunda intervención quirúrgica más practicada después de la cesárea(1), viendo todo ello el método quirúrgico más practicado es la histerectomía abdominal abierta o convencional y es el que más predomina siendo el método convencional más usado en Estados Unidos, y además representa aproximadamente el 70% de las histerectomías realizadas en dicho país cada año(2). De igual forma la prevalencia de las histerectomías en América Latina varían según las diferentes regiones así por ejemplo en estudios realizados en América Latina y el Caribe muestran que la prevalencia de la histerectomía osciló entre el 12,8% en Buenos Aires y el 30,4% en Bridgetown, con una mediana de edad de 47 años para someterse al a dicho procedimiento(3). Podemos ver también en el país vecino como es el caso de Brasil, que el procedimiento quirúrgico principal para la histerectomía fue el abordaje abdominal convencional o abierta, siendo la miomatosis uterina la principal indicación de este procedimiento quirúrgico (4). Además, a pesar de los avances en la cirugía mínimamente invasiva, la mayoría de las histerectomías en Norteamérica, incluido Canadá, se siguen realizando por vía abdominal convencional o abierta, con una proporción de aproximadamente 3:1 entre las histerectomías abdominales convencionales y las de procedimiento mínimamente invasiva(5).

En cuanto a sus indicaciones de la histerectomía estas suelen darse por dos situaciones bien conocidas en primer lugar se indica las patologías benignas y dentro de estas las más comunes son las miomatosis uterinas y las distopías genitales femeninas; en segundo lugar se menciona las patologías malignas el cual incluye al carcinoma de cuello uterino, útero u ovario, así como las neoplasias intracervicales; todas estas patologías pueden ir acompañados de síntomas o signos como el dolor pélvico, así como sangrados vaginales principalmente(6). La mayoría de estas indicaciones incluyen una o más de las siguientes causas: leiomiomas uterinos (34%), endometritis (19%), prolapso (17,2%), cáncer ginecológico (10,2%) e hiperplasia endometrial (5,6%), las que son responsables del 80% de todas histerectomías realizadas (9). Actualmente, se indica el procedimiento en casos de: patología maligna (cáncer de vagina, cáncer de cuello uterino, cáncer del cuerpo uterino, cáncer de ovario y trompa, cáncer de colon progresado a útero); patología benigna (leiomiomas uterinos, endometriosis, sangrado uterino anormal refractario a tratamiento médico, dolor pélvico crónico, sepsis refractaria al tratamiento médico, prolapso genital, patología ovárica, patología endometrial preneoplásica) y patología obstétrica (placenta acreta), hemorragia incoercible postparto, sepsis con foco uterino post parto(6).

Según a diversos estudios que se han realizado en diferentes hospitales, el porcentaje de complicaciones de este procedimiento está entre el 0,2 y el 26%, con un porcentaje de muerte inferior al 1% a nivel mundial(7). Respecto a las complicaciones en particular en Latinoamérica, en un estudio realizado en México se encontró que las complicaciones en mayor numero son: las hemorragias transoperatorias alcanzando (5.8%), infección de vías urinarias (4.37%), dehiscencia de herida quirúrgica (1.82%), lesión vesical (1.45), seroma de herida quirúrgica (1.09%), dehiscencia de cúpula vaginal (1.09%) y algunas fueron sometidas a reintervenciones quirúrgicas (1.09%) (8). Asimismo, en Europa en un estudio realizado en Holanda se encontró que entre las complicaciones más frecuentes en cirugías de histerectomía figuran la hemorragia perioperatoria con el 11%, la hemorragia postoperatoria con el 3%, infección de la herida e infección sistémica que alcanza el 8% (9). En EEUU respecto a la prevalencia de complicaciones en cirugías de histerectomía, la vía abdominal abierta alcanza el 52%, se encontró que las hemorragias alcanzan el 3,99% de las complicaciones, seguido por la infección del sitio quirúrgico con un 1,78%, trombosis de vena profunda con 0,25% (10), en Paraguay un estudio realizado por Fernández P et al., encontró el 20% de sangrado en cirugías de histerectomía total, y 50% con infección en el sitio operatorio.

No ajeno a esta situación en el hospital Antonio Lorena del Cusco se observa un incremento en las cirugías de histerectomía abdominal convencional y no es de menester ver sus complicaciones del paciente ya que esta cirugía les quita una parte vital de la esencia de ser mujeres, la capacidad de ya no poder concebir un hijo y la afectación psicología que podrían tener; debido a ello es importante tener conocimiento sobre este procedimiento quirúrgico, conocer sus indicaciones, sus riesgos y sus complicaciones a las que se pueden llegar.

1.2. Antecedentes teóricos

Tercero Y. (Nicaragua, 2022), realizó la investigación Complicaciones en histerectomías abdominales realizadas en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el período enero 2020 a diciembre 2021(11). Objetivo: analizar las complicaciones que se presentaron en las histerectomías abdominales en el periodo 2020-2021, en el servicio de ginecología de dicho hospital. Métodos: estudio retrospectivo, descriptivo, que fueron llevados a cabo con la participación de 56 historias clínicas de pacientes del servicio de ginecología entre los años 2020-2021. Resultados: encontró que las pacientes atendidas tuvieron edades entre 35 a 44 años, donde el 75.6% provienen del área urbana. La complicación más frecuente, luego de la histerectomía abdominal fue la aparición de las ITU, con un 34.0% en el período señalado, en tanto que el tiempo quirúrgico mayor a tres horas también se comportó como un factor o complicación asociada al proceso intraoperatorio, asimismo la miomatosis uterina se constituyó con el diagnóstico de mayor frecuencia y en el que más complicaciones se presentaron en el periodo de recuperación postquirúrgica. Conclusión: se aprecia el estudio que la prevalencia de complicaciones es pequeña, no obstante que es importante realizar mayores investigaciones que demuestren otros datos no expuestos y que puedan complementar la literatura expuesta.

Urgellés et al. (Cuba, 2021), realizó la investigación Factores de riesgo asociados a las complicaciones postquirúrgicas de la histerectomía abdominal(12). Objetivo: Determinar las complicaciones y los factores de riesgo asociados a la histerectomía abdominal. El método realizado fue descriptivo, transversal, retrospectivo en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto", La Habana, Cuba, entre enero 2017 y diciembre 2019. Las variables usadas fueron: la edad, factores de riesgo y comorbilidad asociada, diagnóstico preoperatorio, tipo de complicación, el tiempo quirúrgico y el tipo de incisión. Resultados: Se tuvieron como complicaciones más frecuentes el íleo paralítico con 26.0%, trombosis de vena profunda con 17.7%, absceso de cúpula que alcanzó 11.4%, infección de herida quirúrgica con 11.4%, infección del tracto urinario con 10.3%, hematoma cúpula

con 8.3%, dehiscencia de herida quirúrgica con 7.2% y lesión vesical con 0.2%. Conclusiones: Los factores que predisponen el mayor riesgo en las cirugías de histerectomía son la hipertensión arterial, hábito de fumar, obesidad.

Wenzel et al. (Holanda, 2020), realizaron el estudio Complicaciones quirúrgicas a corto plazo después de una histerectomía radical: Un estudio de cohorte a nivel nacional (9). Objetivo: estudiar las complicaciones post quirúrgicas entre operatorias en una histerectomía radical, en el corto plazo, así como evaluar predictores en mujeres con cáncer de cuello uterino en etapa temprana. Métodos: estudio de cohorte retrospectivo, realizado en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en etapa temprana, entre los años 2009 y 2017, que se sometieron a histerectomía radical con linfadenectomía pélvica en 1 de los 9 centros médicos especializados de los Países Bajos, fueron identificadas a partir del Registro de Cáncer de los Países Bajos. Resultados: mostraron que, de un total de 472 mujeres, el 35% desarrollaron complicaciones quirúrgicas dentro de los 30 días posteriores a la histerectomía radical. Las complicaciones más frecuentes fueron retención urinaria con cateterismo en 73 mujeres (15%) y pérdida excesiva de sangre y operatoria >1000 ml en 50 mujeres (11%). Se encontró que la cirugía abierta (y el índice de masa corporal fueron predictores independientes de pérdida excesiva de sangre perioperatoria. Conclusión: se desarrollaron complicaciones quirúrgicas a corto plazo en el 35% de las mujeres después de una histerectomía radical con cáncer del cuello uterino en etapa temprana en los países bajos, una nación con atención quirúrgica centralizada, donde la cirugía abierta se asocia con una pérdida excesiva de sangre perioperatoria.

Bahadur A, et al. (India, 2021), realizaron la investigación: Complicaciones intraoperatorias y postoperatorias en cirugía ginecológica de histerectomía: un análisis retrospectivo (13). Objetivo: identificar la frecuencia con que se presentan las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias en cirugías ginecológicas convencionales. Métodos: estudio de análisis retrospectivo de mujeres sometidas a cirugías ginecológicas de histerectomía, en el servicio de ginecología del centro terciario en Uttarakhand, India, desde febrero de 2016 hasta diciembre de 2019, que alcanzó el número de 389. Resultados: 94 de las pacientes tuvieron complicaciones perioperatorias, lo que representa el 24,16% del total de casos. El tiempo operatorio en la mayoría de las cirugías osciló entre dos y tres horas (48,93%), y la duración media de la estancia hospitalaria tras la cirugía fue de 10,79 + 7,91 días. Las tasas de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias fueron del 5,91% y 19,28% respectivamente. De estas, las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) (10,28%) y la fiebre (5,39%) fueron las

complicaciones más comunes observadas. Parámetros independientes como edad, paridad, vía de cirugía, tiempo operatorio, la duración preoperatoria de la estancia hospitalaria y la transfusión de sangre preoperatoria se asociaron significativamente con las complicaciones perioperatorias. Conclusión: la cirugía de histerectomía convencional, que es la que se realiza con mayor frecuencia, tuvo como complicaciones con mayor frecuencia infecciones en el sitio quirúrgico y presencia de fiebre.

Ashrat M, et al. (Pakistan, 2022), realizaron una investigación complicaciones comunes preoperatorios y postoperatorios de la histerectomía convencional (14). Objetivo: analizar las complicaciones comunes preoperatorios y postoperatorios de la histerectomía convencional. Métodos: estudio transversal realizado el servicio de ginecología del hospital de Lahore, empleándose para la recolección de los datos muestra intencional. El tamaño de la muestra fue de 120 participantes ginecológicas, comprendidas entre 25 y 50 años. Resultados: según los hallazgos del estudio la complicación intraoperatoria más común de la histerectomía convencional es la lesión intestinal (16.7%), seguida de la lesión del tracto urinario y gastrointestinal (0.8%). La complicación postoperatoria más prevalente fue la anuria (19.2%). La embolia pulmonar (bronquitis, colapso pulmonar) fue responsable del 8% de los problemas, mientras que la formación de hematomas fue responsable del 19,2%. Conclusión: queda claro que la complicación intraoperatoria más común de la histerectomía convencional es la lesión intestinal, mientras que la complicación postoperatoria más común es la anuria.

Dhobale A, Hohale M, y Bankar N, (India, 2023), realizaron un estudio de pacientes sometidas a histerectomía abdominal en un instituto de atención terciaria(15). Objetivo: estudiar los diversos perfiles de pacientes sometidas a histerectomía abdominal reportados en centros de atención terciaria en la India. Estudio de tipo transversal, cuantitativo y descriptivo simple, en el que se anotaron los datos clínicos breves de registros de casos de mujeres sometidas a histerectomía, que incluyeron edad, paridad, síntomas de presentación, antecedentes médicos y quirúrgicos, estado de hemoglobina. Resultados: la mayoría de edad de las mujeres fue entre 41 y 45 cinco años, siendo la paridad promedio del 3.2 hijos. El sangrado vaginal anormal asociado con diversas formas de irregularidades menstruales por la queja más común por la que los pacientes buscaron asesoramiento, mientras que la incidencia de pacientes sometidas a ligadura de trompas fue el procedimiento quirúrgico previo más común, en tanto la anemia fue la patología asociada preoperatoria más frecuente. El fibroma se constituyó en la manifestación más común en el listado de la paciente que provocó una histerectomía abdominal. Conclusiones: los resultados de la investigación muestran que la histerectomía abdominal es la vía quirúrgica más frecuente

realizada en mujeres entre 40 a 45 años de edad, la anemia se constituyó la complicación más predominante asociada preoperatoriamente a otras manifestaciones clínicas como la hipertensión, diabetes mellitus e infección del tracto urinario.

Zhu C, et al. (Canada, 2020), realizaron la investigación factores de riesgo de lesión intestinal en histerectomía por indicaciones benignas(16). Objetivo: Estimar la incidencia y los factores de riesgo de lesión intestinal en mujeres sometidas a histerectomía por indicaciones benignas. Método: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo entre mujeres sometidas a histerectomía por indicaciones benignas entre 2012 y 2016. Se utilizaron modelos de regresión logística multivariados para controlar los factores clínicos del paciente y los factores perioperatorios. Resultados: Se produjeron lesiones intestinales en 610 de 155.557 (0,39%) de las mujeres incluidas. Los factores de riesgo son: las indicaciones quirúrgicas de trastorno menstrual (RR 0,33, IC 95 % 0,23–0,47; RR] 0,33, IC 95 % 0,23–0,48; n=67/34,168), leiomiomas uterinos (RR 0,80, IC 95% 0,61–1,05; RR 0,44, IC 95% 0,33–0,59; n=243/51,232) y prolapso genital (RR 0,30, IC 95% 0,20– 0,45; RR 0,41; IC del 95 %: 0,25–0,67; n = 36/20 384) se asociaron con menores probabilidades de lesión intestinal. Conclusión: Un mayor riesgo de lesión intestinal se asocia con la endometriosis y el abordaje quirúrgico abdominal de la histerectomía. Estos hallazgos tienen implicaciones para la atención quirúrgica de mujeres con enfermedad uterina benigna.

Li Z, et al. (China, 2020), realizaron la investigación Incidencia y factores de riesgo del íleo posoperatorio tras histerectomía por indicaciones benignas(17). Objetivo: El objetivo de este estudio es investigar la incidencia, los factores de riesgo y los resultados asociados con el IOP (Íleo postoperatorio) en pacientes sometidas a histerectomía por indicaciones benignas Método: Se realizó una revisión retrospectiva de 1.017 pacientes consecutivas sometidas a histerectomía benigna durante el período 2012-2017 en un solo centro. El IOP se definió como ausencia de flatos y defecación durante más de 2 días con la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: náuseas, vómitos y distensión abdominal. La asociación entre las variables perioperatorias y el riesgo de IOP se evaluó mediante análisis univariado. Los factores de riesgo independientes se identificaron mediante análisis de regresión logística multivariado. Resultados: La incidencia global de IOP fue del 9,2%. La incidencia de IOP no difirió significativamente entre tres abordajes quirúrgicos diferentes (histerectomía abdominal, 10,6%; histerectomía laparoscópica, 7,8%; histerectomía vaginal, 11,3%; P = 0,279). Conclusión: La IOP es una complicación común después de la histerectomía. Este estudio identificó factores de riesgo de IOP específicamente para pacientes ginecológicas. Los pacientes expuestos a estos factores deben ser monitoreados de cerca para detectar el desarrollo de IOP.

Arabkhazaeli M, et al. (EE UU, 2020), realizaron la investigación: Un estudio retrospectivo de los factores de riesgo de obstrucción del intestino delgado después de una histerectomía(18). Objetivo: El propósito de este estudio fue evaluar la incidencia de obstrucción del intestino delgado (OBI) después de una histerectomía e identificar factores que pueden aumentar el riesgo de obstrucción del intestino delgado (OBI) por vía de histerectomía. Método: Se realizó una revisión retrospectiva de los registros médicos electrónicos de todas las histerectomías realizadas entre enero de 2011 y julio de 2013. Resultados: Entre enero de 2011 y julio de 2013, se realizaron 1630 histerectomías en el Centro Médico Montefiore. De 1630 casos, se documentaron 40 OID; 30 tras un abordaje abdominal y 10 tras un abordaje mínimamente invasivo. La incidencia global de OID fue del 2,4%. Un análisis multivariable que ajustó los posibles factores de confusión demostró menores probabilidades de OID para los abordajes mínimamente invasivos combinados, en comparación con la histerectomía abdominal. Las variables adicionales asociadas de forma independiente con el desarrollo de OID incluyeron lesión intestinal intraoperatoria y malignidad, mientras que la pérdida de sangre intraoperatoria y la lisis de adherencias no se asociaron de forma independiente con OID. Conclusión: Después de ajustar por factores de confusión, incluida la malignidad, la histerectomía abdominal se asoció con un riesgo significativamente mayor de OID en comparación con la histerectomía mínimamente invasiva.

Qi, A. C., Peacock, K., y cols. (EE UU, 2019), realizaron la investigación, Asociaciones entre factores de riesgo social e infecciones del sitio quirúrgico después de colectomía e histerectomía abdominal(19). Objetivo: Determinar si los factores de riesgo social, incluida la raza, el seguro y los ingresos económicos del vecindario, están asociados con altas tasas de SSI después de una colectomía o histerectomía abdominal Método: Este estudio transversal analizó a adultos sometidos a colectomía o histerectomía abdominal, según lo capturado en las bases de datos estatales de pacientes hospitalizados de Arizona, Florida, Iowa, Massachusetts, Maryland, Nueva York y Vermont. Las operaciones se realizaron entre 2013 y 2014 en hospitales generales de atención aguda en los Estados Unidos. Resultados: Un total de 149.741 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, incluidos 90.210 pacientes sometidos a colectomías (edad media [DE], 63,4 [15,6] años; 49.029 [54%] mujeres; 74% blancos, 11% negros, 9% hispanos y 5% de otra raza/etnia desconocida) y 59.531 pacientes sometidas a histerectomías abdominales (edad media [DE], 49,8 [11,8] años; 100% mujeres; 52% blancos, 26% negros, 14% hispanos y 8 % otra raza/etnia o desconocida). Conclusión: Ninguno de los factores de riesgo que se desarrolló en este estudio tuvo una estadística asociada y significativa con SSI después del ajuste por riesgo clínico estudiado.

Duyar S, et al. (EE UU, 2022), realizaron la investigación Incidencia y factores de riesgo de tromboembolismo venoso posoperatorio en histerectomía benigna(20). Objetivo: Describir la incidencia y los factores de riesgo asociados con el tromboembolismo venoso (TEV) posoperatorio en pacientes sometidas a histerectomía por indicaciones benignas, con énfasis en el impacto de la ruta de la cirugía. Método: Cohorte retrospectiva. Se resumieron los datos de mujeres de 18 años o más que se sometieron a histerectomía por indicaciones benignas entre 2014 y 2018. Para el análisis se utilizó la prueba t y la regresión logística multivariable. Resultados: Un total de 94.940 pacientes fueron sometidas a histerectomía, de las cuales 23.081 (24,3%) se sometieron a histerectomía abdominal, 56.656 (59,7%) a histerectomía laparoscópica y 15.203 (16,0%) a histerectomía vaginal. La incidencia global de TEV fue del 0,4%. La incidencia de TEV fue mayor en la histerectomía abdominal (0,7%), laparoscópica (0,3%, $p < 0,001$) y vaginal (0,2%, $p < 0,001$). Una clasificación ASA más alta se asoció de forma independiente con TEV posoperatorio. La edad, la raza, el índice de masa corporal, el peso uterino, el tiempo operatorio, las múltiples comorbilidades médicas y el tabaquismo no se asociaron de forma independiente con un mayor riesgo de TEV. Conclusión: La TEV posoperatoria después de una histerectomía por indicaciones benignas es rara. El riesgo de TEV posoperatorio es mayor en pacientes sometidas a histerectomía abdominal en comparación con la histerectomía mínimamente invasiva, incluidas las vías de cirugía laparoscópica y vaginal. Además, el riesgo de TEV puede ser mayor con una clase ASA más alta.

Fernández P, et al. (Paraguay, 2021), realizó la investigación Complicaciones de la histerectomía total por patologías benignas en el servicio de cirugía general y ginecología del hospital regional de Pilar periodo 2017-2020(21). Cuyo objetivo fue: determinar las complicaciones en las histerectomías realizadas en el hospital regional de Caacupé, durante los años de 2017-2020. Métodos: estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, constituido por 31 historias clínicas recolectadas de mujeres que fueron sometidas a cirugía de extirpación total del útero por patologías benignas. Resultados: Se tuvo que el 20% de las pacientes experimentaron sangrado postoperatorio, con shock hipovolémico, el 50% de las pacientes presentaron como complicación infección del sitio quirúrgico, en tanto que un 10% tuvieron lesión ureteral y un 20% lesión intestinal. Conclusión: se concluye que el 32% de los casos en cirugías de histerectomía presentaron complicaciones siendo la más frecuente la infección en el sitio quirúrgico, mientras que la indicación que prevaleció para la realización de la histerectomía total fue la miomatosis uterina.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuáles son las complicaciones en histerectomía abdominal convencional realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023?

1.3.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuál es la prevalencia de las complicaciones en histerectomía abdominal convencional realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023?
- b) ¿Cuáles son los antecedentes sociodemográficos, ginecológicos y comorbilidades de las pacientes que presentaron complicaciones en histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023?
- c) ¿Cuáles son las complicaciones en histerectomía abdominal convencional según los antecedentes sociodemográficos, ginecológicos y comorbilidades realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar las complicaciones en histerectomía abdominal convencional realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.

1.4.2. Objetivos específicos

- a) Determinar la prevalencia de las complicaciones en histerectomía abdominal convencional realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.
- b) Describir los antecedentes sociodemográficos, ginecológicos y comorbilidades de las pacientes que presentaron complicaciones en histerectomía abdominal convencional realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.

- c) Describir las complicaciones en histerectomía abdominal convencional según los antecedentes sociodemográficos, ginecológicos y comorbilidades realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.

1.5. Justificación de la investigación

La histerectomía es un procedimiento que consiste en retirar quirúrgicamente una parte o el total del útero y las complicaciones postoperatorias son de interés conocerlos ya que nos minimizaran los riesgos que pueda conllevar.

Como se describió la histerectomía es una de las cirugías más comunes en ginecología, encabezando tenemos los leiomiomas uterinos con una incidencia del 34% que terminara en esta cirugía, debido a ello es de suma importancia conocer el tema, ya que repercutirá en los pacientes postoperados y más aún si tendrán complicaciones y, con esta investigación se aportara y conocerá con mayor claridad las complicaciones así como también ver sus antecedentes ginecológicos y comorbilidades si existen relación entre ellas; para luego buscar una reducción en la recuperación y sus complicaciones de dicha cirugía.

Además, la presente investigación fue viable, pues se dispuso de información, recursos económicos e incluso el apoyo del hospital Antonio Lorena quien nos facilitó los permisos correspondientes.

La investigación se justifica metodológicamente, ya que en base a los resultados alcanzados podrán realizarse futuras investigaciones, así el presente estudio ha de servir como un referente a nivel regional del estudio de las complicaciones postquirúrgicas en histerectomía abdominal convencional, siendo este abordaje el más empleado en los hospitales de la región del Cusco.

1.6. Limitaciones de la investigación

Entre las principales limitaciones que presenta la investigación se tienen a las limitaciones de sesgo ya que encontraremos historias clínicas incompletas, datos alterados, registros ausentes de las complicaciones, diagnósticos erróneos los cuales podrían alterar nuestra investigación. También tendremos limitación en cuanto a historias clínicas que no estén en sus casillas o fueron derivados a otros servicios.

1.7. Consideraciones éticas

La investigación se lleva a cabo conforme a las pautas descritas en los principios bioéticos aplicables en seres humanos descritos en la “Declaración de Helsinki”, y los principios éticos del código de Núremberg. Frente a nuestro estudio que es observacional no estarán los pacientes expuestos a ningún riesgo ya que solo trabajaremos con la recolección de datos de las historias clínicas (22).

Este estudio se lleva a cabo de acuerdo con los principios descritos en el informe Belmont, específicamente manteniendo las nociones de beneficencia y respeto. El objetivo principal de esta investigación es mejorar el bienestar de los pacientes garantizando al mismo tiempo que los datos recopilados se manejen con el mayor grado de precaución y responsabilidad. Se realizará una revisión ética y se obtendrá la aprobación por parte del comité de ética e investigación del Hospital Antonio Lorena del Cusco, para asegurar la ética en todos los procedimientos y la confidencialidad de los datos se mantendrá la integridad científica en el diseño y ejecución del estudio. La información recuperada de los registros médicos será sometida a rigurosos protocolos de procesamiento con el fin de salvaguardar su confidencialidad e integridad. Para el análisis solo se seleccionarán datos que estén de acuerdo con los objetivos de la investigación (23).

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. Definición de histerectomía

Es el acto quirúrgico irreversible, que consiste en la extracción del útero o parte de este, generando infertilidad definitiva. Puede realizarse por vía abdominal, vaginal o laparoscópica(24).

2.1.2. Tipos de histerectomía

Histerectomía abdominal: A través de esta vía de acceso se obtiene un campo operativo más amplio; se recomienda cuando se trata de órganos pélvicos de tamaño considerable o adherencias extremadamente extensas. Un acceso abdominal proporciona acceso a los ovarios en el caso de ooforectomía, al espacio presacro o al espacio de Retzius para procedimientos de uro ginecología concurrentes, o a la parte superior del abdomen con el fin de estadificar el cáncer(25).

Histerectomía vaginal: Cuando los ginecólogos observan prolapso genital, atrofia de órganos pélvicos y ausencia de enfermedad anexial sustancial o grandes adherencias, optan por esta vía de acceso en particular. Las pacientes que se someten a este procedimiento, a diferencia de la histerectomía abdominal, experimentan una recuperación más rápida, menos días de hospitalización, costos reducidos y una menor agonía posoperatoria(25).

Histerectomía por laparoscopia: Este enfoque suele ser el preferido por los ginecólogos capacitados en técnicas laparoscópicas, las mujeres que tienen órganos pélvicos más pequeños y en situaciones en las que no se prevén adherencias significativas. Además, se considera un requisito previo un ligero descenso del útero. Este enfoque no sólo facilita una recuperación más rápida, reduce los gastos y alivia las molestias postoperatorias, sino que también proporciona una visualización mejorada del abdomen y la pelvis. Sin embargo, esta metodología requiere una duración prolongada de la operación y aparatos quirúrgicos más costosos(26).

2.1.3. Indicaciones para la histerectomía

Las indicaciones de la histerectomía abdominal abarcan una amplia gama de patologías que se pueden categorizar en dos grupos: enfermedades benignas y malignas de los órganos pélvicos. Determinar si la paciente presenta síntomas debido a su patología o si por el contrario se encuentra asintomática es de suma importancia(28).

Las enfermedades inflamatorias e infecciosas, la endometriosis y los tumores uterinos como los fibromas son ejemplos de enfermedades benignas. Si bien las infecciones de los anexos son la causa más común de infecciones relacionadas con la histerectomía, los abscesos del útero y la pelvis también requieren la escisión del tejido infectado. La endometriosis, una afección patológica adicional que afecta los órganos pélvicos, puede requerir una histerectomía total, potencialmente junto con una salpingooforectomía, en pacientes sintomáticas que han alcanzado una paridad satisfactoria. La intervención quirúrgica está justificada en casos de miomas uterinos que provocan síntomas, discapacidad o cambios detectados durante el examen físico. Los síntomas que sirven como indicadores de la presencia de un tumor incluyen dolor, malestar durante la compresión, hemorragia y, en tales casos, es necesaria la extirpación del útero(29).

En el caso de los leiomiomas uterinos conocidos coloquialmente como fibromas, son las tumoraciones pélvicas femeninas más frecuentes; son crecimientos de las células musculares lisas del útero. Son frecuentes en la edad reproductiva y para los 50 años de edad al menos 60% de las mujeres blancas y 80% de las de raza negra tiene o ha tenido estas lesiones. Los leiomiomas varían en tamaño, localización, número y efecto, y se describen según su localización anatómica como intramurales, subserosos, submucosos, pedunculados, cervicales y rara vez, ectópicos(30).

La mayoría de pacientes es asintomática, pero la hemorragia uterina anormal causada por leiomiomas es la indicación más frecuente de histerectomía en Estados Unidos. Otras manifestaciones incluyen dolor, complicaciones de embarazo e infertilidad. Por lo general, el dolor se debe a miomas en degeneración que crecen más que su fuente sanguínea, o por compresión de otros órganos pélvicos, como el intestino, vejiga y ureteres. Los niveles altos de hormonas en el embarazo a menudo inducen crecimiento significativo de miomas preexistentes; esto puede causar distorsión considerable de la cavidad uterina, lo cual produce abortos recurrentes, presentación fetal anómala, restricción de crecimiento intrauterino, obstrucción del conducto del parto y la necesidad

subsiguiente de cesárea, desprendimiento de placenta, trabajo de parto prematuro y dolor por la degeneración (31).

Por desgracia, el tratamiento médico sólo brinda alivio temporal y los miomas tienden a recurrir después de la intervención quirúrgica, ya sea nuevos o por crecimiento de miomas pequeños que no se detectaron al momento de la operación inicial. El único tratamiento curativo definitivo es la histerectomía, que puede hacerse por vías vaginal, abdominal o laparoscópica (32).

La histerectomía también puede estar justificada en los casos en que el cuello uterino, las trompas de Falopio o los ovarios se vean afectados por enfermedades malignas. Para el cáncer de cuello uterino invasivo, la histerectomía radical es una opción de tratamiento viable, dependiendo de su estadio clínico (hasta el estadio IIa). El carcinoma de cuello uterino que es preinvasivo o microinvasivo es susceptible de tratamiento mediante histerectomía extrafascial con resección amplia del manguito vaginal. El carcinoma de endometrio se erradica mediante la realización de salpingooforectomía bilateral e histerectomía extrafascial. Junto con la quimioterapia o en lugar de ella, la radioterapia concluye el tratamiento del cáncer de endometrio. Además de una omentectomía, se podría utilizar una histerectomía abdominal extrafascial total y una salpingooforectomía bilateral para eliminar el cáncer de trompas de Falopio y de ovario(29).

2.1.4. Etapas de la histerectomía abdominal convencional

Anestesia y posición de la paciente: Con frecuencia, la histerectomía de tipo abdominal convencional se realiza bajo anestesia general. Después de insertar un catéter de Foley y colocar a la paciente en decúbito supino, se realizan preparaciones quirúrgicas abdominales y vaginales(28).

Acceso abdominal: Se utilizará una incisión transversa o vertical para la histerectomía, los factores clínicos influyen en su selección, así como también las indicaciones de la patología(28).

Exposición: Una vez que se ha ingresado a la cavidad abdominal, se coloca un retractor de autorretención, como el retractor de O'Connot-O'Sullivan o Balfour. Se realiza un examen visual de la pelvis y el abdomen, mientras que el intestino se aísla manualmente del sitio quirúrgico mediante el empleo de compresas abdominales. El útero se eleva y se sostiene por encima de la pelvis. En presencia de adherencias importantes, la intervención quirúrgica se ve facilitada por el restablecimiento de las relaciones anatómicas normales.

Una histerectomía puede ser realizada por un solo cirujano; sin embargo, en la mayoría de los casos, participan dos y cada cirujano realiza la mitad del procedimiento en su respectivo lado del útero(33).

Corte transversal del ligamento redondo: Antes de iniciar la histerectomía se secciona uno de los ligamentos redondos centrales. Al penetrar el retroperitoneo de esta manera, es posible detectar el uréter y acceder a la arteria uterina y al ligamento cardinal para incisiones posteriores. Se coloca una sutura transfixiva de absorción lenta de calibre 0 aproximadamente 1 centímetro proximal y 1 centímetro adicional distal al sitio previsto de la incisión. Dirigiendo las suturas hacia arriba y hacia afuera para generar tensión en el segmento interpuesto del ligamento redondo, se utilizan hemostáticos para asegurar las suturas. Se realiza una incisión caudal en los 1 a 2 centímetros iniciales del ligamento ancho(24).

Separación de las hojas del ligamento ancho: El ligamento ancho se divide de esta manera, dando como resultado el desarrollo de las hojas anterior y posterior. El tejido conectivo areolar es un componente observado entre ellos. Sin utilizar dientes, los márgenes interior y exterior de la hoja anterior se sujetan con unas pinzas atraumáticas. Estos márgenes están sujetos a una tensión interna y externa. Se traza una línea curva desde la línea media de la hoja anterior elevada hacia abajo, que termina en el nivel del pliegue vesical uterino. Retraiga los dos últimos pasos hacia el lado contralateral. Actualmente resulta práctico discernir los uréteres dentro del compartimento retroperitoneal. Esto debe completarse antes de aplicar las pinzas a los tejidos. Después de reubicar el uréter desde el área de la cirugía, se incide una hoja posterior del ligamento ancho, que se extiende inferomedialmente hacia los ligamentos uterosacros(29).

Conservación ovárica: Si se deben conservar los ovarios, el cirujano puede insertar su dedo índice debajo de la trompa de Falopio y el ligamento útero-ovárico mientras las hojas del ligamento ancho están abiertas. Al inicio del procedimiento se insertó una pinza de Kelly, que estaba situada muy cerca del dedo del cirujano, a través de las trompas de Falopio y el ligamento uterino-ovárico(32). En la zona del dedo se colocan dos pinzas de Heaney, además de otras pinzas adecuadas, una de ellas orientada hacia el útero. Se realiza una incisión en el segmento interpuesto de la trompa de Falopio y el ligamento uterino-ovárico entre la pinza de Heaney medial y la pinza de Kelly después de que el cirujano retira el dedo. Se coloca una sutura de calibre cero y de absorción lenta alrededor de la periferia de las dos pinzas de Heaney. Una vez fijado firmemente el material de sutura, se extraen los dos instrumentos. El pedículo se rodea con una sutura transfixiva mientras todavía está sostenido por la pinza de Heaney restante. Esta sutura está colocada

distalmente y por encima de la ligadura inicial. A medida que se asegura aún más el nudo, se suelta el cierre Heaney. Habiendo mantenido la pinza de Kelly, los anexos actualmente se pueden separar del útero(33).

Ooforectomía: Para extraer los anexos, la trompa de Falopio y el ovario se aseguran en una posición elevada lejos del ligamento infundibulopélvico (IP) utilizando una pinza Babcock. Se hace un corte en el peritoneo superior a este ligamento y la incisión se extiende lateral y cefálicamente. Antes de esto, se realizó una incisión en el peritoneo medial al ligamento IP como parte de la hoja posterior del ligamento ancho(34).

Una vez aislado el ligamento IP, es posible rodearlo con pinzas curvas de Heaney. De manera similar a los ligamentos útero-ováricos, se colocan dos pinzas lateralmente y una se coloca medial al sitio previsto de la incisión. Estos instrumentos están curvados en la dirección del sitio previsto para la incisión. Tras la inserción de las pinzas, se corta y liga el ligamento IP. La mayor movilidad de los anexos, que ahora están desprendidos de la pared pélvica lateral, puede impedir la intervención quirúrgica. Como consecuencia, los anexos comúnmente se retienen dentro del ligamento útero-ovárico mientras la pinza de Kelly permanece en su lugar o, alternativamente, se extirpan quirúrgicamente(34).

Colgajo vesical: A través de la abertura de la hoja anterior del ligamento ancho se cortó el peritoneo que conecta el borde superior de la vejiga con el istmo uterino. Al sostener y elevar el pliegue vesicouterino, se genera tensión entre este y el cuello uterino en el fondo de ojo. Al mismo tiempo, se genera contracción tirando hacia arriba de las abrazaderas Kelly que previamente estaban colocadas en la parte inferior. Luego, con unas tijeras finas de Metzemaum, se cortan las bandas de tejido conectivo dentro de este espacio vesicouterino(24).

Arterias uterinas: Posteriormente, las arterias uterinas se distinguen a lo largo de las caras laterales del útero a nivel del istmo. Del ligamento ancho persiste una cantidad variable del peritoneo posterior y del tejido areolar flexible que rodea los vasos uterinos. El proceso de separar este tejido de la región que rodea un vaso sanguíneo se denomina "esqueletonización". Al final, este enfoque reduce la cantidad de tejido confinado dentro del pedículo vascular que requiere pinzamiento. Se emplea una puntada de material de absorción lenta de calibre 0 debajo del vértice de la pinza más baja, con los extremos de la sutura rodeando el cuerpo de la pinza(33).

Amputación del fondo uterino: Tras la ligadura bilateral de las arterias uterinas, el útero se separa bruscamente del istmo y del cuello si se trata de un órgano grande y

voluminoso. Para elevar el cuello uterino, se aplican pinzas de Kocher de un solo diente en los márgenes anterior y posterior del istmo uterino después de la extracción del cuerpo(34).

Incisión de los ligamentos cardinales: Situados por debajo de los vasos uterinos, estos ligamentos se encuentran en los márgenes del útero. Utilizando una pinza de Heaney recta, se sujeta el ligamento cardinal. Cuando la pinza se aplica al ligamento, asume una orientación paralela al lado correspondiente del útero. A medida que la pinza se retrae gradualmente, experimenta una desviación marginal del eje vertical del útero. La sección del ligamento cardinal que está sujeta con la pinza se extirpa con un bisturí. Después de esto, se colocan suturas transfectivas simples de calibre 0 de absorción lenta debajo de la pinza, se fijan y posteriormente se extrae la pinza(34).

Corte transversal del ligamento útero sacro: La tracción uterina superior proporciona la visión y sensación más claras de estos ligamentos. Cerca de la inserción uterina de cada ligamento, se utiliza una pinza de Heaney recta para asegurarlo. Después de cortar el ligamento medial a la pinza con una sutura transfectiva, se retira la pinza(34).

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(35).

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 transfectivos bajo las pinzas de Heaney(36).

Cierre del muñón vaginal: La bóveda vaginal se fija al pedículo del ligamento uterosacro ipsilateral utilizando un material de absorción lenta de diámetro 0. Al asegurar las paredes vaginales anterior y posterior con la porción distal del ligamento uterosacro, esta sutura mitiga eficazmente el riesgo de prolapso remanente posterior a la intervención quirúrgica. Los hilos de sutura largos se mantienen en su lugar mediante hemostáticos. El resto vaginal anterior y posterior seccionado se eleva tirando de las pinzas hacia arriba y hacia un lado. La reaproximación se puede lograr utilizando varios puntos en forma de ocho o puntos continuos y anclados hechos con material de sutura de calibre 0 de absorción lenta. Al incorporar el peritoneo que cubre el borde vaginal posterior a esta sutura, se disminuye la posibilidad de hemorragia posoperatoria originada en el remanente vaginal(34).

Cierre de la herida: El cierre se realiza por planos anatómicos.

2.1.5. Complicaciones de la histerectomía abdominal convencional

Son varias las complicaciones que se pueden presentar como consecuencia de una cirugía de histerectomía abdominal, entre las que destacan por su prevalencia las siguientes(37):

a) Hemorragias

Las hemorragias se dan cuando se produce una pérdida excesiva de sangre durante la cirugía o en el período postoperatorio. Esto puede requerir una transfusión de sangre o una revisión quirúrgica para detener la hemorragia. Entre las causas de las hemorragias se tienen lesiones en los vasos sanguíneos o una mala coagulación de la sangre (7).

Durante la disección del útero y los tejidos circundantes, puede ocurrir lesiones en los vasos sanguíneos importantes, como son las arterias uterinas, venas pélvicas o la arteria ilíaca, asimismo la presencia adenomiosis o miomas uterinos puede aumentar la vascularización y hacer más probable la hemorragia, por su parte Las adherencias debidas a cirugías previas, endometriosis o infecciones pueden complicar la cirugía y aumentar el riesgo de sangrado, finalmente, las pacientes coagulopatías tienen un mayor riesgo de hemorragia intraoperatoria(24).

Entre las consecuencias de la hemorragia tenemos que la pérdida significativa de sangre puede llevar a una hipotensión severa, shock hipovolémico y, en casos extremos, insuficiencia multiorgánica. Es necesario en este caso transfusiones de sangre y productos hemoderivados, lo cual conlleva riesgos adicionales como reacciones transfusionales, asimismo en algunos casos, puede ser necesario realizar una intervención quirúrgica para controlar el sangrado, lo cual puede aumentar el riesgo de infecciones postoperatorias. En el postoperatorio es importante realizar el monitoreo cercano, en los signos vitales y nivel de hemoglobina de la paciente y en pacientes con trastornos de coagulación es importante administrar factores de coagulación, plasma fresco congelado medicamentos específicos para mejorar la coagulación(38).

b) Lesión intestinal

La lesión intestinal es una de las complicaciones más críticas durante una operación de histerectomía, entre las causas más frecuentes se tienen la presencia de adherencias abdominales debidas a cirugías previas, endometriosis o infecciones las

cuales pueden aumentar el riesgo de lesión intestinal durante la disección. La disección de áreas anatómicas complejas o la manipulación de tejidos cercanos al intestino pueden resultar de una lesión accidental, asimismo la presencia de anomalías anatómicas o distorsiones debidas a tumores pueden hacer que el índice bucear las revisiones(39).

Las consecuencias de una lesión intestinal pueden derivar en peritonitis o contaminación del abdomen con contenido intestinal, derivando en una infección sistémica grave o sepsis, lo cual retrasa la recuperación y la estancia hospitalaria, pues se necesita un abordaje inmediato, mediante técnicas de reparación primaria, recesión y anastomosis, así como un monitoreo cercano, antibiótico terapia y drenaje de absceso se casó de que se pueda detener en que la calidad y finalmente dar la intervención quirúrgica(39).

c) Íleo paralítico

El íleo paralítico es una complicación postoperatoria que puede ocurrir tras una histerectomía. Se caracteriza por una parálisis temporal del intestino, lo que impide el tránsito normal del contenido intestinal. La presencia de íleo paralítico durante la operación o en el postoperatorio, puede deberse a la manipulación del intestino durante la cirugía provocan una respuesta refleja o inhibición de la motilidad intestinal, asimismo el uso de anestesia general y ciertos medicamentos, especialmente opioides, pueden reducir la motilidad intestinal(17).

Las principales consecuencias que trae íleo paralítico son la distensión abdominal por la conjunción de gases y líquidos en el intestino, causando dolor abdominal, náuseas y vómitos, así como la retención de alimentos, lo que puede llevar a la deshidratación y desequilibrios electrónicos provocando la prolongación de la estancia hospitalaria, motivo por el cual es importante que durante la operación se busque reducir la manipulación del intestino, mantener una hidratación adecuada entre operatoria, así como evitar la hipotermia, y en el posoperatorio se recomienda la movilización temprana del paciente para estimular la motilidad intestinal, emplear analgesia multimodal para reducir la necesidad de opioides, así como al administrar líquidos intravenosos y corregir cualquier desequilibrio electrolítico, teniendo cuidado de tener una progresión en la dieta pasado del dieta líquida gradualmente sólidos según la tolerancia del paciente y en algunos casos hacer uso de los genéticos para ayudar a la motilidad intestinal(17).

d) Trombosis de vena profunda

La trombosis venosa profunda (TVP) es una complicación grave que puede ocurrir durante o después de una histerectomía. A continuación, se presentan las causas, consecuencias y abordajes frente a la presencia de TVP durante la operación o en el postoperatorio. Las causas más frecuentes de la trombosis de vena profunda, vienen dados por la inmovilización durante y después de la cirugía, que aumenta el riesgo de estasis venosa, lo que puede llevar a la formación de coágulos, asimismo, el trauma a los vasos sanguíneos durante la cirugía puede predisponer a la formación de coágulos, los pacientes con antecedentes de TVP o trastornos de la coagulación tienen un mayor riesgo, así como aquellos pacientes con terapia hormonal previa o el uso de anticonceptivos pueden aumentar el riesgo de TVP(40).

Las consecuencias de la trombosis venosa profunda, son la embolia pulmonar es la complicación más grave y que ocurre cuando un coágulo se desprendería a los pulmones, lo cual puede ser potencialmente mortal, asimismo se tiene la insuficiencia venosa crónica, que es el daño valvular en las venas afectadas, causando insuficiencia venosa crónica y síndrome post trombótico, puede también causar dolor, hinchazón y enrojecimiento de la extremidad afectada. El abordaje pretexto complicación consiste en el uso de profilaxis farmacológica, es decir de anticoagulantes profilácticos como la heparina de bajo peso molecular antes de la cirugía para pacientes con alto riesgo, la profilaxis mecánica, mediante los dispositivos de compresión neumática intermitente en las piernas durante la cirugía para mejorar el flujo sanguíneo, si bien es importante el realizar estudios de imagen, como la ecografía Doppler, en caso de sospecha de TVP, para confirmar el diagnóstico. En caso de diagnóstico positivo de TVP es importante iniciar el tratamiento con anticoagulantes terapéuticos como la heparina o Warfarina, así como educar al paciente sobre signos y síntomas de TVP, y la importancia de la movilización y adherencia al tratamiento al anticoagulante(40).

e) Absceso cúpula

Un absceso en la cúpula vaginal, también conocido como absceso del muñón vaginal, es una complicación que puede ocurrir después de una histerectomía. Este tipo de absceso se desarrolla en el área donde se ha realizado la sutura del muñón vaginal tras la extracción del útero. Las causas que provocan esta complicación son diversas entre las que figuran la infección bacteriana, la formación de un hematoma en el muñón vaginal que puede servir para el crecimiento bacteriano, la técnica quirúrgica inadecuada como la mala sutura del muñón vaginal, que puede predisponer a la

infección y formación de abscesos, la inmunosupresión debido a condiciones médicas o tratamientos en el paciente, que conducen a un mayor riesgo de desarrollar infecciones postoperatorias así como la contaminación fecal durante la cirugía, especialmente en procedimientos complicados por adherencias o lesiones intestinales como puede aumentar el riesgo de infección(41).

Las consecuencias de esta complicación son el dolor abdominal o pélvico intenso, fiebre alta y de no tratarse la infección puede diseminarse llevar a una sepsis que es una condición potencialmente mortal. Una infección persistente puede llevar a la formación de fístulas entre la vagina y otros órganos como la vejiga con intestino por la necrosis del tejido circundante, lo que puede requerir intervenciones o cirugías adicionales. La prevención y el manejo de un absceso en la cúpula vaginal tras una histerectomía requieren un enfoque multidisciplinario que incluya técnicas quirúrgicas adecuadas, profilaxis antibiótica, y un monitoreo postoperatorio riguroso. La identificación temprana y el tratamiento adecuado de esta complicación son esenciales para minimizar la morbilidad y asegurar una recuperación segura para la paciente(41).

f) Infección de la herida quirúrgica

La infección de la herida quirúrgica es una complicación posible después de una histerectomía. Esta condición puede tener diversas causas y consecuencias, y su manejo adecuado es crucial para la recuperación del paciente. Principales causas de esta complicación figuran la contaminación bacteriana proveniente de bacterias de la piel del paciente, el tracto genital, el intestino o el entorno quirúrgico, asimismo la duración prolongada de la cirugía, el sistema inmunológico comprometido del paciente con la presencia de hematoma o seroma en el sitio quirúrgico, lo cual puede predisponer a infecciones. Otras como habilidades como la obesidad o diabetes mellitus, pueden dificultar la cicatrización y aumentar el riesgo de infección(39).

La prevención y manejo de infecciones de la herida quirúrgica tras una histerectomía es fundamental para asegurar una recuperación sin complicaciones. Un enfoque multidisciplinario, que incluya prácticas quirúrgicas asépticas, profilaxis antibiótica y un seguimiento postoperatorio adecuado, es esencial para minimizar el riesgo de infecciones y sus consecuencias asociadas. La educación del paciente y un monitoreo riguroso son claves para una intervención oportuna y eficaz en caso de infección(40).

g) Infección del tracto urinario

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son una complicación común tras una histerectomía, debido a diversos factores relacionados con el procedimiento quirúrgico y el periodo postoperatorio, como son el uso de catéteres urinarios durante y después de la cirugía puede introducir bacterias en el tracto urinario, la manipulación del tracto urinario durante la cirugía que puede causar traumatismo y facilitar la entrada de bacterias, el desbalance hídrico que puede alterar el entorno urinario favoreciendo el crecimiento bacteriano, la falta de higiene adecuada después de la cirugía puede también aumentar el riesgo de infección(41).

La prevención y manejo de infecciones del tracto urinario en el contexto de una histerectomía es crucial para asegurar una recuperación exitosa y sin complicaciones. Las estrategias preventivas, como el uso limitado de catéteres, técnicas asépticas rigurosas, y un seguimiento cercano en el postoperatorio, son esenciales para minimizar el riesgo de ITU. En caso de infección, un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado con antibióticos son fundamentales para evitar complicaciones severas y asegurar una pronta recuperación(40).

h) Dehiscencia de la herida quirúrgica

La dehiscencia de la herida quirúrgica es una complicación grave que puede ocurrir tras una histerectomía. Esta condición implica la separación de las capas de la herida quirúrgica, lo que puede llevar a una exposición de los tejidos subyacentes y aumentar el riesgo de infecciones y otras complicaciones. Entre las posibles causas de esta complicación, se tiene la presencia de tensión excesiva en la herida, lo cual puede predisponer a la separación de las capas en el sitio quirúrgico, asimismo la presencia de infecciones en herida, pueden debilitar los tejidos y las suturas facilitando la dehiscencia, otra de las posibles causas son las suturas inadecuadas, la presencia de comorbilidades en el paciente como pueden ser la diabetes, obesidad, o enfermedades crónicas que interfieren con la cicatrización de la herida(42).

La presencia de dehiscencia significativa, puede requerir una reintervención quirúrgica para cerrar la herida de nuevo y tratar cualquier infección presente. La prevención y manejo de la dehiscencia de la herida quirúrgica en el contexto de una histerectomía requiere un enfoque cuidadoso tanto durante la operación como en el periodo postoperatorio. La utilización de técnicas quirúrgicas adecuadas, el manejo eficaz de

factores de riesgo y la monitorización estrecha del estado de la herida son esenciales para minimizar el riesgo de dehiscencia y asegurar una recuperación exitosa(42).

i) Lesión vesical

La lesión vesical es una complicación que puede ocurrir durante una histerectomía, especialmente en procedimientos complicados o en presencia de adherencias pélvicas. Esta condición puede tener consecuencias significativas y requiere un manejo adecuado tanto intraoperatorio como postoperatorio. Las causas más frecuentes para esta complicación derivada de la anatomía distorsionada del paciente, por la presencia de adherencias debidas cirugías previas, endometriosis o infecciones pélvicas crónicas, asimismo esta complicación se da en procedimientos complejos como de la histerectomía radical donde la vejiga debe ser disecada y movilizada, otra posible causa es el uso electrocauterio o láser que puede causar quemaduras inadvertidas en la vejiga(41).

La lesión vesical presenta diferentes consecuencias, como la presencia de fístula vesicovaginal, lo cual conlleva una pérdida involuntaria de orina, la exposición a una infección urinaria, hematuria y por consiguiente retraso en la recuperación, frente a esta complicación es importante la identificación temprana, utilizar cistoscopia para evaluar la integridad de la vejiga y los uréteres si se sospecha una lesión, y si se identifica una lesión, se debe realizar una reparación primaria inmediata con suturas absorbidas en dos capas, asegurándose de no comprometer la calidad de la vejiga para contener orina, así mismo en el posoperatorio, es importante mantener el catéter vesical durante el tiempo necesario para asegurar la cicatrización adecuada de la vejiga, generalmente entre 7 a 14 días, así como realizar estudios de imagen como cistografía, antes de retirar el catéter para confirmar la integridad de la reparación(39).

2.1.6. Factores de riesgo asociados a la histerectomía abdominal

Al igual que las complicaciones post quirúrgicas son varios los factores de riesgo(37), entre los que presentan mayor prevalencia se tiene a:

- Hipertensión arterial
- Hábito de fumar
- Obesidad
- Anemia
- Diabetes mellitus

- Cirugías abdominales previas
- Antecedentes de cáncer ginecológico
- Cardiopatía isquémica
- Tiempo quirúrgico
- Tipo de incisión

2.2. Definición de términos básicos

- **Absceso de cúpula:** Un absceso en la cúpula vaginal, también conocido como absceso del muñón vaginal, es una complicación que puede ocurrir después de una histerectomía. Este tipo de absceso se desarrolla en el área donde se ha realizado la sutura del muñón vaginal tras la extracción del útero (41).
- **Infección de la herida quirúrgica:** Infección en la zona quirúrgica, que se presenta por contaminación bacteriana proveniente de bacterias de la piel del paciente, el tracto genital, el intestino o el entorno quirúrgico (39).
- **Histerectomía:** Acto quirúrgico irreversible, consiste en la extracción del útero o parte de este, generando infertilidad definitiva. Puede realizarse por vía abdominal, vaginal o laparoscópica(24).
- **Histerectomía abdominal:** De acuerdo a la situación clínica se puede escoger tanto una incisión vertical como transversa. Se suele preferir una incisión vertical cuando la paciente presenta un útero grande, dado que se obtiene un suficiente espacio quirúrgico(43).
- **Extracción del útero:** Es un proceso en el cual se retira el 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 (34).
- **Lesión intestinal:** Es una complicación potencial grave de la cirugía laparoscópica es la lesión al intestino delgado o al grueso. Puede haber una lesión intestinal no identificada al momento de insertar el trocar, sobre todo si la paciente se había sometido a intervenciones quirúrgicas abdominales, que a menudo inducen la formación de adherencias intestinales con el peritoneo de la pared abdominal anterior (25).
- **Lesiones urológicas:** Esta lesión vesical es una complicación laparoscópica infrecuente, casi siempre ocurre por la perforación retroperitoneal durante la colocación del trocar inferior o durante la disección cortante de la vejiga para separarla del segmento uterino inferior en la histerectomía (26).

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Las complicaciones más frecuentes en cirugía de histerectomía abdominal convencional son el sangrado y la infección de la herida quirúrgica en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023

2.3.2. Hipótesis específicas

- a) Las complicaciones más prevalentes en la histerectomía abdominal convencional, son el sangrado vaginal, la infección del sitio quirúrgico y el absceso cúpula, en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.
- b) Las pacientes sometidas a cirugía de histerectomía abdominal convencional son mujeres con edades entre los 35 y 50 años, con presencia de obesidad y antecedentes de cáncer ginecológico en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.
- c) Las complicaciones en histerectomía abdominal convencional según los antecedentes sociodemográficos, ginecológicos y comorbilidades, presentan una prevalencia diferente en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.

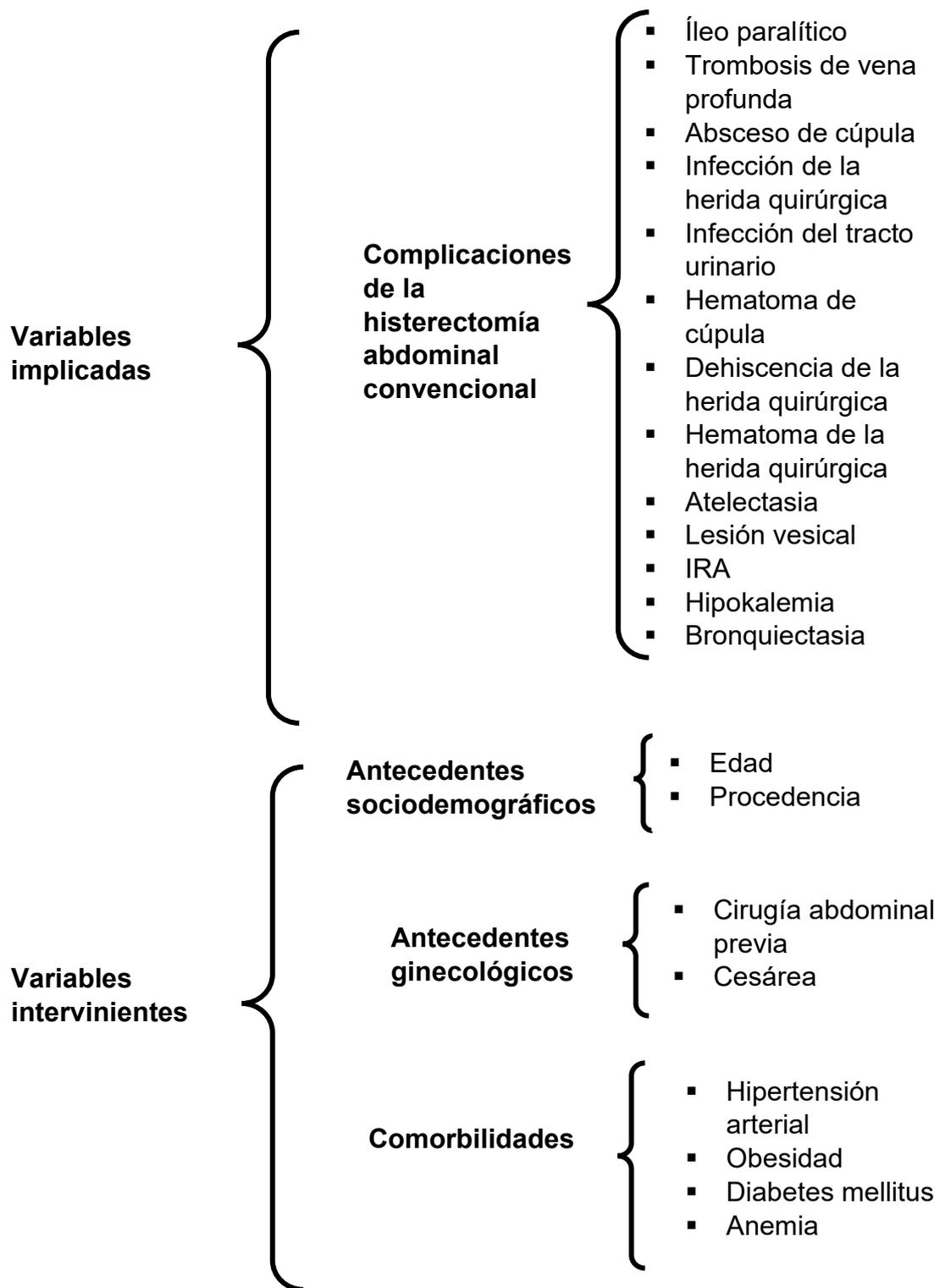
2.4. Variables

2.4.1. Variables implicadas

Variable de estudio: Complicaciones de la histerectomía abdominal convencional

2.4.2. Variables intervinientes

Antecedentes sociodemográficos, ginecológicos y comorbilidades subyacentes



2.5. Definiciones operacionales

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Naturaleza de la variable	Escala de medición	Instrumento o procedimiento de medición	Expresión final	ÍTEM	Definición operacional
Complicaciones de la histerectomía abdominal convencional	Son efectos adversos de diferente intensidad y naturaleza que se presentan después de la cirugía de histerectomía abdominal		Hemorragia	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	1	Pérdida de sangre como consecuencia de la cirugía de histerectomía
			Lesión intestinal	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	2	Lesión intestinal como consecuencia de la cirugía de histerectomía
			Íleo paralítico	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	3	Falta temporal de las contracciones musculares normales de los intestinos
			Trombosis de vena profunda	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	4	Obstrucción de vena ovárica diagnosticada por ecografía Doppler
			Absceso de cúpula	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	5	Prolapso de la cúpula vaginal
			Infección de la herida quirúrgica	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	6	Infección que se presenta en los primeros 30

									días post cirugía
			Infección del tracto urinario	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	7	Trastorno del sistema urinario con proceso inflamatorio por presencia de agente infeccioso
			Hematoma de cúpula	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	8	Presencia de hematoma en la cúpula de la vagina
			Dehiscencia de la herida quirúrgica	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	9	Separación postoperatoria de la zona de la incisión
			Hematoma de la herida quirúrgica	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	10	Presencia de hematoma en la herida quirúrgica
			Lesión vesical	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	11	Lesión en la vejiga postcirugía de histerectomía
Variables no implicadas	Antecedentes ginecológicos y comorbilidades	Antecedentes ginecológicos	Cirugía abdominal previa	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	12	Presencia cirugía abdominal previa
			Cesárea	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	13	Presencia de cesárea
		Antecedentes Sociodemográficos	Edad	Cuantitativa	Escala	Ficha de recolección de datos	Edad en años	14	Edad de la paciente

			Procedencia	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Rural Urbana	15	Zona de procedencia
		Comorbilidades	Hipertensión arterial	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	16	Valores de la presión arterial \geq 140/90
			Obesidad	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	17	Presencia de IMC igual o superior a 30
			Diabetes mellitus	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	18	Enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre
			Anemia	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si: Presenta No: No presenta	19	Concentración inferior a lo normal de hemoglobina en los glóbulos rojos

CAPITULO III. METODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

El alcance del estudio de investigación es descriptivo, debido a que se recolecto datos sin cambiar el entorno y tiene como objetivo proporcionar evidencia lógica para sustentar las preguntas de investigación y validar las hipótesis propuestas (44). Además, el estudio es de naturaleza cuantitativa debido a que recolectaremos información para probar nuestras hipótesis esto con medición numérica y análisis estadístico.

3.2. Diseño de investigación

La investigación presenta un diseño observacional retrospectivo.

Observacional: Es un estudio observacional (no experimental) pues no se realiza manipulación de variables, solo se las observa y mide para establecer relaciones entre las mismas(44).

Retrospectiva: El estudio es retrospectivo dado que se efectúa cuando ya tuvo lugar el evento motivo de estudio, en este caso se analizan las complicaciones que se suscitaron luego de una histerectomía abdominal(45).

3.3. Población y muestra

3.3.1. Definición de la población

Universo:

El universo está constituido por las pacientes ginecológicas sometidas a procedimiento quirúrgico de histerectomía abdominal.

Población de estudio

La población para la presente investigación estuvo constituida por pacientes de ginecología sometidas a cirugía de histerectomía durante los años 2020-2023 en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, en número de 236 pacientes, de las cuales 205 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico para realización de histerectomía abdominal.

Criterios de exclusión

- Pacientes que presentan historias clínicas incompletas.

3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

Tamaño de muestra

Para el presente estudio se tuvo acceso al total de la población de estudio constituida por 205 pacientes sometidas a cirugía de histerectomía abdominal durante los años 2020-2023 en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Método de muestreo

El método de muestreo no probabilístico de tipo censal.

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

La técnica que usaremos para la recolección de datos fue el análisis documental, empleándose como instrumento una ficha de recolección de datos, la misma que recogió datos de las historias clínicas de las pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, en el periodo del 2020 al 2023. La ficha de recolección de datos se consigna en el correspondiente anexo 2.

3.5. Plan de análisis de datos

Se solicitó los permisos correspondientes a la dirección del Hospital Antonio Lorena del Cusco para realizar la revisión de las historias clínicas de los pacientes de muestra de estudio y el registro de los datos inherentes a la investigación.

Los datos recogidos fueron ordenados en una hoja de cálculo de Excel 2019, para luego ser exportados al programa estadístico SPSS 27, en el cual se hicieron uso de técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales.

Análisis Univariado: Respecto a la estadística descriptiva, se hizo uso de tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia, así como de las correspondientes figuras estadísticas.

CAPITULO IV. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados y discusión

Respecto al objetivo general los resultados encontrados para las complicaciones en histerectomía abdominal convencional fueron: la hemorragia, infección de la herida en el sitio operatorio, la infección del tracto urinario, absceso de cúpula, íleo parálitico, dehiscencia de la herida, insuficiencia respiratoria aguda, lesión vesical, trombosis de vena profunda, atelectasia, hipocalcemia, bronquiectasia e insuficiencia renal aguda.

Respecto a los objetivos específicos tenemos:

- a) Determinar la prevalencia de las complicaciones en histerectomía abdominal convencional realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.

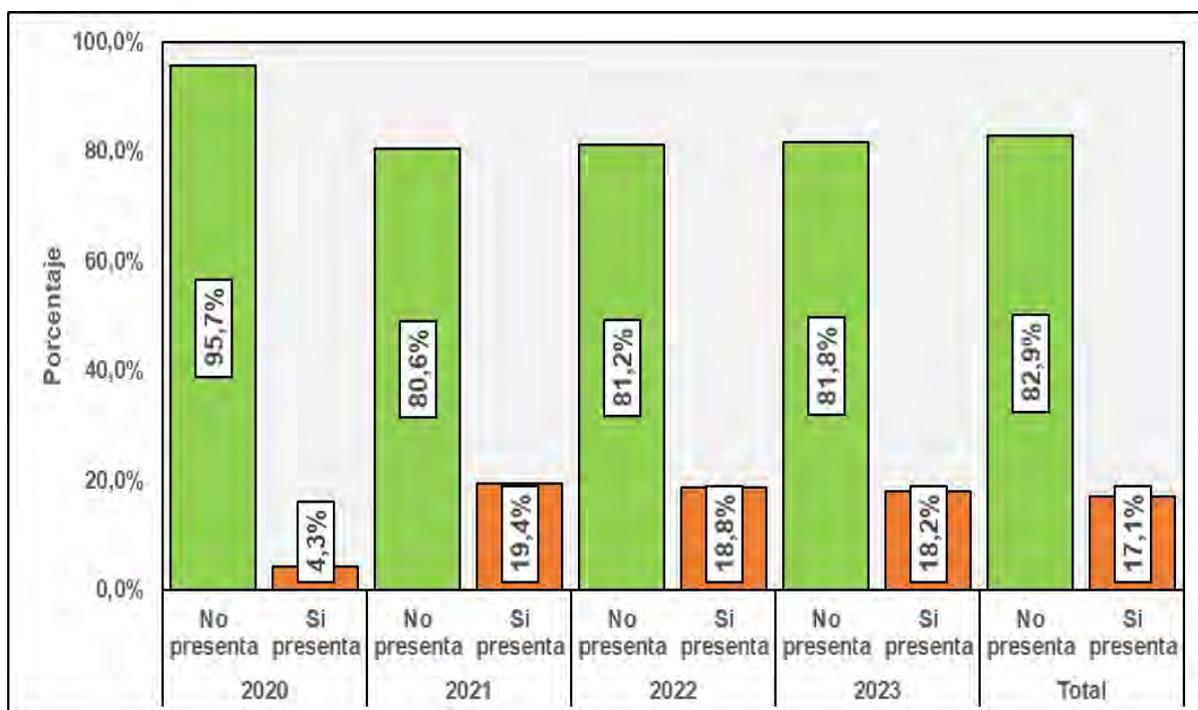
Tabla 1

Resultados para la prevalencia de complicaciones en histerectomía abdominal convencional en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.

			Frecuencia	Porcentaje
2020	Complicaciones	No presenta	22	95,7
		Si presenta	1	4,3
		Total	23	100,0
2021	Complicaciones	No presenta	25	80,6
		Si presenta	6	19,4
		Total	31	100,0
Año 2022	Complicaciones	No presenta	69	81,2
		Si presenta	16	18,8
		Total	85	100,0
2023	Complicaciones	No presenta	54	81,8
		Si presenta	12	18,2
		Total	66	100,0
Total	Complicaciones	No presenta	170	82,9
		Si presenta	35	17,1
		Total	205	100,0

Figura 1

Prevalencia de complicaciones en histerectomía abdominal convencional en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.



Los resultados de la tabla 1 muestran que la prevalencia de las complicaciones por cirugía de en histerectomía abdominal convencional en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023 en la muestra de estudio fue de 17,1%, asimismo se presentó: en el 2020 la prevalencia fue de 4.3%, en el 2021 alcanzó el 19.4%, en el 2022 el 18.8% y en el 2023 el 18.2%.

Tabla 2

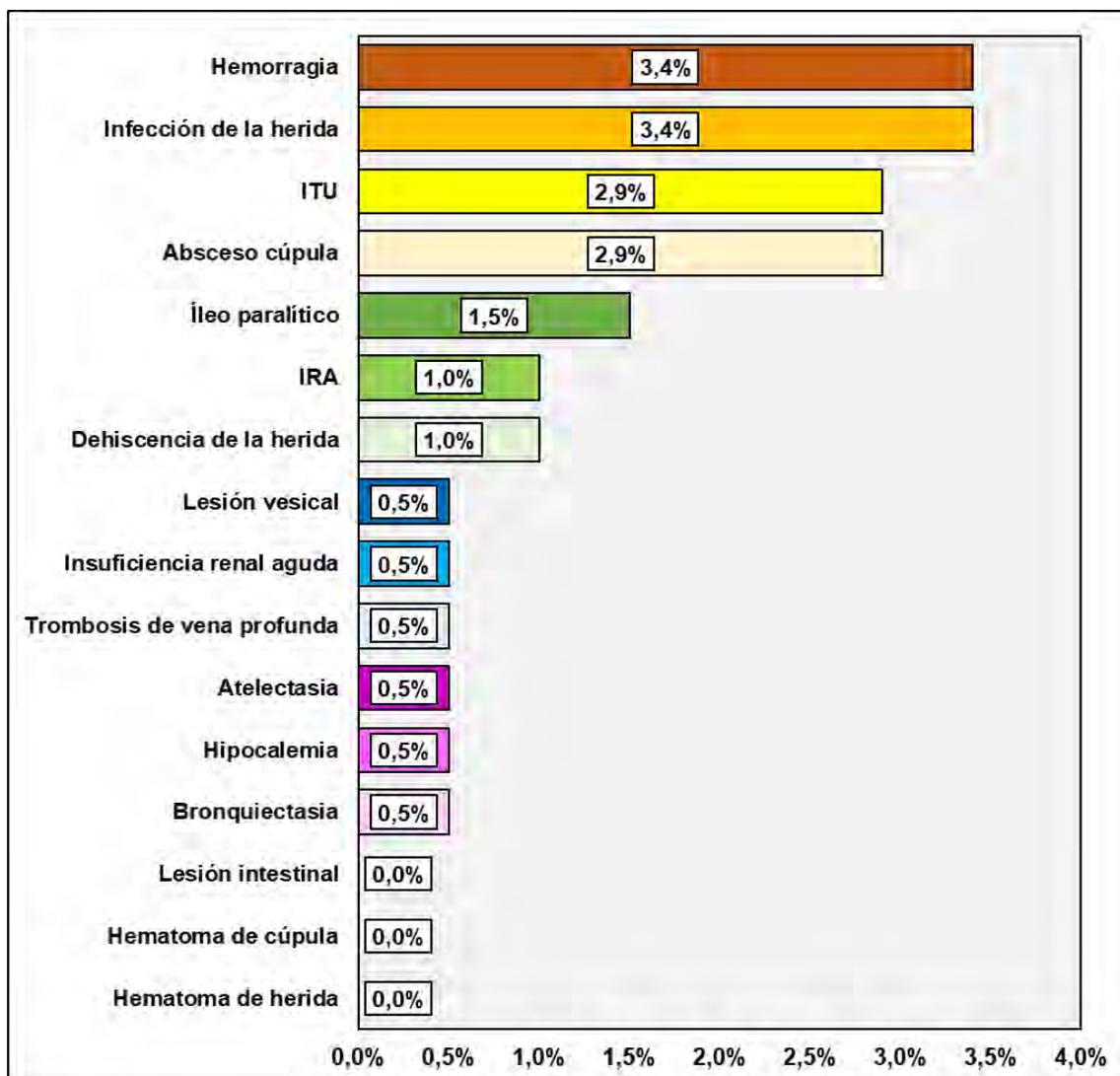
Distribución de frecuencias para las complicaciones en histerectomía abdominal convencional en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.

Complicación Presenta		Año									
		2020		2021		2022		2023		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hemorragia	No	22	95,7	29	93,5	84	98,8	63	95,5	198	96,6
	Si	1	4,3	2	6,5	1	1,2	3	4,5	7	3,4
Lesión intestinal	No	23	100,0	31	100,0	85	100,0	66	100,0	205	100,0
	Si	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lesión vesical	No	23	100,0	31	100,0	84	98,8	66	100,0	204	99,5
	Si	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	0,5
Dehiscencia de la herida	No	23	100,0	31	100,0	84	98,8	65	98,5	203	99,0
	Si	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	1,5	2	1,0
Infección de la herida	No	23	100,0	30	96,8	83	97,6	62	93,9	198	96,6
	Si	0	0,0	1	3,2	2	2,4	4	6,1	7	3,4
ITU	No	23	100,0	30	96,8	82	96,5	64	97,0	199	97,1
	Si	0	0,0	1	3,2	3	3,5	2	3,0	6	2,9
Absceso cúpula	No	23	100,0	30	96,8	83	97,6	63	95,5	199	97,1
	Si	0	0,0	1	3,2	2	2,4	3	4,5	6	2,9
Hematoma de cúpula	No	23	100,0	31	100,0	85	100,0	66	100,0	205	100,0
	Si	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hematoma de herida	No	23	100,0	31	100,0	85	100,0	66	100,0	205	100,0
	Si	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Íleo paralítico	No	23	100,0	30	96,8	85	100,0	64	97,0	202	98,5
	Si	0	0,0	1	3,2	0	0,0	2	3,0	3	1,5
Trombosis de vena profunda	No	23	100,0	31	100,0	84	98,8	66	100,0	204	99,5
	Si	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	0,5

Atelectasia	No	23	100,0	31	100,0	84	98,8	66	100,0	204	99,5
	Si	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	0,5
IRA	No	23	100,0	30	96,8	85	100,0	65	98,5	203	99,0
	Si	0	0,0	1	3,2	0	0,0	1	1,5	2	1,0
Hipokalemia	No	23	100,0	31	100,0	84	98,8	66	100,0	204	99,5
	Si	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	0,5
Bronquiectasia	No	23	100,0	31	100,0	84	98,8	66	100,0	204	99,5
	Si	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	0,5
Insuficiencia renal aguda	No	23	100,0	31	100,0	84	98,8	66	100,0	204	99,5
	Si	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	0,5

Figura 2

Complicaciones en histerectomía abdominal convencional en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023



Los resultados de la tabla 2 muestran que la complicación más frecuente en las cirugías de histerectomía convencional en el Hospital Antonio Lorena del Cusco en el periodo de estudio 2020-2023 es la hemorragia con un 3,4% de ocurrencia y la infección de la herida en el sitio operatorio que también alcanza el 3,4%, las ITU y absceso de cúpula son las dos siguientes complicaciones que alcanza el 2,9% de las veces, seguidas por la presencia de íleo paralítico con 1,5%, mientras que las complicaciones dehiscencia de la herida e insuficiencia respiratoria aguda(IRA) alcanzan el 1,0%, finalmente la complicaciones de lesión vesical, trombosis de vena profunda, atelectasia, hipokalemia, bronquiectasia e insuficiencia renal aguda alcanzaron el 0,5% de prevalencia, siendo

importante destacar que no se presentaron casos de lesión intestinal ni hematoma de cúpula.

- b) Describir los antecedentes sociodemográficos, ginecológicos y comorbilidades de las pacientes que presentaron complicaciones en histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023

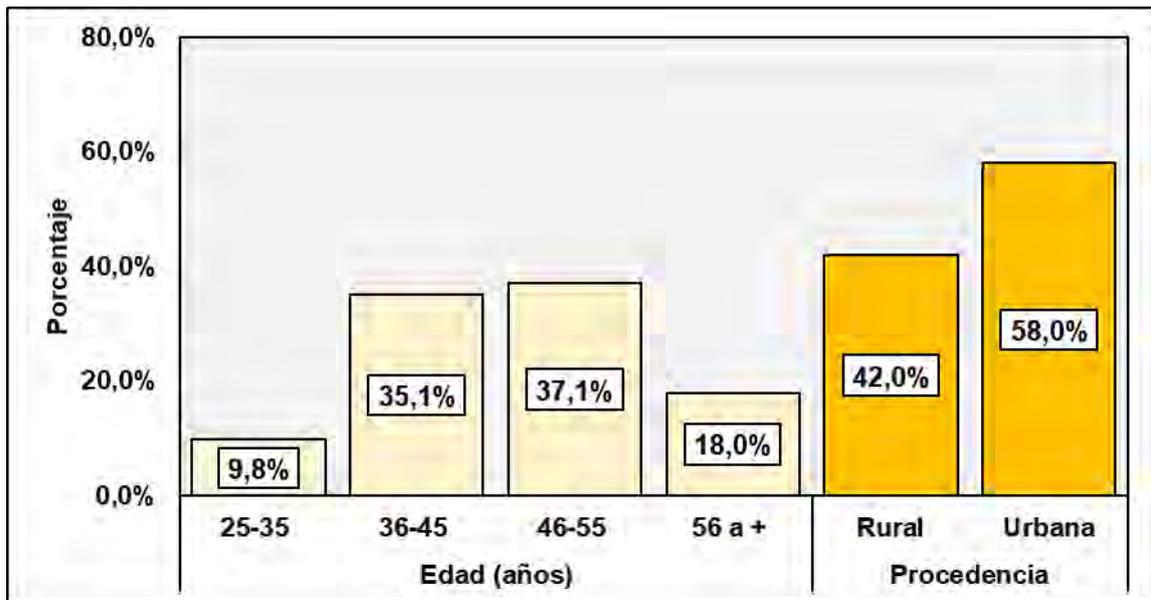
Tabla 3

Distribución de frecuencias para antecedentes sociodemográficos, de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023

	Año										
	2020		2021		2022		2023		Total		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Edad (años)	25-35	1	4,3%	4	12,9%	6	7,1%	9	13,6%	20	9,8%
	36-45	9	39,1%	13	41,9%	29	34,1%	21	31,8%	72	35,1%
	46-55	9	39,1%	11	35,5%	31	36,5%	25	37,9%	76	37,1%
	56 a +	4	17,4%	3	9,7%	19	22,4%	11	16,7%	37	18,0%
	Total	23	100,0%	31	100,0%	85	100,0%	66	100,0%	205	100,0%
Procedencia	Rural	11	47,8%	13	41,9%	33	38,8%	29	43,9%	86	42,0%
	Urbana	12	52,2%	18	58,1%	52	61,2%	37	56,1%	119	58,0%
	Total	23	100,0%	31	100,0%	85	100,0%	66	100,0%	205	100,0%

Figura 3

Antecedentes sociodemográficos de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.



En la tabla 3 que aprecia los resultados para los antecedentes sociodemográficos de las pacientes que tuvieron su cirugía de histerectomía abdominal realizadas en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023. Respecto de la edad se tiene que el 9.8% de las pacientes tienen edades entre 25 y 35 años, el 35.1% presentan edades entre 36 y 45 años, el 37.1% edades entre 46 y 55 años y el 18.0% tienen de 56 a más años. En cuanto a la procedencia, el 42.0% de las pacientes provienen de zona rural, en tanto que el 58.0% de zona urbana.

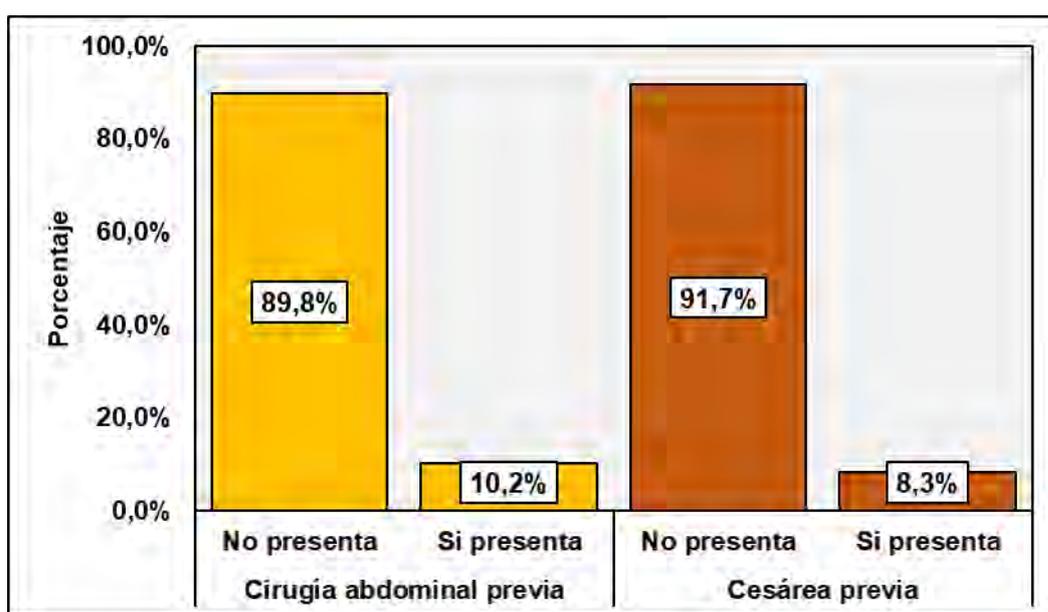
Tabla 4

Distribución de frecuencias para antecedentes ginecológicos de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.

		Año									
		2020		2021		2022		2023		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cirugía abdominal previa	No presenta	23	100,0%	26	83,9%	74	87,1%	61	92,4%	184	89,8%
	Si presenta	0	0,0%	5	16,1%	11	12,9%	5	7,6%	21	10,2%
	Total	23	100,0%	31	100,0%	85	100,0%	66	100,0%	205	100,0%
Cesárea previa	No presenta	19	82,6%	29	93,5%	80	94,1%	60	90,9%	188	91,7%
	Si presenta	4	17,4%	2	6,5%	5	5,9%	6	9,1%	17	8,3%
	Total	23	100,0%	31	100,0%	85	100,0%	66	100,0%	205	100,0%

Figura 4

Antecedentes ginecológicos de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.



Los resultados para los antecedentes ginecológicos muestran que el 89,8% no presenta cirugía abdominal previa en tanto que el 10.2% si la presenta, finalmente se tiene que 8.3% de las pacientes presentaron cesárea previa.

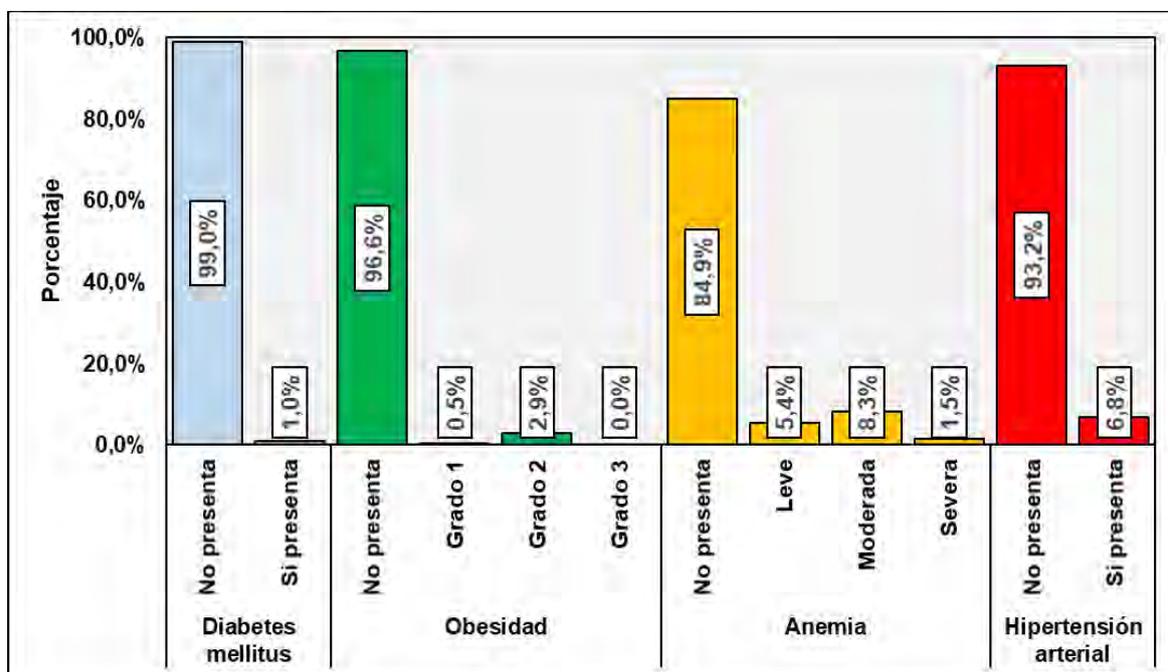
Tabla 5

Distribución de frecuencias para comorbilidades de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.

		Complicaciones					
		No presenta		Si presenta		Total	
		f	%	f	%	f	%
Diabetes mellitus	No presenta	168	98,8%	35	100,0%	203	99,0%
	Si presenta	2	1,2%	0	0,0%	2	1,0%
	Total	170	100,0%	35	100,0%	205	100,0%
Obesidad	No presenta	166	97,6%	32	91,4%	198	96,6%
	Grado 1	1	0,6%	0	0,0%	1	0,5%
	Grado 2	3	1,8%	3	8,6%	6	2,9%
	Grado 3	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Total	170	100,0%	35	100,0%	205	100,0%
Anemia	No presenta	151	88,8%	23	65,7%	174	84,9%
	Leve	6	3,5%	5	14,3%	11	5,4%
	Moderada	10	5,9%	7	20,0%	17	8,3%
	Severa	3	1,8%	0	0,0%	3	1,5%
	Total	170	100,0%	35	100,0%	205	100,0%
Hipertensión arterial	No presenta	159	93,5%	32	91,4%	191	93,2%
	Si presenta	11	6,5%	3	8,6%	14	6,8%
	Total	170	100,0%	35	100,0%	205	100,0%

Figura 5

Comorbilidades de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023



En la tabla 5 se aprecian las comorbilidades de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023. Así, el 1.0% del total de pacientes presentó diabetes mellitus, el 2.9% obesidad en grado dos, el 0.5% obesidad en grado uno, mientras que en la 26.6% no presentó obesidad; respecto de la anemia se tiene que el 5.4% de las pacientes presentó anemia leve, el 8.3% anemia moderada y el 1.5% anemia severa. Finalmente, respecto de la hipertensión arterial en 6.8% de las pacientes presentó dicha comorbilidad.

- c) Describir las complicaciones en histerectomía abdominal convencional según los antecedentes sociodemográficos, ginecológicos y comorbilidades realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.

Tabla 6

Tabla cruzada para antecedentes sociodemográficos y complicaciones de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.

		Complicaciones					
		No presenta		Si presenta		Total	
		f	%	f	%	f	%
Edad	25-35 años	18	10,6%	2	5,7%	20	9,8%
	36-45 años	58	34,1%	14	40,0%	72	35,1%
	46-55 años	63	37,1%	13	37,1%	76	37,1%
	56 a + años	31	18,2%	6	17,1%	37	18,0%
	Total	170	100,0%	35	100,0%	205	100,0%
Procedencia	Rural	67	39,4%	19	54,3%	86	42,0%
	Urbana	103	60,6%	16	45,7%	119	58,0%
	Total	170	100,0%	35	100,0%	205	100,0%

En la tabla 6, se aprecia que del total de pacientes que presentó complicaciones, el 5.7% corresponden a pacientes con edades entre 25 y 35 años, el 40.0% a pacientes con edades entre 36 y 45 años, el 37.1% a pacientes entre 46 y 55 años y el 17.1% a pacientes entre 56 a más años de edad. Respecto de la procedencia el 54.3% de las pacientes que representaron complicaciones, provinieron de zona rural y el 45.7% de zona urbana.

Tabla 7

Tabla cruzada para antecedentes ginecológicos y complicaciones de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023

		Complicaciones					
		No presenta		Si presenta		Total	
		f	%	f	%	f	%
Cirugía abdominal previa	No presenta	156	91,8%	28	80,0%	184	89,8%
	Si presenta	14	8,2%	7	20,0%	21	10,2%
	Total	170	100,0%	35	100,0%	205	100,0%
Cesárea previa	No presenta	157	92,4%	31	88,6%	188	91,7%
	Si presenta	13	7,6%	4	11,4%	17	8,3%
	Total	170	100,0%	35	100,0%	205	100,0%

En la tabla 7, se aprecia que del total de pacientes que presentaron complicaciones el 20.0% presentaron cirugía abdominal previa, mientras que el 11.4% de las pacientes que presentaron complicaciones presentaron cesárea previa.

Tabla 8

Tabla cruzada para comorbilidades y complicaciones de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.

		Complicaciones					
		No presenta		Si presenta		Total	
		f	%	f	%	f	%
Diabetes mellitus	No presenta	168	98,8%	35	100,0%	203	99,0%
	Si presenta	2	1,2%	0	0,0%	2	1,0%
	Total	170	100,0%	35	100,0%	205	100,0%
Obesidad	No presenta	166	97,6%	32	91,4%	198	96,6%
	Grado 1	1	0,6%	0	0,0%	1	0,5%
	Grado 2	3	1,8%	3	8,6%	6	2,9%
	Grado 3	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Total	170	100,0%	35	100,0%	205	100,0%
Anemia	No presenta	151	88,8%	23	65,7%	174	84,9%
	Leve	6	3,5%	5	14,3%	11	5,4%
	Moderada	10	5,9%	7	20,0%	17	8,3%
	Severa	3	1,8%	0	0,0%	3	1,5%
	Total	170	100,0%	35	100,0%	205	100,0%
Hipertensión arterial	No presenta	159	93,5%	32	91,4%	191	93,2%
	Si presenta	11	6,5%	3	8,6%	14	6,8%
	Total	170	100,0%	35	100,0%	205	100,0%

En la tabla 8 se aprecia que del total de pacientes que presentaron complicaciones que ninguna reporta diabetes mellitus, el 8.6% presentó obesidad de grado dos, mientras que el 14.3% presentó anemia leve y el 20.0% anemia moderada, finalmente el 8.6% de las pacientes que presentaron complicaciones también presentaron hipertensión arterial.

4.2. Discusión

La histerectomía abdominal es una de las operaciones más frecuentes que se da en el ámbito ginecológico, y en nuestro contexto se ubica en segundo lugar después de la cesárea, esta cirugía, como todo procedimiento quirúrgico no está exento de complicaciones, así en el presente estudio se realizó un análisis de dichas complicaciones, para lo cual se plantearon objetivos específicos y general.

Respecto del objetivo específico número uno, que plantea determinar la prevalencia de las complicaciones en histerectomía abdominal convencional realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023, los resultados mostraron que en el periodo estudiado el 17.1% de las intervenciones quirúrgicas por histerectomía presentaron complicaciones, viendo la hemorragia la complicación más permanente la cual alcanzó el 3.4% en el periodo estudiado, siendo el 2021 es el caso el mayor porcentaje de 6.5% de prevalencia de esta complicación en las histerectomías convencionales realizadas en dicho año, asimismo la infección de la herida se constituyó en la segunda complicación más importante alcanzando el 3.4%, seguida por la infección del tracto urinario con 2.9% y el absceso cúpula con 2.9%, el íleo paralítico alcanzó el 1.5%, mientras que la trombosis de venas profunda reportó un 0.5%, destacándose que la lesión vesical alcanzó el 0.5% y no se presentaron casos de lesión intestinal.

Al respecto se tiene que el estudio realizado por Fernández P et al. (Paraguay, 2021) (21), presenta resultados similares al encontrarse en la presente investigación, dado que dicho estudio encontró el 20% de las pacientes presentaron sangrado postoperatorio lo que condujo a un shock hipovolémico, en tanto que el 50% de las pacientes presentaron infección en el sitio quirúrgico como una complicación importante, no obstante, existen divergencias respecto a la complicación de la lesión intestinal, dado que el presente estudio se evidenció que no existen casos de lesión intestinal, mientras que el estudio de Fernández se alcanzó el 20% de lesión intestinal, otro aspecto relevante es que en el estudio de Fernández y colaboradores se encontró una prevalencia del 32% de casos con complicaciones por la cirugía de histerectomía, mientras que en el presente estudio el porcentaje alcanzó al 17.1%.

Se tiene también que respecto al estudio realizado por Urgellés et al. (Cuba, 2021) (12), se encuentran discrepancias respecto a la hemorragia como complicación principal, pues en el estudio mencionado a diferencia del presente estudio la hemorragia no se constituye como una complicación importante, sin embargo, respecto a la infección de la

herida quirúrgica se encontró un 11.4% de prevalencia que la ubica en un porcentaje importante de complicación, asimismo se encontró que el íleo paralítico con 26.0% y la trombosis de venas profundas con 17.7% fueron dos complicaciones importantes en dicho estudio, complicaciones que también, si bien es cierto se presentaron en menor porcentaje, están presentes en los resultados de nuestro estudio, es también importante destacar la presencia del absceso de cúpula con una complicación importante en el estudio de Urgellés et al. Que alcanza el 11,4%.

El estudio realizado por Wenzel et al. (Holanda, 2020) (9), comparte con la presente investigación resultados importantes en cuanto a las complicaciones quirúrgicas de la histerectomía, dado que encontró, como segunda complicación más importante la pérdida excesiva de sangre con más de 1000 ml en 50 mujeres que representa el 11.0% de las intervenciones quirúrgicas de histerectomía, alcanzando un porcentaje mayor de prevalencia que el presente estudio, pues alcanzó complicaciones quirúrgicas a corto plazo en un 35% de las mujeres después de una histerectomía radical, por su parte Bahadur A et al. (India, 2021) (13), indica que la tasa de complicaciones intraoperatorias llegó al 5.91%, mientras que las complicaciones postoperatorias alcanzaron el 19.28%, valor cercano al 17.1% tasa de la presente investigación, asimismo la infección del sitio quirúrgico se presenta como la complicación más importante con 10.28% de prevalencia.

Respecto del segundo objetivo específico que plantea describir los antecedentes sociodemográficos, ginecológicos y comorbilidades de las pacientes que presentaron complicaciones en histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023, resultados para la presente investigación, mostraron que el 9.8% de las pacientes presentaron edades entre 25 y 35 años, el 35.1% presentan edades entre 36 y 45 años, el 37.1% edades entre 46 y 55 años y el 18.0% tienen de 56 a más años. En cuanto a la procedencia, el 42.0% de las pacientes provienen de zona rural, en tanto que el 58.0% de zona urbana, asimismo se tiene que el 80 y 9.8% no presenta cirugía abdominal previa en tanto que el 10.2% si la presenta, finalmente se tiene que 8.3% de las pacientes presentaron cesárea previa. Asimismo, respecto a las comorbilidades el 1.0% del total de pacientes presentó diabetes mellitus, el 2.9% obesidad en grado dos, el 0.5% obesidad en grado uno, mientras que en la 26.6% no presentó obesidad; respecto de la anemia se tiene que el 5.4% de las pacientes presentó anemia leve, el 8.3% anemia moderada y el 1.5% anemia severa, mientras que el 6.8% de las pacientes presentó dicha comorbilidad.

4.3. Conclusiones

1. Respecto al objetivo general, se concluye que las complicaciones con mayor prevalencia en las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal convencional realizadas en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023, fueron la hemorragia, infección de la herida, ITU y absceso de cúpula.
2. Respecto al objetivo específico 1, se concluye que la hemorragia es la complicación más prevalente la cual alcanzó el 3.4% en el periodo estudiado, asimismo la infección de la herida se constituyó en la segunda complicación más importante alcanzando el 3.4%, seguida por la infección del tracto urinario con 2.9% y el absceso cúpula con 2.9%, el íleo paralítico alcanzó el 1.5%, mientras que la trombosis de venas profunda reportó un 0.5%, destacándose que la lesión vesical alcanzó el 0.5% y no se presentaron casos de lesión intestinal.
3. Respecto al objetivo específico 2, se concluye respecto a los antecedentes sociodemográficos, ginecológicos y comorbilidades de las pacientes que tuvieron cirugía de histerectomía abdominal realizadas en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023, se obtuvo que el 9.8% de las pacientes tienen edades entre 25 y 35 años, el 35.1% presentan edades entre 36 y 45 años, el 37.1% edades entre 46 y 55 años y el 18.0% tienen de 56 a más años, el 42.0% de las pacientes provienen de zona rural, asimismo se tiene que el 89,8% no presenta cirugía abdominal previa, y 8.3% de las pacientes presentaron cesárea previa. El 1.0% del total de pacientes presentó diabetes mellitus, el 2.9% obesidad en grado dos, el 0.5% obesidad en grado uno; el 8.3% anemia moderada y el 1.5% anemia severa, mientras que el 6.8% de las pacientes presentó hipertensión arterial.
4. Para el objetivo 3, se concluye que, según los antecedentes sociodemográficos, ginecológicos y comorbilidades; las pacientes que más complicaciones tuvieron fueron las que provinieron de la zona rural con edades de 46 a 55 años de edad, así como también las que presentaron cirugías abdominales previas hicieron más complicaciones y también es de menester indicar que las pacientes con anemia moderada presentaron tasas elevadas de complicaciones en dicha patología.

4.4. Sugerencias

1. Se sugiere frente a los resultados encontrados facilitar la información al Hospital Antonio Lorena del Cusco, para poder tener un panorama más amplio sobre las complicaciones y así poder tener manejos adecuados.
2. Frente a las complicaciones específicas encontradas se sugiere, la implementación de técnicas de control de hemorragias como el uso de agentes hemostáticos y técnicas de sutura mejoradas, así como establecer protocolos estrictos de esterilización y manejo postoperatorio para prevenir infecciones de la herida y del tracto urinario, así como también desarrollar estrategias de detección temprana y tratamiento rápido para el íleo paralítico y la trombosis venosa profunda, incluyendo el uso de anticoagulantes profilácticos cuando sea necesario.
3. Se sugiere desarrollar protocolos de preparación preoperatoria personalizados que consideren los antecedentes y las comorbilidades de las pacientes para minimizar los riesgos durante y después de la cirugía, asimismo implementar programas de educación y prevención enfocados en la salud ginecológica, especialmente en áreas rurales, para reducir el riesgo de complicaciones y mejorar el conocimiento sobre la cirugía de histerectomía.
4. Se sugiere establecer protocolos específicos para el manejo de pacientes con antecedentes de cirugía abdominal, que incluyan técnicas quirúrgicas específicas y cuidados postoperatorios intensificados para reducir el riesgo de complicaciones, así como incrementar la vigilancia y el seguimiento postoperatorio para pacientes con antecedentes de anemia y cirugía abdominal previa, incluyendo evaluaciones regulares y acceso rápido a intervenciones médicas en caso de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivera Drew JA. Hysterectomy and disability among US women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2013;45(3):157–63.
2. Sheth PN, Choudhary PR. Prospective study to compare abdominal hysterectomy versus non-descent vaginal hysterectomy at a tertiary care hospital. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2021;10(3):885–9.
3. Escobar DA, Botero AM, Cash MG, Reyes-Ortiz CA. Factors associated with hysterectomy among older women from Latin America and the Caribbean. *Women Health*. 2016;56(5):522–39.
4. Sória HLZ, Fagundes DJ, Sória-Vieira S, Cavalli N, Santos CRC dos. Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007;29:67–73.
5. Nagar O. A comparative study between total laparoscopic hysterectomy and total abdominal hysterectomy for benign uterine conditions. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2023;12(12):3571–8.
6. Carpio L, Garnique MA. Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2009;55(4):266–72.
7. Barbosa G, Garnica L. Prevalencia de complicaciones y factores predisponentes en cirugía ginecológica por patología benigna en el hospital universitario San Ignacio: Bogotá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2015;80(6):456–61.
8. Ávila L. Prevalencia de las complicaciones de la histerectomía total abdominal en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes [Internet] [Tesis de grado]. [Aguascalientes]: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2010. Available from: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/819>
9. Wenzel HHB, Kruitwagen RFPM, Nijman HW, Bekkers RLM, Van Gorp T, de Kroon CD, et al. Short-term surgical complications after radical hysterectomy—A nationwide cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2020;99(7):925–32. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.13812>
10. Swenson CW, Kamdar NS, Levy H, Campbell Jr DA, Morgan DM. Insurance type and major complications after hysterectomy. *Urogynecology* [Internet]. 2017;23(1):39–43. Available from:

https://journals.lww.com/fpmrs/FullText/2017/01000/Insurance_Type_and_Major_Complications_After.8.aspx

11. Tercero Y. Complicaciones en histerectomías abdominales realizadas en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el período enero 2020 a diciembre 2021 [Internet] [Tesis de doctorado]. [Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2022. Available from: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/9583/1/252283.pdf>
12. Urgellés Carreras SA, Álvarez Fiallo M, Reyes Guerrero E, Acosta León O. Complicaciones en la cirugía ginecológica. *Revista Cubana de Medicina Militar* [Internet]. 2020;49(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572020000400015&script=sci_arttext&lng=pt
13. Bahadur A, Mundhra R, Kashibhatla J, Chawla L, Ajmani M, Sharma S, et al. Intraoperative and Postoperative Complications in Gynaecological Surgery: A Retrospective Analysis. *Cureus* [Internet]. 2021;13(5). Available from: <https://www.cureus.com/articles/56598-intraoperative-and-postoperative-complications-in-gynaecological-surgery-a-retrospective-analysis.pdf>
14. Ashraf M, Zahid L, Ahmad F, Yousaf M, Naseem S, Din GMU. Intra-Operative and Post-Operative Common Complications of Hysterectomy. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences* [Internet]. 2022;16(11):371. Available from: <https://pjmhsonline.com/index.php/pjmhs/article/view/3412>
15. Dhobale A V, Kohale MG, Bankar NJ. A study of patients undergoing abdominal hysterectomy in tertiary care institute. *Cureus* [Internet]. 2023;15(1). Available from: <https://www.cureus.com/articles/122749-a-study-of-patients-undergoing-abdominal-hysterectomy-in-tertiary-care-institute.pdf>
16. Zhu CR, Mallick R, Singh SS, Auer R, Solnik J, Choudhry AJ, et al. Risk factors for bowel injury in hysterectomy for benign indications. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2020;136(4):803–10. Available from: DOI: 10.1097/AOG.0000000000004007
17. Li ZL, Zhao BC, Deng WT, Zhuang PP, Liu WF, Li C, et al. Incidence and risk factors of postoperative ileus after hysterectomy for benign indications. *Int J Colorectal Dis* [Internet]. 2020;35:2105–12. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00384-020-03698-5>

18. Arabkhazaeli M, Keltz J, Eisenberg R, Levie M, Luts HY. A retrospective study of risk factors for small bowel obstruction after hysterectomy. *JLS: Journal of the Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons* [Internet]. 2020;24(4). Available from: <https://doi.org/10.4293%2FJLS.2020.00070>
19. Qi AC, Peacock K, Luke AA, Barker A, Olsen MA, Maddox KEJ. Associations between social risk factors and surgical site infections after colectomy and abdominal hysterectomy. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2019;2(10):e1912339–e1912339. Available from: doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.12339
20. Duyar S, Mou T, Mueller MG, Kenton KS, Bretschneider CE. Incidence of and risk factors for postoperative venous thromboembolism in benign hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2022;29(2):231–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2021.08.004>
21. Fernández PMP, Ugarte ACF, Román NMZ, Alvarez FFG, Torres DID. Complicaciones de la histerectomía total por patologías benignas en el servicio de cirugía general y ginecología del hospital regional de pilar periodo 2017-2020. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2022;6(1):4577–85. Available from: <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1818>
22. Martínez IP, Alvarez RM. Importancia de los Comités de Ética en la Investigación en Medicina de Familia. *Aten Primaria* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2023 Oct 29];51(5):263–5. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-importancia-comites-etica-investigacion-medicina-S0212656719302550>
23. Ética en investigación: de los principios a los aspectos prácticos Research ethics: From principles to practical aspects. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2023;99(3):195–202.
24. Thompson JD, Rock JA. Te Linde: Ginecología Quirúrgica. In: Te Linde: Ginecología quirúrgica. 2020. p. 1248.
25. Hoffman B. Ginecología. McGraw Hill; 2014.
26. González E. Ginecología. Elsevier; 2020.
27. Márquez Hernández J, Barrabí Díaz A, Armas Pérez BA, Rubinos de la Rosa J. Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. *Medisan*. 2014;18(2):172–80.
28. Matzumura Kasano JP, León Gamarra HM, Gutiérrez Crespo HF. Simulación clínica y quirúrgica en la educación médica: aplicación en obstetricia y ginecología. *Revista*

- Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2018;64(2):239–48. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200013
29. Ramirez PT, Frumovitz M, Abu-Rustum NR. Principios de la cirugía ginecológica oncológica. Elsevier; 2019.
 30. Carugno J, Fatehi M. Abdominal hysterectomy. 2020;
 31. Wainger JJ, Yazdy GM, Handa VL. Abdominal hysterectomy and high frailty score are associated with complications among older patients. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2022;158(3):544–50.
 32. Bartels HC, Rogers AC, Janda M, Obermair A, Brennan DJ. Quality of life following minimally invasive hysterectomy compared to abdominal hysterectomy: A metanalysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020;252:206–12.
 33. Coomarasamy A, Shafi M, Davila GW, Chan KK. Gynecologic and obstetric surgery: challenges and management options. John Wiley & Sons; 2016.
 34. Baggish MS, Karram MM. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. Elsevier Health Sciences; 2020.
 35. Belfort M, Shamshirsaz A, Clark S, Fox K. Operative Techniques in Obstetric Surgery. Wolters Kluwer; 2022.
 36. Buzzaccarini G, Stabile G, Török P, Petousis S, Mikuš M, Della Corte L, et al. Surgical approach for enlarged uteri: further tailoring of vNOTES hysterectomy. *Journal of Investigative Surgery*. 2022;35(4):924–5.
 37. Carreras SU, Fiallo MÁ, Guerrero ER, Rodríguez CAD, Alonso YAF. Factores de riesgo asociados a las complicaciones postquirúrgicas de la histerectomía abdominal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2021;47(1):1–12.
 38. Bosquet EG, Bosquet JG. González-Merlo. Ginecología. Elsevier Health Sciences; 2020.
 39. Kalu E, Nzeribe E, Nzurumike C. Complications associated with hysteroscopic surgery. In: *Gynaecological Endoscopic Surgery: Basic Concepts*. Springer; 2022. p. 327–37.

40. Ramdhan RC, Loukas M, Tubbs RS. Anatomical complications of hysterectomy: A review. *Clinical Anatomy* [Internet]. 2017;30(7):946–52. Available from: <https://doi.org/10.1002/ca.22962>
41. Nabi S. Hysteroscopic complications. *European Journal of Medical and Health Sciences* [Internet]. 2022;4(3):13–6. Available from: <https://ej-med.org/index.php/ejmed/article/view/1312>
42. Chun JJ, Yoon SM, Song WJ, Jeong HG, Choi CY, Wee SY. Causes of surgical wound dehiscence: a multicenter study. *Journal of Wound Management and Research* [Internet]. 2018;14(2):74–9. Available from: <http://jwmr.org/upload/pdf/jwmr-2018-00374.pdf>
43. Brandt B, Levin G, Leitao Jr MM. Radical hysterectomy for cervical cancer: the right surgical approach. *Curr Treat Options Oncol*. 2022;23(1):1–14.
44. Polgar S, Thomas S. *Introducción a la investigación en ciencias de la salud*. Elsevier; 2021.
45. Londoño J. *Metodología de la investigación epidemiológica*. Editorial El Manual Moderno; 2022.

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS
<p>PG: ¿Cuáles son las complicaciones en histerectomía abdominal convencional realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023?</p> <p>PE1 ¿Cuáles es la prevalencia de las complicaciones en histerectomía abdominal convencional realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023?</p> <p>PE2. ¿Cuáles son los antecedentes y comorbilidades de las pacientes que presentaron complicaciones en histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023?</p> <p>PE3. ¿Cuáles es la relación entre los antecedentes ginecológicos y comorbilidades con las complicaciones en</p>	<p>OE. Determinar las complicaciones en histerectomía abdominal realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.</p> <p>OE1. Determinar la prevalencia de las complicaciones en histerectomía abdominal realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023</p> <p>OE2. Describir los antecedentes ginecológicos y comorbilidades de las pacientes que presentaron complicaciones en histerectomía abdominal realizados en el servicio de ginecología del Hospital Antonio</p>	<p>HG. Las complicaciones más frecuentes en cirugía de histerectomía abdominal convencional son el sangrado y la infección de la herida quirúrgica en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023</p> <p>HE1. Las complicaciones más prevalentes en la histerectomía abdominal convencional, son el sangrado vaginal, la infección del sitio quirúrgico y el absceso cúpula, en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.</p> <p>HE2. Las pacientes sometidas a cirugía de histerectomía abdominal</p>	<p>Variables implicadas Variable de estudio: Complicaciones postquirúrgicas de la histerectomía abdominal convencional</p> <p>Variables intervinientes Comorbilidades subyacentes y antecedentes ginecológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Íleo paralítico - Trombosis de vena profunda - Absceso de cúpula - Infección de la herida quirúrgica - Infección del tracto urinario - Hematoma de cúpula - Dehiscencia de la herida quirúrgica - Hematoma de la herida quirúrgica - Atelectasia - Lesión vesical - IRA - Hipokalemia - Bronquiectasia - Cirugía abdominal previa - Cesárea - Edad - Procedencia - Hipertensión arterial - Obesidad 	<p>Naturaleza del estudio: cuantitativo</p> <p>Según finalidad del estudio: descriptivo</p> <p>Según el rol del investigador: Observacional</p> <p>Según el momento de recolección de los datos respecto al estudio: Retrospectivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se aplicará la ficha de recolección de datos de las variables a investigar. - Para estudio de la base de datos y para los análisis estadísticos se utilizó el Excel 2019, para luego ser exportados al programa estadístico SPSS 27. - Análisis Univariado: Respecto a la estadística descriptiva, se hizo uso de tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia, así como de las correspondientes figuras estadísticas

<p>histerectomía abdominal convencional realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023?</p>	<p>Lorena del Cusco 2020-2023 OE3. Establecer la relación entre los antecedentes ginecológicos y comorbilidades con las complicaciones en histerectomía abdominal convencional realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020-2023.</p>	<p>convencional son mujeres con edades entre los 35 y 50 años, con presencia de obesidad y antecedentes de cáncer ginecológico</p> <p>HE3. Los antecedentes ginecológicos y comorbilidades guardan relación con las complicaciones en la cirugía de histerectomía abdominal en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus - Anemia 		
---	---	--	--	---	--	--

ANEXO 2.- Instrumento de investigación



Ficha de recolección de datos

N° de ficha



“Complicaciones en histerectomía abdominal convencional realizadas en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023”

DATOS PERSONALES:

Numero de Historia Clínica:				
Edad:	Estado civil:	Grado de instrucción:		
Fecha de cirugía		Tiempo operatoriomin	
Días de estancia hospitalaria luego de la cirugía				
Indicaciones para la histerectomía abdominal	Leiomiomas uterinos		Sangrado uterino anormal	
	Dolor pélvico		Otras	

COMPLICACIONES HISTERECTOMÍA	POR	ANTECEDENTES	
1. Hemorragia	()	• Cirugía abdominal previa	()
2. Lesión intestinal	()	N°.....	
3. Lesión vesical	()	• Cesáreas previas	()
4. Dehiscencia de la herida quirúrgica	()	N°.....	
5. Infección de herida quirúrgica	()	• Hipertensión arterial	()
6. Infección del tracto urinario	()	• Diabetes mellitus	()
7. Absceso de cúpula	()	• Obesidad	()
8. Hematoma de cúpula	()	IMC:Kg/m ²	
9. Hematoma de la herida quirúrgica	()	• Anemia	()
10. Íleo paralítico	()		
11. Trombosis de venas profunda	()		
12. Otras complicaciones		• Otros antecedentes:	

ANEXO 3.- Cuadernillo de validación

Cuadernillo de validación

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS) MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y MÉTODO DE DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO

Instrucciones: El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones de personas especializadas en el tema: "COMPLICACIONES EN HISTERECTOMÍA ABDOMINAL CONVENCIONAL REALIZADAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2020-2023", para la validez, generación y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio.

Para la validación de la ficha de recolección de datos se plantearon 10 interrogantes o ítems, las que se acompañarán con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representará una ausencia de elementos que absuelven, la interrogante planteada.
2. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada
3. Significará la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representará la estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida a la interrogante planteada.
5. Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

Se adjuntará un resumen del protocolo de tesis, considerando formulación del problema, objetivo, variable y diseño metodológico. Así como también se adjuntan los cuestionarios.

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

FIRMA: _____



Ronal A. Berrío Benavente
GINECOLOGO - OBSTETRA
CMI: 21242 RNE: 23775

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					X
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendremos también datos similares?					X
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?				X	5
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					X
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?					X
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?				X	5
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?					X

Cuadernillo de validación

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS) MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y MÉTODO DE DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO

Instrucciones: El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones de personas especializadas en el tema: "COMPLICACIONES EN HISTERECTOMÍA ABDOMINAL CONVENCIONAL REALIZADAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DELCUSCO, 2020-2023", para la validez, generación y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio.

Para la validación de la ficha de recolección de datos se plantearon 10 interrogantes o ítems, las que se acompañarán con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representará una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada
2. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada
3. Significará la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representará la estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida a la interrogante planteada.
5. Representará el mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

Se adjuntará un resumen del protocolo de tesis, considerando formulación del problema, objetivo, variable y diseño metodológico. Así como también se adjuntan los cuestionarios.

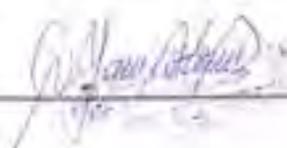
NOMBRE DEL MÉDICO:

José Santiago Choque Soto

LUGAR DE TRABAJO:

Hospital Antonio Lorena

FIRMA:



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				X	
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?				X	
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendremos también datos similares?					X
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?				X	
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?				X	
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					X
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?				X	
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?				X	
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?				X	

Agradecemos anticipadamente su colaboración

Cuadernillo de validación

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS) MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y MÉTODO DE DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO

Instrucciones: El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones de personas especializadas en el tema: "COMPLICACIONES EN HISTERECTOMÍA ABDOMINAL CONVENCIONAL REALIZADAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2020-2023", para la validez, generación y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio.

Para la validación de la ficha de recolección de datos se plantearon 10 interrogantes o ítems, las que se acompañarán con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

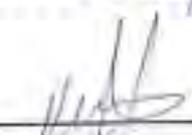
1. Representará una ausencia de elementos que absuelven, la interrogante planteada.
2. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada
3. Significará la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representará la estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida a la interrogante planteada
5. Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

Se adjuntará un resumen del protocolo de tesis, considerando formulación del problema, objetivo, variable y diseño metodológico. Así como también se adjuntan los cuestionarios.

NOMBRE DEL MÉDICO: Veronica Maxi Helguera

LUGAR DE TRABAJO: Hospital Antonio Lorena

FIRMA: 

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1	2	3	4	5

Agradecemos anticipadamente su colaboración

Cuadernillo de validación

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS) MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y MÉTODO DE DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO

Instrucciones: El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones de personas especializadas en el tema: **"COMPLICACIONES EN HISTERECTOMÍA ABDOMINAL CONVENCIONAL REALIZADAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2020-2023"**, para la validez, generación y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio.

Para la validación de la ficha de recolección de datos se plantearon 10 interrogantes o ítems; las que se acompañarán con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representará una ausencia de elementos que absuelven, la interrogante planteada
2. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada
3. Significará la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representará la estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida a la interrogante planteada
5. Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

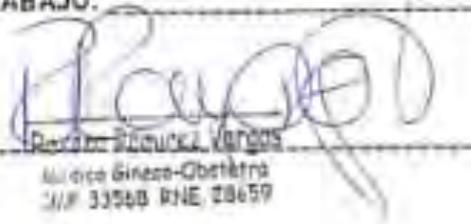
Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

Se adjuntará un resumen del protocolo de tesis, considerando formulación del problema, objetivo, variable y diseño metodológico. Así como también se adjuntan los cuestionarios.

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

FIRMA: _____


Rosalva Sánchez Vargas
Médica Gineco-Obstetra
C.M.F. 33568 RNE 28659

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				<input checked="" type="checkbox"/>	
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				<input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?				<input checked="" type="checkbox"/>	
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendremos también datos similares?				<input checked="" type="checkbox"/>	
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?					<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?				<input checked="" type="checkbox"/>	
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?					<input checked="" type="checkbox"/>
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?				<input checked="" type="checkbox"/>	

Agradecemos anticipadamente su colaboración

Cuadernillo de validación

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS) MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y MÉTODO DE DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO

Instrucciones: El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones de personas especializadas en el tema: "**COMPLICACIONES EN HISTERECTOMÍA ABDOMINAL CONVENCIONAL REALIZADAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2020-2023**", para la validez, generación y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio.

Para la validación de la ficha de recolección de datos se plantearon 10 interrogantes o ítems, las que se acompañarán con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representará una ausencia de elementos que absuelven, la interrogante planteada.
2. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada
3. Significará la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representará la estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida a la interrogante planteada.
5. Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

Se adjuntará un resumen del protocolo de tesis, considerando formulación del problema, objetivo, variable y diseño metodológico. Así como también se adjuntan los cuestionarios.

NOMBRE DEL MÉDICO: HILDA ZENaida COSI PAUCAR

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL ANTONIO LORENA

FIRMA: _____


Hilda Zenaida Cosi Paucar
CUSCO OBSTETRICIA
C.O.P. 44399 - N.NE. 38219

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1	2	3	4	5

Agradecemos anticipadamente su colaboración

ANEXO 4.- Validación del instrumento de investigación

VALIDEZ A JUICIO DE EXPERTOS, UTILIZANDO EL METODO

DPP (DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO)

Procedimiento

1. Se construirá la tabla adjunta, donde se colocarán los puntajes por ítems, y sus respectivos promedios, brindados por los cinco médicos expertos.

N° ITEM						PROMEDIO
1	5	4	5	5	5	4.8
2	5	4	5	4	4	4.4
3	5	4	5	4	5	4.6
4	5	5	4	4	5	4.6
5	4	4	5	5	4	4.4
6	5	4	4	5	4	4.4
7	5	5	5	5	4	4.8
8	5	4	5	4	4	4.4
9	4	4	4	5	4	4.2
10	5	4	4	4	4	4.2

2. Con los promedios hallados se determinará la distancia del punto medio (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_{10})^2}$$

Dónde: x= valor máximo en la escala. Y= promedio de cada ítem

DPP

$$= \sqrt{(5 - 4.8)^2 + (5 - 4.4)^2 + (5 - 4.6)^2 + (5 - 4.6)^2 + (5 - 4.4)^2 + (5 - 4.4)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4.4)^2 + (5 - 4.2)^2 + (5 - 4.2)^2}$$

Si DPP es igual a cero, significa que el instrumento tiene una adecuación total con lo que se pretende medir, por consiguiente, puede ser aplicado para obtener información.

DPP= 1.77

3. Se determinará la distancia máxima (Dmax.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D(\max) = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

Dónde: x= valor máximo en la escala concedido para cada ítem; y=1

Resultándonos: Dmax. =12.6

4. La (Dmax.) Se dividirá entre el valor máximo de la escala: con un resultado = $12.6/5 = 2.5$
5. Con este último valor hallado se construirá una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre si denominados de la siguiente manera:

A	Adecuación total	0 - 2.5
B	Adecuación en gran medida	2.6 – 5.1
C	Adecuación promedio	5.2 – 7.7
D	Escasa inadecuación	7.8 – 10.3
E	Inadecuación	10.4 – 12.6

6. El punto DPP se localiza en la zona A

Conclusión:

El valor hallado del DPP en nuestro estudio fue de 1.77 encontrándose en la zona A lo que significa una correcta adecuación de nuestro instrumento validado.

ANEXO 5.- Autorización del hospital



1161 VACAR \$1.300

FORMULARIO N° 102 - FICHAS AUTORIZACIONES

GAMAÑA ORIHUELA VICTOR RAUL

IDENTIFICACION N° 48130399 953156797

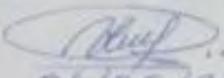
Ave los pinos B-5 Iquique - Santiago

HOSPITAL ANTONIO LORENA
 DIRECCION CLINICA
 06 MAY 2024

REGISTRO 3234
 FOLIO 153 p.

Doc. *Solicita autorización para*
realizar trabajo de investigación titulado
"Abordaje quirúrgico como factor de riesgo para complicaciones
postquirúrgicas en pacientes hysterectomizadas realizadas en
el Hospital Antonio Lorena 2020-2023" para optar el título profesional
de Médico Cirujano

Medrego ante su despacho solicitando información estadística y acceso a las historias Clínicas, para recabar información y realizar mi proyecto de tesis en los pacientes hysterectomizadas en el periodo del 2020-2023 para lo cual adjunto copia de mi proyecto de tesis, CD rotulado y la resolución otorgada por la Universidad Nacional de San Antonio de Baños del Cuzco y carta de pago por derechos de trámite.


 06/05/24

Ros 256-24
 08-05-24



Hospital Antonio Lorena - Cusco

PARA: CAPACITACION

1. Nombre completo y apellido	de
2. Cargo	de
3. Unidad	de
4. Domicilio	de
5. Teléfono	de

FECHA: 06/05/24 FIRMA:

HOSPITAL ANTONIO LORENA
UNIDAD DE CAPACITACION

TIPO DE:

PARA:

09/05/24

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LORENA

MC YANET MARCELO GARCERAN
CIRUJANA EN GINECOLOGIA
COP 42000 RIVE 34019
JEFE CAPACITACION INVESTIGACION Y DOCENCIA



09-05-24