

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN.

ÁREA DEL CONOCIMIENTO DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA



**Monografía para optar el título de:**

**“Médico General”**

Complicaciones en pacientes sometidas a histerectomía por diagnóstico de patologías benignas.

**Autores:**

Br. Laura Guadalupe Pastora Mendoza.

Br. Magally Mercedes Pérez Montoya.

**Tutor:**

Dr. German Román Bravo

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Subespecialista en Urología Ginecológica

Alta especialidad en cirugía de mínima invasión

León, Nicaragua, 05 de Noviembre 2024.

**2024: 45/19 ¡La patria, la Revolución!**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN  
ÁREA DEL CONOCIMIENTO DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA



**Monografía para optar el título de:**

**“Médico General”**

Complicaciones en pacientes sometidas a histerectomía por diagnóstico de patologías benignas.

**Autores:**

Br. Laura Guadalupe Pastora Mendoza.

Br. Magally Mercedes Pérez Montoya.

**Tutor:**

Dr. German Román Bravo.

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Subespecialista en Urología Ginecológica.

Alta especialidad en cirugía de mínima invasión.

León, Nicaragua, 05 de Noviembre 2024.

**2024: 45/19 ¡La patria, la Revolución!**

## Contenido

Resumen .....	2
<i>Agradecimiento</i> .....	3
<i>Dedicatoria</i> .....	4
<i>Introducción</i> .....	5
<i>Antecedentes</i> .....	6
<i>Justificación</i> .....	8
<i>Planteamiento del problema</i> .....	9
<i>Objetivos</i> .....	10
<i>Marco teórico</i> .....	11
<i>Material y métodos</i> .....	23
<i>Operacionalización de variables</i> .....	26
<i>Resultados</i> .....	32
<i>Discusión</i> .....	37
<i>Conclusiones</i> .....	40
<i>Recomendaciones</i> .....	42
<i>Bibliografía</i> .....	43
<i>Anexos</i> .....	46

## Resumen

La histerectomía es una de las cirugías más empleadas en el ámbito de la ginecología, la cual consiste en la exéresis del útero de una mujer. En los hospitales de Nicaragua es la vía abdominal la más usada.

**Objetivo:** identificar las complicaciones transoperatorias y posoperatorias en pacientes sometidas a histerectomía por patologías benignas atendidas en el servicio de Ginecología de un hospital de la ciudad de León.

**Materiales y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo, y se llevó a cabo con la revisión de 86 expedientes clínicos de pacientes del servicio de Ginecología del Hospital de León que cumplieran con los criterios de inclusión y posteriormente la información se analizó en el software SPSS.

**Resultados:** se encontró que el 64% de la población corresponden a las edades entre 31 a 50 años, siendo la mayoría del área urbana. Con respecto, a los diagnóstico preoperatorios, la miomatosis uterina y el prolapso de órganos pélvicos fueron los que más se presentaron. Por último, en el presente estudio tanto las complicaciones transquirúrgicas y posquirúrgicas fueron menos del 1.2 %.

**Conclusión:** el estudio logró destacar que la población de mujeres que padecen patologías benignas que requieren histerectomía está aún en edades fértiles y lo que más padecen son miomas y prolapso de órganos pélvicos. Se considera la necesidad de investigaciones futuras que demuestren otros datos no expuestos y que complementen la literatura.

**Palabras clave:** patologías benignas, histerectomía, vías de abordaje quirúrgicas, duración de cirugía, complicaciones.

### **Agradecimiento**

A nuestro tutor, el Dr. Germán Román Bravo y a la Dra. Lizett Romero, le agradecemos de corazón por su invaluable guía y apoyo en nuestro camino de investigación y conocimiento para lograr el objetivo de complementar nuestra tesis. Estamos sumamente agradecidas por compartir sus vastos conocimientos y regalarnos parte de su valioso tiempo.

También queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todos los docentes que han formado parte de nuestra formación médica. Gracias a sus conocimientos, habilidades y dedicación, hemos podido desarrollar las competencias necesarias para convertirnos en futuros médicos capaces de brindar una atención integral y de calidad a la población nicaragüense.

Estamos sinceramente agradecidas por su invaluable contribución a nuestro crecimiento académico y profesional. Su dedicación y compromiso han dejado una huella imborrable en nuestras vidas. Esperamos poder seguir contando con su apoyo y orientación en nuestro camino hacia el éxito.

Nuevamente, gracias por todo lo que han hecho por nosotras.

## **Dedicatoria**

**A Dios**, quien ha sido nuestra guía en cada momento de nuestras vidas, pues ha sido nuestro faro en la oscuridad, brindándonos dirección y fortaleza cuando más lo necesitábamos.

**A nuestros padres y hermanas**, quienes son las personas que día a día nos han impulsado a dar lo mejor de nosotras mismas. Su amor, paciencia y empatía han sido un motor constantes en nuestras vidas, para poder superar obstáculos y alcanzar nuestros sueños.

**A nuestros abuelos**, quienes con su sabiduría y experiencia nos han enseñado a ver la vida desde una perspectiva diferente. Nos han ayudado a crecer como persona y a ser siempre una mejor versión de una misma.

**A nuestros docentes**, quienes han compartido su sabiduría y amor por la medicina, que han logrado desarrollarnos como profesionales con calidad y calidez humana, a través de sus enseñanzas y compromiso en nuestra formación académica

## **Introducción**

Todo procedimiento quirúrgico tiene riesgos, por lo cual, la posibilidad de la aparición de complicaciones puede definir el pronóstico de un paciente. Al igual como cualquier procedimiento quirúrgico, la cirugía ginecológica presenta ciertos riesgos, por lo cual, la evolución y pronóstico dependen de un diagnóstico preciso y a su vez de una gestión adecuada de las posibles complicaciones que se presenten (1). Cabe destacar que las complicaciones pueden estar relacionadas con la técnica quirúrgica empleada, la administración de anestesia y/o condiciones médicas preexistentes (2).

La tasa de mortalidad asociada a este tipo de cirugía es inferior al 1%, mientras que la incidencia de complicaciones puede variar entre 0.2% al 26% (3); algunas de las complicaciones que se mencionan por ser comunes de la histerectomía son: infección, sea en el sitio de la herida quirúrgica o el área pélvica, hemorragia, la cual puede ser excesiva y presentarse durante o después de la cirugía, lesión de órganos vecinos, formación de adherencias o cicatrices, síntomas a largo plazo como cambios hormonales, disfunción sexual, problemas urinarios o cambios en el funcionamiento intestinal y complicaciones relacionadas con la anestesia utilizada durante la cirugía como reacciones alérgicas, dificultad para respirar o problemas cardíacos (4).

El reconocimiento de la regularidad de aparición de complicaciones es crucial para el manejo y la mejora clínica de las pacientes, ya que permite abordar de manera oportuna y temprana cualquier problema que pueda comprometer su calidad de vida, además, esto garantizará un cuidado óptimo y evitará poner en riesgo la salud de la mujeres que requieran la realización de la técnica quirúrgica por ser diagnosticada con alguna enfermedad ginecológica benigna.

En resumen, el objetivo del presente estudio es reconocer las complicaciones transquirúrgicas y posquirúrgicas en pacientes sometidas a histerectomía por patologías benignas atendidas en el servicio de Ginecología de un hospital de la ciudad de León.

## **Antecedentes**

### **A nivel internacional.**

En México en 2020, Chinolla et al, describieron las complicaciones transoperatorias y postoperatorias en pacientes histerectomizadas. En el cual se evaluó a 79 pacientes con edades de  $44 \pm 7$  años, encontrando como resultado que los diagnósticos más frecuentes por los que se indicó la histerectomía fueron miomatosis uterina en 28 casos (35.9%), en segundo lugar, fueron por sangrado uterino anormal con 17 casos (21.8%), y en tercera instancia fue por hiperplasia endometrial (14.1%). Al evaluar las complicaciones determinaron que la más frecuente fue la conversión de histerectomía laparoscópica a una laparotomía exploratoria (5).

En Cuba en 2020, Urguelles et al, determinaron las principales complicaciones en pacientes histerectomizadas y su relación con el diagnóstico preoperatorio, la vía de abordaje y la comorbilidad de las pacientes en el Hospital Militar Central de Cuba, estudiaron los casos de 96 pacientes complicadas de las 616 pacientes que fueron operadas lo cual corresponde al 15.5% del total de los casos. En el cual se encontró como resultado que las complicaciones más frecuentes son infecciones postquirúrgicas (35.6%), el íleo paralítico (26.94%), absceso de cúpula (17.7%), trombosis venosa profunda (17.7%) y solo una paciente presentó lesión en la vejiga (6).

En India en 2021, Bahadur et al, investigaron sobre la frecuencia de las complicaciones más frecuentes en pacientes histerectomizadas, así como los factores de riesgo que predisponen a las pacientes. Obteniendo como resultado 94 casos de pacientes complicadas (24.16%) de 389 cirugías realizadas, de las cuales 5.91% corresponden a complicaciones intraoperatorias y 19.28% a complicaciones postoperatorias, destacando como las más frecuentes infecciones del sitio quirúrgico (10.28%) y la fiebre (5.39%) y con respecto a los factores más destacados fueron la edad de la pacientes, la paridad, el tiempo de duración de la cirugía (7).

### **A nivel nacional**

En Nicaragua en 2016, Pérez y Morales, identificaron las complicaciones más frecuentes en pacientes histerectomizadas a causa de miomatosis uterina en el Hospital Bertha Calderón Roque. Se tomaron en cuenta a todas las mujeres histerectomizadas en el segundo semestre

del 2016, donde se obtuvo como resultado que las complicaciones más frecuentes de las hysterectomías realizadas fueron: shock hipovolémico (5.7%) y las lesiones ureterales (1.4%) representando un 7.1% de las 70 pacientes que fueron estudiadas (8).

En Managua- Nicaragua en 2020, González y Lara, realizaron un estudio en Nicaragua para describir las complicaciones que surgieron durante y después de la cirugía por miomatosis uterina en el Hospital Bertha Calderón Roque. El cual reveló que, de las 106 cirugías realizadas, solamente el 28.12% (45 casos) presentaron complicaciones. Además, de que la hysterectomía abdominal fue el procedimiento más común, representando el 77.7% de los casos con complicaciones. A su vez, se determinó que la complicación transquirúrgica más frecuente fue la hemorragia, que ocurrió en el 86.8% de los casos, en cuanto, a las complicaciones posquirúrgicas, la infección de la herida quirúrgica fue la más común, alcanzando una incidencia del 43.3% (9).

En Nicaragua en 2020, Benavides, investigó las complicaciones en cirugías ginecológicas en el Hospital SERMESA-Bolonia, el estudio identificó una prevalencia de 24% (n=81), obteniendo como resultado que las complicaciones más frecuentes fueron seroma de la herida (16.05%), dehiscencia de la herida (16.05%), hematoma de la herida (6.1%) y la presencia de fistulas vesicovaginal (3.7%), destacando también que los procedimientos que se asociaban a la presencia de complicaciones fueron una mala esterilización quirúrgica, hysterectomía abdominal e hysterectomía más salpingooforectomia (10).

## **Justificación**

En los últimos años, ha habido progresos significativos en la cirugía ginecológica. No obstante, debido a la complejidad de estos procedimientos y las características individuales de las pacientes, así como la proximidad del aparato reproductor femenino a estructuras como el tracto urinario, los intestinos, los nervios y los vasos sanguíneos pélvico, existen riesgos asociados a las complicaciones tanto transquirúrgicas como posquirúrgicas.

Las patologías ginecológicas como la miomatosis uterina, el prolapso de órganos pélvicos, la incontinencia urinaria y el sangrado uterino anormal son las indicaciones más comunes para los procedimientos quirúrgicos que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las mujeres, ya que, la mujer es un pilar fundamental en la sociedad tanto en el ámbito familiar como económico y su ausencia puede generar un desequilibrio.

Algunas de las vías de abordaje utilizadas incluyen la vía abdominal, vaginal y laparoscópica; cada una tiene sus propias ventajas y consideraciones específicas en términos de acceso, visualización y recuperación posquirúrgica. Sin embargo, cada vía de abordaje también conlleva riesgos potenciales de complicaciones, las cuales pueden variar según la vía utilizada, debido a esto, es importante identificar y comprender las diferencias en la incidencia y gravedad de las complicaciones entre las distintas vías. Además, la duración de la histerectomía también puede influir en el riesgo de complicaciones, ya que, procedimientos quirúrgicos más prolongados pueden aumentar la exposición de los tejidos a factores de estrés y pueden resultar en una mayor probabilidad de complicaciones transquirúrgicas. Por lo tanto, es fundamental evaluar el impacto de la duración de las histerectomías en la aparición de complicaciones y determinar si existe una relación significativa entre ambas.

En este contexto, surge la necesidad de realizar un estudio exhaustivo sobre las complicaciones asociadas a las histerectomías que se les realizan a las pacientes que tiene un diagnóstico preoperatorio de patología benigna. Este estudio permitirá desarrollar estrategias preventivas efectivas para reducir la incidencia de las complicaciones tanto durante como después de la cirugía. Además, se podrá mejorar el manejo y el abordaje de estas complicaciones cuando ocurran, lo que conllevará a mejores resultados quirúrgicos y una mayor seguridad para las pacientes.

## **Planteamiento del problema**

La histerectomía, en sus diferentes vías de abordaje, es un procedimiento ampliamente utilizado en ginecología para tratar un amplio espectro de entidades patológicas, debido a esto, su uso en ginecología es extensa y el éxito de sus resultados dependen de la selección apropiada de la paciente y el procedimiento, además de la anticipación y preparación para las posibles complicaciones.

La identificación y comprensión de las complicaciones transquirúrgicas y posquirúrgicas en pacientes candidatas a histerectomía por patologías benignas son fundamentales para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de las pacientes, debido a que, las complicaciones pueden tener un impacto significativo en la morbilidad, la duración de la estancia hospitalaria y la recuperación posoperatoria.

Sin embargo, a pesar de la importancia de esta temática, existe una falta de estudios en profundidad que aborden específicamente las complicaciones asociadas a la histerectomía en pacientes con diagnóstico preoperatorio de patologías benignas como miomatosis uterina, sangrado uterino anormal, engrosamiento endometrial, prolapso de órganos pélvicos, etc., tanto a nivel nacional como a nivel de la ciudad de León, ya que, en la ciudad de León no cuenta con informes sobre el tema, debido a esto, el estudio pretende brindar referencias que sean de ayuda para prevenir en la medida de lo posible la aparición de complicaciones y por ende elevar aún más la calidad de atención de las mujeres

Por las razones antes mencionada se plantea la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son las complicaciones transquirúrgicas y posquirúrgicas en pacientes histerectomizadas por diagnóstico de patologías benignas?**

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar las complicaciones transquirúrgicas y posquirúrgicas en pacientes sometidas a histerectomía por diagnóstico de patologías benignas.

### **Objetivos específicos**

1. Mencionar las características socio demográficas y antecedentes gineco obstétricos de la población en estudio.
2. Identificar los diagnósticos preoperatorios más frecuentes en las pacientes sometidas a histerectomía por patologías benignas.
3. Comparar la duración de las vías de abordaje utilizadas en las pacientes sometidas a histerectomía por patologías benignas.
4. Establecer las complicaciones transquirúrgicas y posquirúrgicas que se presentaron en mayor frecuencia en las pacientes sometidas a histerectomía por patologías benignas.

## Marco teórico

### Aspectos históricos

La primera vez que se registró en la historia la realización de una histerectomía fue en el año 1853, realizada por Walter Bumham de Lowell, en Estados Unidos exactamente en el estado de Massachusetts. El cual pensó que operaba un quiste ovárico, pero en vez de eso se encontró con un útero de grandes dimensiones fibroso. A pesar de las dificultades causadas por la falta de experiencia y el tipo de anestesia utilizada, la paciente sobrevivió a la intervención. Después de esta primera experiencia, el cirujano llevó a cabo más histerectomías, registrando un total de 15 pacientes, de las cuales solo tres de ellas sobrevivieron, debido a complicaciones transquirúrgicas como hemorragias y complicaciones posquirúrgicas como sepsis y peritonitis (11).

### Recuento anatómico del aparato reproductor femenino

- ✓ Útero: es un órgano que se encuentra ubicado intrapelviano situado exactamente en el centro de la excavación pelviana, entre la vejiga y el recto, el cual su misión más importante es albergar el huevo fecundado durante todo el período de gestación en las mujeres. Es un órgano único y hueco, el cual se puede comparar con la forma de una pera aplanada de la parte anterior a la posterior y con su extremidad superior más voluminosa que la inferior. Las dimensiones de su forma varían con respecto a la edad de la mujer, pero se toman como rangos que su longitud es de 6-9 cm, su anchura de 3-4 cm y la profundidad o diámetro anteroposterior va de 2-3 cm. El peso del útero es de aproximadamente de 70-100 gr. A su vez, está compuesto por dos porciones anatómicas y que funcionalmente son distintas que son: cuerpo y cuello uterino, que están separadas por una región llamada istmo, la cual fuera del embarazo no tiene mucha importancia (11).
- Cuerpo uterino: en una mujer sexualmente madura corresponde a dos terceras partes del volumen total del útero, ocupando la región superior del útero y que es una estructura eminentemente muscular, conformado por músculo liso. En el centro posee una cavidad aplanada la cual en su extremo superior se comunica con las trompas de Falopio y en su extremo inferior por el istmo se comunica con el cuello (11).

- Cuello uterino: posee una forma cilíndrica y tiene una longitud de 2.5-3 cm. Tiene un extremo superior y uno inferior, en el extremo superior se continua imperceptiblemente con el istmo, y su extremidad inferior que es cónica termina protruyendo en la porción superior de la vagina y se denomina “porfio” u hocico de tenca (11).

El cuello del útero de igual forma que el cuerpo está tunelizado en su centro, a lo que se denomina cavidad cervical, esta cavidad tiene forma de huso y comunica la cavidad corporal con la vagina. Tiene dos extremidades, la superior o zona de unión con el istmo se denomina orificio cervical interno y la extremidad inferior se denomina orificio cervical externo (11).

- ✓ Aspecto microscópico: la estructura del cuello es diferente a la del cuerpo.
  - Cuerpo del útero: formado por tres capas bien diferenciadas que de afuera hacia adentro se denomina: peritoneo, miometrio y endometrio (11).
    - Peritoneo: recubre el cuerpo uterino en sus caras anterior y posterior, a lo largo de toda su extensión y se adhiere a él por lo que a veces resulta difícil diseccionar o separar el peritoneo del miometrio.
    - Miometrio: es la capa más voluminosa, ya que, posee un espesor de 1-2 cm. La mayor parte de fibras musculares lisas están en la región del fondo uterino, descendiendo progresivamente hasta llegar al istmo.
    - Endometrio: es la capa mucosa que recubre el cuerpo uterino. La cual tiene la característica de responder a cambios morfológicos importantes debido a estímulos hormonales del ovario y posee la capacidad de descamarse periódicamente cada 28 días aproximadamente, dando lugar a la menstruación de la mujer, pero la zona necrosada y descamada tiene la capacidad de regenerarse rápidamente.
  - Cuello uterino: posee un ectocérvix y endocérvix (11).
    - Ectocérvix: posee un epitelio escamoso muy similar al de la vagina con doble función, protectora y de secreción de glucógeno.
    - Endocérvix: compuesto por un tipo de epitelio de células cilíndricas altas. Dichas células contienen abundante citoplasma que se tiñen intensamente con mucina. En la superficie de la cavidad endocervical termina unas formaciones

que clásicamente han sido determinadas como glándulas tubulares de tipo racemosas compuestas.

- **Trompas de Falopio:** son las que ponen en contacto la cavidad uterina con la cavidad abdominal e indirectamente lo hacen con el ovario. Poseen una forma cilíndrica con una longitud de 8 a 14 cm y un diámetro externo de 1 a 15 cm y una cavidad en el centro que oscila entre 1 a 4 mm de diámetro. Poseen tres zonas (11):
  - **Porción intramural:** tiene una longitud de 1 cm y un diámetro interno de 1 a 1.5 cm. Se encuentra localizada entre el miometrio de los cuernos uterinos.
  - **Porción del istmo:** tiene una longitud de 2 a 4 cm y aproximadamente de 2 a 4 mm de diámetro.
  - **Porción ampular:** se conoce como la zona más gruesa de la trompa, la cual en su porción más terminal se extiende como una lengüeta que se pueden comparar con la corola de las flores, a esta región se le llama pabellón y es la zona que entra en relación con el ovario.
- **Ovarios:** es una estructura intrapélvico que posee dos funciones importantes, que es la producción del gameto femenino y la secreción de hormonas esteroideas. Los ovarios están situados detrás del útero y están unidos a él por el ligamento útero-ovario y posterior al ligamento ancho; recubierto por epitelio germinal del ovario en toda su extensión y con dos capas: una cortical y otra medular. Poseen una forma ovoide que algunos autores comparan con una almendra y sus dimensiones oscilan a lo largo de la vida pero que van de 20 a 40 mm de longitud, 15 a 25 mm de ancho y de 10 a 20 mm de espesor, son de color gris y poseen una superficie lisa antes de que comience la pubertad de la mujer. Posterior a ese momento, presentan una serie de eminencias las cuales son generadas por las formaciones foliculares (11).

### **Factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar patologías benignas que requieran una histerectomía.**

- **Edad y paridad:** el riesgo de padecer patologías benignas como los miomas uterinos incrementan con la menarca temprana. En mujeres postmenopáusicas, el riesgo disminuye un 70 a 90%, debido a, la disminución de los niveles de estrógenos. En las

primíparas, el riesgo es de 20 a 50% y entre más hijos tenga una mujer el riesgo es mucho menor (8).

- Etnicidad: son más comunes en mujeres de raza negra, en las que se encuentra entre tres y nueve veces más frecuentemente que en las de raza blanca; adicionalmente, en ellas tienen un ritmo de crecimiento más acelerado (8).
- Uso de anticonceptivos orales: parecen no tener una relación definitiva, pero en algunos estudios hay una relación inversa entre los anticonceptivos orales y el riesgo de desarrollar patologías benignas (8).
- Peso: la obesidad incrementa la conversión de los andrógenos adrenales a estrona y disminuye la globulina fijadora de hormonas sexuales, por lo que en mujeres con índice de masa corporal (IMC) mayor a 30, el riesgo de desarrollar patologías benignas es mayor (8).
- Dieta: existe poca evidencia de la asociación con la dieta, pero se ha reportado en la literatura que las carnes rojas y el jamón incrementan la incidencia, mientras que los vegetales verdes disminuyen el riesgo de presentar patologías benignas en las mujeres (8).
- Ejercicio: las atletas tienen un 40% menos de riesgo de desarrollar patologías benignas comparadas con las mujeres sedentarias. No está claro el porqué de esta diferencia, si por los efectos del ejercicio o de las bajas tasas de conversión de andrógenos a estrógenos debido al IMC (8).
- IVSA: la primera relación sexual coital en cualquiera de sus manifestaciones sexuales con o sin penetración (12).
- Antecedentes personales patológicos/ no patológicos: antecedentes quirúrgicos anteriores que favorecen la formación de adherencias, existencia de una patología ovárica (12).

### **Tipos de histerectomías**

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico realizado muy frecuentemente en el área de la ginecología, que consiste en la extirpación del útero (13). La cual puede ser realizada por diferentes vías:

- ✓ Histerectomía vaginal: consiste en la extirpación del útero a través de la vagina, se considera una técnica rápida y que generalmente conlleva a pérdidas sanguíneas escasas, así como una baja tasa de complicaciones (13).
- ✓ Histerectomía abdominal: esta intervención se hace a través del abdomen de la paciente, la cual se considera mayormente invasiva (13). Puede ser realizada por diferentes técnicas:
  - Subtotal / supra cervical: es la ablación del cuerpo del útero conservando el cuello, la cual se caracteriza por ser más rápida, con menos riesgo de presentar hemorragia y también menos probabilidad de presentar daños o lesiones en órganos vecinos (13).
  - Cirugía total: corresponde a la ablación completa del cuello y cuerpo uterino, la que se puede realizar por dos técnicas quirúrgicas: intrafascial o extrafascial, en dependencia del ginecólogo que la realice y de las características clínicas de cada paciente (13).
  - Con anexectomía: en esta técnica se incluye (13):
    - Salpingooforectomía bilateral: corresponde a la ablación de las trompas de Falopio y los ovarios de manera bilateral.
    - Salpingectomía: acá se realiza la ablación de las trompas de Falopio con conservación del ovario.
  - Cirugía laparoscópica: esta vía igualmente es a través de la pared abdominal, pero en este caso se realizan pequeñas incisiones que permiten el acceso del laparoscopio, el cual es un tubo que contiene una cámara conectada, el cual envía imágenes a una pantalla lo que le permite al ginecólogo ver con más detalle las características anatómicas del interior de la pelvis. Para la realización de esta técnica se debe realizar anteriormente un neumoperitoneo, lo que quiere decir que se llena de gas (CO<sub>2</sub>) la cavidad abdominal (13).

### **Pasos para la realización de la histerectomía abdominal**

Cuando se habla de la técnica operatoria nos referimos a una serie de pasos sistematizados que van desde la preparación de la paciente hasta el cierre de la incisión quirúrgica, con el fin de lograr una intervención exitosa (14).

1. Colocación de la paciente en decúbito supino o en posición de litotomía, aplicación de anestesia, esterilización del sitio de la incisión.
2. Realización de la incisión, ya sea una línea vertical por debajo de la cicatriz umbilical u horizontal a lo largo de la región suprapúbica.
3. Se procede a la exploración de la cavidad.
4. Exposición de los órganos pélvicos a través de separadores como el autocontenido.
5. Se procede a realizar un corte transversal del ligamento redondo a través de pinzas Kelly curvas, se hace una disección retroperitoneal y se busca la localización de los uréteres.
6. Continuamos con la disección del ligamento ancho y realizar salpingooforectomía en caso de ser necesaria, pero si no es así se conservan los anexos.
7. Se procede a realizar dos disecciones, una nivel peri vesical y otra peri rectal, para reducir las lesiones en la vejiga y recto.
8. Realizar ligadura de vasos uterinos.
9. Amputación supracervical o total.
10. Se debe de proceder a una incisión del ligamento cardinal y hacer un corte transversal en el ligamento útero sacro.
11. Extracción del útero.
12. Ya casi para finalizar, se realiza el cierre del muñón vaginal con el fin de suspender la cúpula vaginal al pedículo del ligamento útero sacro.
13. Finaliza con la examinación de la cavidad en su totalidad, realizar lavado con solución salina, confirmar que el área este hemostática y se procede a cerrar la herida (14).

### **Pasos para la realización de histerectomía vaginal**

1. Es recomendable indicar profilaxis antibiótica antes de realizar una histerectomía vaginal (15).
2. Colocamos a la paciente en posición de litotomía, se retiran los labios menores con puntos de seda que posteriormente se deben retirar.
3. Con la pinza de Pozzi se tracciona el cérvix y se valora la movilidad uterina. En ocasiones se debe realizar un masaje vigoroso en los ligamentos útero sacros simultáneos a la tracción para facilitar el descenso del útero.

4. Incisión en la vagina, importante realizarlo a nivel del plano vesical. Se realiza otra incisión en el lateral del cérvix de poca profundidad para evitar dañar a los ligamentos básico uterino o “pilares de la vagina”.
5. Se incide en la parte posterior de la vagina y en el tejido subyacente, una vez realizada la incisión rechazamos la vejiga con ayuda de una gasa estéril.
6. Secciona el parametrio: en primer paso se realiza el pinzamiento y sección de los ligamentos úteros sacros y como segunda parte el ligamento cardinal junto con los pilares vesicales.
7. Vasos uterinos: en la región más proximal del parametrio se pinzan los ligamentos útero sacros y redondo.
8. Una vez finalizado este paso la histerectomía ha finalizado, procedemos al cierre de la vagina mediante una corona, puntos sueltos o sutura continua.
9. Por último, se debe de colocar un taponamiento que comprima la vagina para facilitar la hemostasia (15).

#### **Pasos para la realización de la histerectomía laparoscópica**

1. Preparación del material a utilizar y colocación de la paciente en litotomía dorsal (16).
2. Se realiza un lavado quirúrgico abdominal y vaginal/perineal y se coloca una sonda Foley y posteriormente el manipulador uterino.
3. Ingreso abdominal y colocación de los puertos principales, se realiza una técnica de ingreso directo.
4. Luego de la inserción del Trocar, se confirma que esta intraperitoneal.
5. Se indica poner a la paciente en Trendelemburg, posterior se indica la creación del neumoperitoneo de 15 mmHg de presión.
6. Se insertan tres puertos accesorios en fosa iliaca derecha, izquierda y en flanco izquierdo (Punto de Jain) de 5 mm.
7. Al insertar los puntos accesorios, se debe reducir la presión del neumoperitoneo a 8 u 12 mmHg.
8. Se procede a coagular y realizar un corte en el mesosalpinx de manera bilateral, teniendo mucho cuidado en lesionar las venas a nivel de los ovarios y los ligamentos redondos.

9. Se moviliza la vejiga, se identifica la fascia endopelvica y se moviliza la vejiga hacia caudal.
10. Asegurar pedículos uterinos, se disecan y exponen, el pedículo vascular debe caer hacia caudal y lateral, el cual permite proporcionar un buen acceso a la copa vaginal.
11. Se separa el útero y cuello uterino de la cúpula vaginal.
12. Se realiza la remoción del útero. El cuello uterino se debe ver en el canal vaginal y después ser traccionados por el tenáculo.
13. Cierre de la cúpula vaginal con una sutura continua en dos planos.
14. Evaluación final de la hemostasia de la cavidad abdominal y pélvica más el drenaje del neumoperitoneo.
15. Cierre de los puertos de la piel (16).

### **Principales indicaciones de histerectomías**

Las indicaciones de un procedimiento quirúrgico corresponden a la razón necesaria y válida para la realización de la cirugía (17).

- ✓ **Leiomiomas uterinos:** mayormente conocidos como miomas, son neoplasias benignas que se componen de músculo liso de las paredes uterinas que generalmente se producen a nivel del miometrio, los cuales corresponden a la causa más frecuente de la indicación de histerectomías cuando el manejo conservador no ha funcionado, la paciente no desea conservar su fertilidad y cuando son miomas de gran tamaño o gigantes (17).

#### Sistema de clasificación de los miomas según la FIGO

TIPO	COMPROMISO
0	Pediculado o intracavitario
1	Menor del 50% se encuentra intramural
2	Mayor del 50% se encuentra intramural
3	100% se localiza intramural en contacto al endometrio
4	Totalmente intramural
5	Subseroso > 50% intramural
6	Subseroso < 50% intramural

7	Subseroso pedunculado
8	Otros (cervical)

- ✓ Prolapso de órganos pélvicos (POP): realizada para evitar la recurrencia del prolapso de órganos pélvicos y, por ende, darle a la paciente una mejor calidad de vida (17).
- ✓ Paridad satisfecha: indicada en mujeres con la cantidad de hijos deseada y que este en las edades finales a su lapso de período reproductivo que va de los 20 a los 35 años (17).
- ✓ Engrosamiento endometrial: se define como un endometrio de 5 mm presente en mujeres pre y post menopáusicas, el cual puede presentarse acompañado de sangrado uterino anormal, en el caso de no presentar sangrado uterino anormal se denomina “Engrosamiento endometrial asintomático” (17).
- ✓ Dolor pélvico crónico: definido como el dolor que se localiza a nivel inferior del abdomen y a nivel de la pelvis con una duración como mínimo de 6 meses y que se presenta de forma continua o en ocasiones intermitente (17).

### **Complicaciones**

La probabilidad de desarrollar complicaciones durante y posterior a una intervención quirúrgica puede establecerse mediante el diagnóstico preoperatorio o a nivel de complejidad de la técnica quirúrgica que se lleve a cabo (18).

- ✓ Complicaciones de la cirugía laparoscópica ginecológica

Las complicaciones que se identifican en la cirugía laparoscópica no son comunes, sin embargo, esto dependerá de la complejidad del procedimiento, de la experiencia y destreza del cirujano. El porcentaje de aparición de estas puede variar del 50% en la fase inicial del procedimiento, mientras que el 25% no se detectan hasta el período posterior a la cirugía (18), por lo cual, reconocimiento oportuno de las complicaciones es fundamental para disminuir la morbimortalidad de las pacientes, algunas de esta complicaciones son:

- Lesiones vasculares: los dispositivos que con mayor frecuencia ocasionan daño a los vasos sanguíneos son los trocares, seguidos de la aguja de Veress y los instrumentos

electroquirúrgicos. Durante la realización de la laparoscopia ginecológica, los vasos que presentan un mayor riesgo de sufrir daño son la aorta, la vena cava inferior y los vasos iliacos, especialmente en el lado derecho. El objetivo principal para controlar esta complicación es ejercer presión en la lesión y detener el sangrado local, lo cual podría requerir la conversión de la cirugía a una laparotomía (18).

- Lesiones gastrointestinales: la prevalencia de lesiones intestinales en laparoscopias ginecológicas varía entre el 0.06% y el 0.65%. Con frecuencia, estas lesiones ocurren durante la fase de entrada de la laparoscopia, especialmente en el intestino delgado. Muchas veces, estas lesiones intestinales no son detectadas durante la cirugía (con incidencia del 15 % al 77%), sino que se diagnostican en el período postoperatorio, cuando la paciente presenta síntomas de sepsis grave, lo cual puede llevar a una alta mortalidad (18).
  - Lesiones del tracto urinario: el riesgo de lesión vesical o ureteral durante la cirugía laparoscópica es comparable a la cirugía ginecológica estándar (0.03-13%). Contrariamente a las lesiones ureterales, las lesiones vesicales suelen ser detectadas transoperatoria mente. Para estas complicaciones se recomienda la descompresión vesical mediante la colocación de una sonda vesical previamente a la realización de la laparoscopia (18).
- ✓ Complicaciones por histerectomía abdominal
- Lesiones del tracto urinario
    - Lesión vesical: este tipo de lesión ocurre entre el 1 al 2% de las histerectomías. Esta lesión aparece cuando se realiza la disección en el plano prevesical, especialmente durante la creación de un colgajo vesical en la histerectomía abdominal. Si esta lesión transoperatoria no se repara a tiempo, puede dar lugar a la formación de una fistula vesicovaginal (19).
    - Lesión ureteral: una complicación grave de la cirugía ginecológica debido a la posibilidad de morbilidad significativa y las secuelas a largo plazo. Estas lesiones son poco frecuentes en la cirugía ginecológica por causas benignas; la incidencia varía entre 0.03% y 6% para todos los tipos de histerectomías. El uréter puede ser lesionado en el borde pélvico, a la altura de la arteria uterina, en los fondos de saco vaginales y en los ligamentos útero sacros (19).

- Lesiones gastrointestinales: la aparición de estas lesiones varía entre el 0.1% y el 1%, con estimaciones del 0.3% para la histerectomía abdominal. Durante la histerectomía, pueden ocurrir tres tipos de lesiones intestinales: lesiones térmicas, daño mecánico directo y daño indirecto, debido a la interrupción del suministro vascular. Dichas complicaciones suelen ser más frecuentes en pacientes que presentan adherencias previas a la cirugía, infección o endometriosis (19).
- Lesiones vasculares
  - Hemorragias: la pelvis contiene un suministro sanguíneo abundante y un drenaje venoso complejo, lo que hace probable que las hemorragias sean causadas por lesiones en estos vasos sanguíneos, también es común que se presenten durante una histerectomía cuando se pierde el control del suministro vascular primario del útero, lo que resulta en un sangrado evidente. Se debe tener en cuenta que, según estudios, las pérdidas de sangre promedio en una histerectomía abdominal son de 238-660 ml. Además, se considera una hemorragia masiva cuando no hay una pérdida aguda de sangre que supera el 25% del volumen de sangre total o cuando el sangrado requiere una intervención de emergencia (19).
- Lesiones nerviosas: la neuropatía después de una histerectomía es un acontecimiento poco frecuente pero importante, generalmente es causado por la compresión directa del nervio, debido al uso de paletas de un retractor de autorretención. La neuropatía más común es la que afecta al nervio femoral, y suele ser identificada aproximadamente 72 horas después de la cirugía (19).
- Infecciosas:
  - Infección del sitio quirúrgico: la infección es una causa comúnmente asociada con la apertura de la herida. Este problema suele ocurrir al final de la estancia hospitalaria o poco después del alta. Los síntomas de una infección en la herida pueden incluir fiebre, con un aumento diario, un incremento del dolor en el lugar de la incisión. Durante el examen físico, puede observarse una secreción purulenta en la incisión, enrojecimiento de la piel, endurecimiento y posible separación de las capas más profundas de la herida (20).
  - Infección del tracto urinario: en general, se observan comúnmente en la etapa inicial del período postoperatorio de la cirugía. La presencia de infección en el

tracto urinario después de una histerectomía varía del 0% al 13%, sin embargo, es responsable de hasta el 40% de las infecciones nosocomiales. Algunos de los signos y síntomas que presentan las pacientes incluyen fiebre baja, frecuencia urinaria, urgencia y molestias al orinar y a su vez, algunas pacientes pueden no presentar síntomas (20).

- Neumonía: el riesgo significativo de estas complicaciones se incrementa en las pacientes que tienen una enfermedad pulmonar previa. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, escalofríos, dolor de pecho, tos y esputo de color purulento. Las pacientes también pueden no presentar síntomas. Al examen físico, se pueden observar disminución en los sonidos respiratorios, ruidos anormales pulmonares, niveles bajos de oxígeno en la sangre, ritmo cardíaco acelerado y fiebre (19).
- **Complicaciones digestivas:**
  - Íleo postoperatorio: es una condición temporal que afecta la función del sistema digestivo, provocando hinchazón abdominal, disminución de los movimientos intestinales, náuseas y vómitos relacionados con la acumulación de gas y líquidos en el tracto gastrointestinal, así como la demora en la eliminación de gases y heces. El origen del íleo postoperatorio es multifactorial. En primer lugar, la manipulación del intestino durante la cirugía produce diferentes efectos, como, por ejemplo: nervioso, que se relacionan con una actividad simpática excesiva, hormonales, debido a la liberación de factor liberador de corticotropina hipotalámica que actúa en la respuesta al estrés y factores inflamatorios (21).

## **Material y métodos**

### **Tipo de estudio:**

Estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo.

### **Población de estudio:**

Está conformado por las mujeres que fueron hysterectomizadas por patologías benignas en un hospital de la ciudad de León.

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnósticos de patologías benignas.
- Pacientes de todos los departamentos de Nicaragua que hayan recibido su manejo preoperatorio en un hospital de la ciudad de León.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con diagnósticos de patologías malignas u causa obstétrica.
- Pacientes que hayan ingresado al quirófano de emergencia sin un manejo preoperatorio acorde a las características del estudio.
- Pacientes que, debido a una morbilidad subyacente, no puede ser sometidas a intervención quirúrgica, a pesar de que su expediente clínico indique la necesidad de realizar la cirugía.

### **Universo:**

Todas las pacientes que asistieron al servicio de ginecología de un hospital de la ciudad de León para la realización de hysterectomía a causa de patologías benignas.

### **Muestra:**

La muestra está conformada por 86 mujeres mediante la implementación de la fórmula finita la cual concuerda con las características del universo que tenemos, ya que es una población que podemos cuantificar.

### **Técnica de muestreo:**

El tipo de muestreo fue probabilístico, utilizando la fórmula finita.

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

**Fuente de información:**

Fuente secundaria, a través de expedientes clínicos de pacientes histerectomizadas.

**Procedimiento de recolección de datos:**

Para recolectar los datos se realizó mediante una ficha, la cual fue aprobada por el departamento de ginecología, para lo que se solicitó la autorización de la dirección de un hospital de la ciudad de León para tener acceso a los expedientes clínicos y una vez autorizada se fue al servicio de estadísticas donde seleccionamos los expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

**Procesamiento y análisis de datos:**

Se realizó una exhaustiva revisión de los expedientes clínicos de las pacientes, con el objetivo de preservar la integridad de la información recolectada. Los datos fueron digitalizados utilizando el software estadístico SPSS versión 27. Una vez completada la base de datos, se llevó a cabo una limpieza minuciosa para identificar y eliminar posibles errores de entrada, garantizando así resultados más confiables. Posteriormente, se efectuó un análisis univariado de las variables independientes, así como el cálculo de frecuencias y porcentajes, todo ello utilizando el mismo programa.

**Control de sesgos:**

Se identificaron sesgos de selección debido a que no todas las pacientes cumplían con los criterios de inclusión establecidos, lo que podría haber influido en los hallazgos.

**Control de calidad:**

La objetividad de la ficha elaborada está verificada por el departamento de Ginecología y Obstetricia de un hospital de la ciudad de León, como parte de un exhaustivo proceso de garantía de calidad que asegura la fiabilidad y precisión de los datos presentados.

**Confiabilidad y validez del instrumento de recolección de datos:**

Esto se obtuvo mediante una prueba piloto que consistió en la realización de 10 encuestas a los expedientes de las pacientes. Los resultados obtenidos fueron presentados al comité del servicio de ginecología, el cual aprobó la implementación del instrumento de recolección de datos.

**Instrumento:**

El instrumento fue diseñado por las investigadoras, alineándose con los objetivos del estudio. Consta de seis secciones que permiten una evaluación integral de las pacientes. La primer sección recoge datos personales como el numero de expediente único, edad, estado civil, ocupación, etc. La segunda y tercera secciones abordan los antecedentes familiares patológicos y antecedentes personales patológicos, respectivamente, proporcionando información sobre enfermedades hereditarias y condiciones medicas previas. La cuarta sección se centra en los antecedentes gineco-obstétricos, explorando la historia reproductiva. La quinta sección detalla evalúa los resultados quirúrgicos, enfocándose en la duración y vía de abordaje utilizada, además del uso de profilaxis antibiótica y registro de complicaciones tanto transquirúrgica como posquirúrgicas. Finalmente, la sexta sección detalla las características de la muestra quirúrgica, especificando el tipo de tejido obtenido, como útero, ovarios o trompas de Falopio, así como sus características morfológicas.

**Aspectos éticos:**

Se consideraron los aspectos éticos al solicitar la aprobación del departamento de Ginecología para acceder a los expedientes clínicos, enfatizando que la información recolectada seria utilizada exclusivamente con fines científicos e investigativos. De este modo, se respetaron los principios éticos relacionados con la confidencialidad y el manejo de datos sensibles, asegurando la protección de la privacidad de las pacientes involucrada en el estudio.

### Operacionalización de variables

#### *Características socio demográficas y antecedentes gineco-obstétricos de la población en estudio.*

Variable	Definición operacional	Indicadores	Escala	Tipo de variable
<b>Edad</b>	Edad cumplida en años de vida.	Expediente	1. <30 años. 2. 31 – 50 años. 3. >50 años.	Cualitativa nominal
<b>Etnia</b>	Grupo social que comparte características culturales, históricas, lingüísticas y genéticas comunes.	Expediente	1. Mestizo. 2. Blanco. 3. Sumo. 4. Misquito. 5. Otros.	Cualitativa nominal.
<b>Procedencia</b>	Lugar donde reside en los últimos meses	Expediente	1. Urbano. 2. Rural.	Cualitativa nominal.
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Expediente	1. Soltera. 2. Casada. 3. Unión libre. 4. Divorciada. 5. Viuda.	Cualitativa nominal.
<b>Menarca</b>	Aparición de la primera menstruación.	Expediente	1. <10 años. 2. 11-14 años. 3. >15 años.	Cuantitativa discreta.

<b>IVSA</b>	Inicio de vida sexual activa.	Expediente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;15 años.</li> <li>2. 16-19 años.</li> <li>3. &gt;20 años.</li> </ol>	Cualitativa nominal.
<b>Gesta</b>	Es el número total de embarazos que ha tenido una mujer, sin importar el resultado.	Expediente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0</li> <li>2. 1</li> <li>3. 2-3</li> <li>4. &gt;4</li> </ol>	Cuantitativa discreta.
<b>Parto vaginal</b>	Es el acto por el cual el producto de la concepción se separa del organismo materno o bien la expulsión del contenido uterino.	Expediente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0</li> <li>2. 1</li> <li>3. 2-3</li> <li>4. &gt;4</li> </ol>	Cualitativa nominal.
<b>Cesárea</b>	Es el alumbramiento de un bebé a través de la incisión que se hace en el abdomen y el útero de la madre.	Expediente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0</li> <li>2. 1</li> <li>3. 2-3</li> <li>4. &gt;4</li> </ol>	Cualitativa nominal.
<b>Abortos</b>	Se define como la	Expediente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0</li> <li>2. 1</li> </ol>	Cualitativa nominal.

	interrupción y finalización prematura del embarazo, ya sea de forma natural o voluntaria, antes de que el feto pueda sobrevivir fuera del útero.		3. 2-3 4. >4	
<b>Métodos de planificación familiar</b>	Es el derecho de las personas a decidir de manera libre y responsable sobre el número de hijos que desean tener y el momento en que desean tenerlos.	Expediente	1. Anticonceptivos orales. 2. Inyección mensual. 3. Inyección trimestral. 4. Implante. 5. DIU. 6. Preservativos. 7. Nada.	Cualitativa nominal.
<b>Menopausia</b>	Se define como el cese permanente de la menstruación de una mujer.	Expediente	1. Mujer menopaúsica 2. Mujer en edad fértil	Cualitativa nominal.

***Diagnósticos preoperatorios más frecuentes en las pacientes sometidas a histerectomía por patología benigna.***

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>	<b>Tipo de variable</b>
<b>Indicación de histerectomía</b>	Razón válida para que se lleve a cabo un procedimiento quirúrgico	Expediente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Miomatosis uterina</li> <li>2. Engrosamiento endometrial.</li> <li>3. Lesión del tejido.</li> <li>4. Sangrado uterino anormal.</li> <li>5. Dolor pélvico crónico.</li> <li>6. Prolapso de órganos pélvicos.</li> <li>7. Otros.</li> </ol>	Cualitativa nominal

*Vías de abordaje utilizadas en pacientes sometidas a histerectomía por patología benigna.*

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>	<b>Tipo de variable</b>
<b>Técnica de histerectomía realizada</b>	Se refiere a la vía de abordaje empleada por un cirujano durante un procedimiento quirúrgico específico.	Expediente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abdominal</li> <li>2. Laparoscópica.</li> <li>3. Vaginal.</li> </ol>	Cualitativa nominal.
<b>Duración de la cirugía</b>	Se refiere al tiempo que lleva realizar el procedimiento quirúrgico desde el inicio hasta el final.	Expediente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 hora.</li> <li>2. 2 horas.</li> <li>3. 3 horas.</li> <li>4. &gt; 4 horas.</li> </ol>	Cualitativa nominal.

<b>Técnica de anestesia</b>	Se refiere al método utilizado para administrar la anestesia mediante un procedimiento médico o quirúrgico.	Expediente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anestesia general.</li> <li>2. Bloqueo epidural.</li> <li>3. Bloqueo peridural.</li> <li>4. Bloqueo subdural.</li> <li>5. Otra técnica</li> </ol>	Cualitativa nominal.
-----------------------------	---	------------	---	----------------------

*Complicaciones transoperatorias y postoperatorias que se presentaron en pacientes sometidas a histerectomía por patología benigna.*

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>	<b>Tipo de variable</b>
<b>Complicaciones intraoperatorias</b>	Se refiere a aquellos eventos no deseados que ocurren durante el transcurso de un procedimiento quirúrgico.	Expediente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Shock hipovolémico.</li> <li>2. Lesión de vejiga.</li> <li>3. Lesión del intestino.</li> <li>4. Lesión de uréteres.</li> <li>5. Otras.</li> <li>6. No presento.</li> </ol>	Cualitativa nominal.
<b>Complicaciones postoperatorias</b>	Se refiere a cualquier evento no deseado que ocurre después de un procedimiento quirúrgico.	Expediente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lesión del tracto genitourinario.</li> <li>2. Íleo paralítico.</li> <li>3. Infección del sitio quirúrgico.</li> <li>4. Absceso de cúpula vaginal.</li> </ol>	Cualitativa nominal.

---

5. Dehiscencia de la  
herida.

6. Otras.

7. No presente.

---

## Resultados

La población estudiada fue de 256 pacientes, de las cuales obtuvimos una muestra de 86, debido a que, el resto no podía participar por expediente clínico incompleto, por indicación de patologías malignas u obstétricas y por morbilidad de base que interfiere con el procedimiento.

El estudio demostró que el 64 % de la población estudiada corresponden a las edades de 31 a 50 años, seguido de las pacientes mayores de 50 años con un 33.7%, en menor cantidad las menores de 30 años, las cuales tienen menor riesgo de ser sometidas a histerectomía y que el 65% procedían del área urbana. (Tabla 1).

**Tabla 1. Distribución porcentual de las características sociodemográficas de la población en estudio. N= 86**

Variables		n	%
Grupos de edad	Menores de 30 años.	2	2.3
	31 a 50 años.	55	64
	Mayores de 50 años.	29	33.7
Etnia	Mestizo	85	98.8
	Blanca	1	1.2
Procedencia	Urbano	56	65.1
	Rural	30	34.9
Estado civil	Soltera	14	16.3
	Casada	37	43
	Unión libre	31	36
	Divorciada	1	1.2
	Viuda	3	3.5

**Fuente: expedientes clínicos.**

Los antecedentes ginecoobstétricos evidenciaron que el 72.1% de las mujeres estudiadas tuvieron su menarca entre los 11 y 14 años. Además, el mayor porcentaje de participantes reportó haber tenido su primera relación sexual (IVSA) entre los 16 y 19 años. A su vez, es importante destacar que el 95.3% de la población estudiada no utiliza métodos anticonceptivos, lo que se traduce en que el 97.6% ha tenido al menos un embarazo a lo largo de su vida. Finalmente, el 37.2% de las mujeres estudiadas eran menopaúsicas, lo que indica que la mayoría de las pacientes aún se encuentran en edad fértil. (Tabla 2).

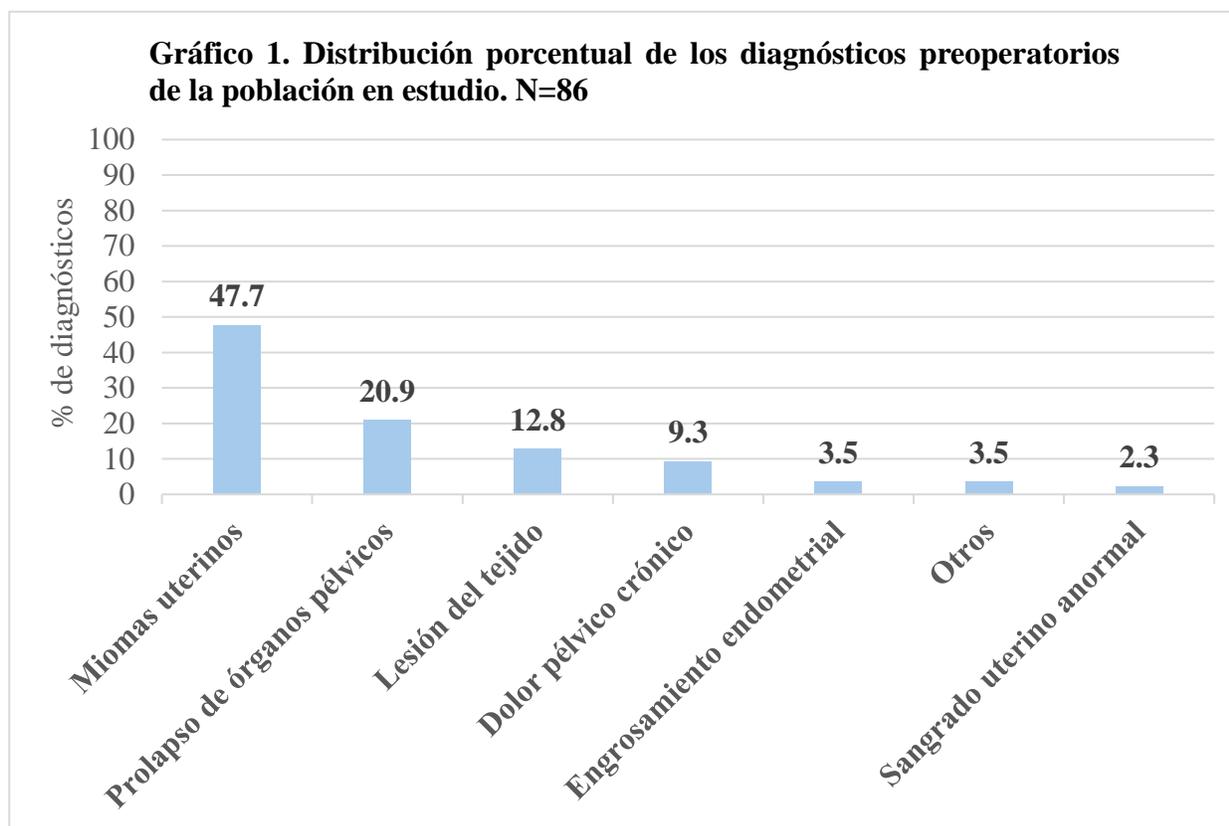
**Tabla 2. Distribución de la población en estudio según los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes. N=86**

	<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Menarca</b>	Menores de 10 años	16	18.6
	11 a 14 años	62	72.1
	Mayores de 15 años	8	9.3
<b>IVSA</b>	Menores de 15 años	31	36
	16 a 19 años	37	43
	Mayores de 20	18	20.9
<b>Gestas</b>	0	2	2.3
	1	18	20.9
	2-3	40	46.5
	Mas de 4	26	30.2
<b>Partos vaginal</b>	0	21	24.4
	1	11	12.8
	2-3	35	40.7
	Mas de 4	19	22.1
<b>Cesáreas</b>	0	42	76
	1	7	13
	2-3	6	11
<b>Abortos</b>	0	61	70.9
	1	17	19.8
	2-3	8	9.3

<b>Métodos de planificación familiar</b>	AOC	1	1.2
	Inyección mensual	2	2.3
	Preservativo	1	1.2
	No usa	82	95.3
<b>Menopausia</b>	Mujer menopaúsica	32	37.2
	Mujer en edad fértil	54	62.8

**Fuente: expedientes clínicos**

El diagnóstico más frecuente entre las pacientes sometidas a histerectomía fue miomatosis uterina, que representó el 47.7% del total. Esto fue seguido por el prolapso de órganos pélvicos, con un 20.9%. En contraste, el diagnóstico con el porcentaje más bajo fue el sangrado uterino anormal que alcanzó solo el 2.3%. (Gráfico 1).



**Fuente: expedientes clínicos.**

Con respecto a la duración de la histerectomía según las vías de abordaje, se encontró que la vía abdominal fue la más empleada. Los procedimientos de mayor duración, generalmente

de 2 horas o más, fueron predominantes, con 24 casos (52.3%) que favorecieron esta vía. En cambio, los procedimientos que requirieron menor tiempo tendieron a optar por la vía vaginal o laparoscópica. (Tabla 3).

**Tabla 3. Duración de histerectomía según el abordaje quirúrgico. N=86**

Vía de abordaje		Duración				Total
		1 hora	2 horas	3 horas	> 4 horas	
<b>Abdominal</b>	<b>n</b>	5	45	10	3	63
	<b>%</b>	5.8	52.3	11.6	3.4	73.1
<b>Laparoscópica</b>	<b>n</b>	2	3	0	0	5
	<b>%</b>	2.3	3.4	0	0	5.7
<b>Vaginal</b>	<b>n</b>	11	6	1	0	18
	<b>%</b>	12.7	6.9	1.1	0	20.7

**Fuente: expedientes clínicos.**

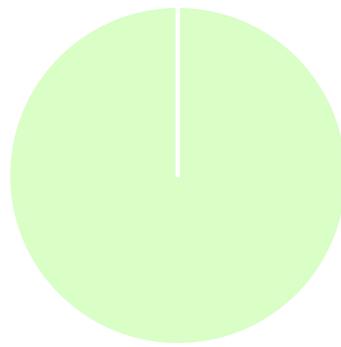
La frecuencia de complicaciones en las mujeres histerectomizadas en un hospital de la ciudad de León fue mínima, ya que, solo 2 casos (1.2% respectivamente cada uno) presentaron complicaciones transquirúrgicas, que incluyeron shock hipovolémico e infarto agudo al miocardio, y ninguna mujer experimentó complicaciones posquirúrgicas. (Grafico 2 y 3).

**Gráfico 2. Frecuencia de las complicaciones transquirúrgicas de la población en estudio. N=86**



**Fuente: expedientes clínicos**

**Gráfico 3. Frecuencia de las complicaciones posquirúrgicas de la población en estudio. N=86**



■ No presente

**Fuente: expedientes clínicos.**

## Discusión

El estudio monográfico busca describir las complicaciones transquirúrgicas y posquirúrgicas más frecuentes en hysterectomías realizadas por vía vaginal, laparoscópica y abdominal en el departamento de Ginecología y Obstetricia de un hospital de en la ciudad León. Las patologías ginecológicas representan un problema de salud creciente que afecta la calidad de vida de las pacientes, muchas de las cuales requieren intervención quirúrgica. Para mejorar el manejo de estas enfermedades y reducir complicaciones, se han desarrollado y perfeccionado diferentes técnicas quirúrgicas

Entre las características sociodemográficas de las pacientes que participaron en el estudio, se observó que el grupo más frecuente que se sometió a hysterectomía correspondía a mujeres de entre 31 y 50 años, mientras que las menores de 30 años representaron una proporción significativamente menor. Este hallazgo se alinea con la literatura científica, que indica que, a mayor edad, las pacientes presentan más factores de riesgo para desarrollar patologías benignas que justifican la hysterectomía, lo que sugiere que las mujeres más jóvenes tienden a tener menos patologías benignas indicativas de esta intervención. Además, es relevante señalar que la mayoría de las pacientes hysterectomizadas procedían de áreas urbanas, en contraste con aquellas de áreas rurales. Este patrón coincide con un estudio realizado por González y Lara en 2020, en el Hospital Bertha Calderón Roque en Managua entre junio y noviembre de 2018, donde también se observó que la mayoría de las pacientes provenían del área urbana. (9)

Los antecedentes gineco-obstétricos de nuestra población revelan que el 72.1% de las mujeres experimentó menarca entre los 11 y 14 años, un factor que, según Zhou et al, en 2020, está asociado con un mayor riesgo de desarrollar miomas uterinos y otros trastornos ginecológicos. (22). Además, la mayoría de las participantes reportó haber tenido su primera relación sexual entre los 16 y 19 años, lo que coincide con los hallazgos de Smith et al. (2017), quienes documentan un incremento en complicaciones ginecológicas en este grupo. (23). Asimismo, el 37.2% de las mujeres eran menopáusicas, lo que indica que la mayoría de las pacientes aún se encuentran en edad fértil.

En relación con los diagnósticos preoperatorios más frecuentes en las pacientes sometidas a hysterectomía por patologías benignas, el estudio reveló que los miomas uterinos y el

prolapso de órganos pélvicos fueron las principales indicaciones, con un 47.7 % y 20.9% respectivamente, mientras que el sangrado uterino anormal representó el menor porcentaje. Estos hallazgos son consistentes con otros estudios, como el de González y Lara en 2020, que también identificaron la miomatosis uterina como la patología más común en sus pacientes (9). Asimismo, nuestro estudio, se alinea con una investigación realizada en El Salvador por Menéndez en 2018, donde la fibromatosis uterina fue la principal indicación para la cirugía. Estos resultados subrayan que la miomatosis uterina es una de las patologías benignas más prevalentes en mujeres de edad fértil, reafirmando su relevancia en la práctica ginecológica. (24).

En cuanto a la duración de la cirugía y la vía de abordaje utilizada en las pacientes sometidas a histerectomía, se observó que la vía abdominal fue la más frecuente en el Hospital de León en un 73.1%, dichos procedimientos superaban las 2 horas en un 52.3%. En contraste, las técnicas menos invasivas, como la vía vaginal y la laparoscópica, resultaron en intervenciones de menor duración. Esto sugiere que la elección de la vía quirúrgica depende tanto de la complejidad de la patología a tratar como de la preferencia del cirujano por cada técnica. Sin embargo, los hallazgos de nuestro estudio difieren de los reportados por González y Lara en 2020, donde la vía vaginal fue la más utilizada, y la vía abdominal, la menos común. (9). Es relevante mencionar que en su investigación no se aplicó la vía laparoscópica, lo que indica una tendencia hacia procedimientos menos invasivos y de menor duración en su práctica. Estos resultados resaltan la variabilidad en las decisiones quirúrgicas y la importancia de adaptar el enfoque a las circunstancias clínicas específicas de cada paciente.

En relación con las complicaciones transquirúrgicas y posquirúrgicas en pacientes sometidas a histerectomía, nuestro estudio en el Hospital de León muestra un bajo porcentaje de complicaciones, lo que indica una alta eficacia del departamento de Ginecología y Obstetricia. Este resultado es notablemente superior al de otros hospitales en Nicaragua y Latinoamérica. Por contraste, un estudio realizado en México en 2020 por Chinolla y colaboradores reveló que las complicaciones más frecuentes en sus pacientes fueron las infecciones posquirúrgicas, seguidas por íleo paralítico, abscesos de cúpula y trombosis venosa profunda. (5). Este panorama sugiere que, mientras el Hospital de León ha logrado

mantener una tasa de complicaciones baja, otros centros enfrentan desafíos significativos en el manejo postoperatorio.

Estos datos internacionales nos permiten concluir que el departamento de Ginecología y Obstetricia de un hospital en la ciudad de León demuestra una práctica clínica superior en el tratamiento de sus pacientes y en la realización de intervenciones quirúrgicas, en comparación con los otros países analizados en los estudios mencionados. Esta afirmación se fundamenta en el hecho de que el riesgo de complicaciones durante y después de los procedimientos fue casi nulo, lo que resalta la eficacia y la seguridad de los protocolos implementados en este centro.

## Conclusiones

El presente estudio logró poner en evidencia que dentro las características sociodemográficas de la población que se analizó predominan las edades entre 31 a 50 años, lo que demuestra que la mayoría de la población que fue sometida a histerectomía por patología benigna es relativamente joven. Además, de que pertenecen al área urbana y sus antecedentes gineco obstétrico evidenciaron que la mayoría de las mujeres estudiadas tuvieron su menarca entre los 11 y 14 años, además de que las pacientes tuvieron su IVSA a una edad joven, entre los 16 y 19 años y a su vez, dicho porcentaje de mujeres no usa métodos anticonceptivos por lo cual como mínimo han tenido un embarazo a lo largo de su vida y que en menor porcentaje de las mujeres estudiadas eran menopáusicas.

La investigación también destaca que los diagnósticos preoperatorios más frecuentes en las pacientes sometidas a histerectomía por patologías benignas que encontramos en nuestro estudio fueron tanto miomatosis uterina y prolapso de órganos pélvicos que corresponden al de mayor porcentaje destacando que estas dos patologías siguen siendo un problema importante en el ámbito de la salud femenina lo cual concuerda con la literatura consultada, ya que, en dichos estudios se destaca que los diagnósticos preoperatorios más frecuentes presentados en las pacientes era miomatosis uterina.

A su vez, logramos comparar la duración de la cirugía en relación con la vía de abordaje utilizada en las pacientes sometidas a histerectomía, en la cual el tiempo fue mayor de 2 horas, favoreciendo a la vía abdominal, en cambio, la vía vaginal y la laparoscópica tuvieron una duración menor, ya que estas son técnicas quirúrgicas menos invasivas. Dicha relación se debe a la preferencia de la técnica quirúrgica a utilizar y la dominancia de la técnica por parte del cirujano en conjunto con la patología pre diagnosticada, este último influye mucho, ya que, determina la vía quirúrgica a utilizar y a su vez las posibles complicaciones que se puedan presentar. Con respecto a las complicaciones, en el presente estudio se estableció que las complicaciones transquirúrgicas en las pacientes histerectomizadas por patología benigna fueron de menor porcentaje determinando que sólo 2 pacientes fueron las que presentaron complicaciones como lo fue: shock hipovolémico y IAM. Y se determinó que en el caso de complicaciones posquirúrgicas no se presentó ni una en las pacientes estudiadas.

Dentro de las limitantes que encontramos en el desarrollo de la investigación fue la poca población a estudiar en relación a la cantidad de pacientes que fueron sometidas a intervención quirúrgica en un hospital de la ciudad de León debido a que no todas cumplían con los requisitos necesarios para entrar a ser población de estudio, por lo cual se considera que para las investigaciones futuras sea necesario considerar una población más amplia y que tome en cuenta factores de riesgo que puedan asociarse a las complicaciones de las histerectomías en las pacientes diagnosticadas con patología benigna, para así comprender mejor el impacto de las enfermedades uterinas que requieran como tratamiento un procedimiento quirúrgico, ya que esto, a su vez, ayuda a establecer los protocolos a seguir para la realización de dicho procedimiento y la preparación para las posibles complicaciones que se presenten.

Y en relación a las fortalezas de esta investigación se determinó que los expedientes clínicos seleccionados posteriormente al pasar por los criterios de exclusión contenían la información completa con todos los exámenes, documentación y papelería correspondientes para poder obtener datos fidedignos capaces de dar resultados significativos para así contribuir a la sociedad médica de Nicaragua a seguir cada día dando un paso más para poder mejorar el sistema de salud y la atención de cada una de las pacientes que acuden a las unidades de salud de nuestro país, en este caso haciendo énfasis en la atención de un hospital de la ciudad de León.

Otra fortaleza destacable en este estudio es la excelente disposición de la unidad de salud seleccionada para brindar acceso a la información necesaria para llevar a cabo esta investigación.

## **Recomendaciones**

- Se recomienda llevar a cabo estudios más detallados sobre las características sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes. Esto permitirá identificar grupos de riesgo específicos y desarrollar estrategias de atención más personalizadas, mejorando así la eficacia del tratamiento.
- Es esencial realizar un análisis exhaustivo de los diagnósticos preoperatorios más frecuentes en mujeres sometidas a histerectomía por patologías benignas. Se sugiere implementar protocolos diagnósticos más eficaces que faciliten una identificación temprana de condiciones subyacentes, optimizando así la planificación quirúrgica y reduciendo potenciales complicaciones.
- Se aconseja llevar a cabo un estudio comparativo sistemático de las diferentes vías de abordaje quirúrgico utilizadas en histerectomías. Este análisis debe incluir no solo la duración de los procedimientos, sino también la eficacia y las tasas de complicaciones asociadas, con el fin de establecer guías clínicas que promuevan prácticas más seguras y eficientes.
- Es fundamental crear un sistema de seguimiento para documentar y analizar las complicaciones transquirúrgicas y posquirúrgicas. Se recomienda la implementación de un registro centralizado que permita evaluar resultados y ajustar las prácticas quirúrgicas en base a datos empíricos, mejorando así la atención al paciente.
- Se debe promover la educación continua y la capacitación del personal médico y quirúrgico en el manejo integral de pacientes sometidas a histerectomía. Programas de formación que aborden la identificación de complicaciones y el manejo de situaciones de emergencia serán fundamentales para mejorar la atención y minimizar riesgos.
- Se sugiere realizar investigaciones futuras que evalúen el impacto a largo plazo de las histerectomías en la calidad de vida de las pacientes. Estudios de seguimiento que aborden tanto la salud física como emocional tras la cirugía ofrecerán una visión más completa del bienestar de estas mujeres.

## Bibliografía

1. Luis, C. G. J. (s. f.). Análisis de 100 casos de histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322016000100002](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000100002)
2. Putz, A., Bohlin, T., Rakovan, M., Putz, A. M., & De Wilde, R. L. (2015). European operative registry to avoid complications in operative gynecology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*, 35, 113-123. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.11.019>
3. Ortiz Martínez R, Betancourt Cañas A, Bolaños Ñañez D, Cardona Narváez T, David Portilla E, Flórez Victoria O. Prevalencia de complicaciones quirúrgicas en cirugía ginecológica, Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia, 2015. *Rev Fac Med*. 2018;66(4):529-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n4.63743>
4. Polanco Sosa AL. Principales complicaciones en histerectomías abdominales y vaginales totales en el hospital universitario del 2013- 2015 [Tesis de Especialidad]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2018. [acceso 26/07/2023]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/17433/>
5. Chinolla-Arellano ZL, Bañuelos-Rodríguez JL, Martínez-Sevilla V, García-Bello JA. Complicaciones de la histerectomía total laparoscópica en pacientes de un hospital de alta especialidad. *Cirugía y Cirujanos*. 2021 May 3;89(3). Disponible en: [https://www.cirurgiaycirujanos.com/frame\\_esp.php?id=486](https://www.cirurgiaycirujanos.com/frame_esp.php?id=486)
6. Urgellés-Carreras S, Álvarez-Fiallo M, Reyes-Guerrero E, Cruz Alejandro Duménigo-Rodríguez CA, Fleites-Alonso YA. Factores de riesgo asociados a las complicaciones postquirúrgicas de la histerectomía abdominal [Internet]. ECIMED; 2020. Disponible en: [file:///C:/Users/Magally%20Perez/Downloads/690-4101-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Magally%20Perez/Downloads/690-4101-1-PB%20(1).pdf)
7. Bahadur A, Mundhra R, Kashibhatla J, Chawla L, Ajmani M, Sharma S. Intraoperative and Postoperative Complications in Gynaecological Surgery: A Retrospective Analysis. *Cureus*. 2021; 13(5).
8. Morales Calero MA, Pérez Arguello HA. Complicaciones transoperatorias más frecuentes en mujeres sometidas a histerectomías por miomatosis uterine en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Julio - Diciembre del 2016. [Tesis

- doctoral]. Managua- Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN MANAGUA. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/9688/1/98773.pdf>
9. Gonzales A, Lara M. complicaciones transquirúrgicas– postquirúrgicas de la cirugía por miomatosis uterine, en el hospital Bertha Calderón Roque en el periodo Junio – Noviembre del 2018. Tesis de grado. Managua: UNAN – MANAGUA, Ginecología y obstetricia.
  10. Benavides A. complicaciones de las cirugías ginecológicas realizadas en el hospital SERMES Bolonia en el periodo comprendido de Julio del año 2018 a Julio del año 2019, Tesis de grado. Managua: UNAN – Managua, Ginecología y obstetricia.
  11. Bosquet EG. González-Merlo, J., Ginecología, 8a ed. ©2003. Elsevier España; 2003.
  12. Suarez Teresa. (2017). Sexualidad y educación. D.F. México: Universidad del litoral. Chapron C.
  13. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham G. Williams Ginecología. Segunda ed. Fraga J, Garcia N, editores. México: McGrawHill; 2012.
  14. Moen. Hysterectomy for bening conditios of the uterus. Obstet Gynecol N. 2016; 43 (3).
  15. HISTERECTOMÍA VAGINAL Y COLOPOSUSPENSIÓN [Internet]. [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://aulaginecologia.com/wpcontent/uploads/2021/04/40.-Histerectomia-vaginal-y-colposuspension.pdf>
  16. Villegas-Echeverri JD, López-Isanoa JD, Piedrahita-Gutiérrez DL, Bastidas-Guarín C, Cuello-Salcedo AM, López-Jaramillo JD. Diez pasos para una histerectomía total por laparoscopia segura y reproducible. Cir Cir [Internet]. 2021;89(5). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v89n5/0009-7411-cir-89-5-624.pdf>
  17. Walters M, Ferrando C. UpToDate. (Online); 2022. Acceso 2 de Julio de 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/hysterectomy-forbenignindicationsselectionofsurgicalroute?search=histerectomia%20abdominal&topicRef=3311&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/hysterectomy-forbenignindicationsselectionofsurgicalroute?search=histerectomia%20abdominal&topicRef=3311&source=see_link)
  18. Sardiñas R. La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. Cub Cirug.2015; 54(1): 82-95.

19. Stovall T, Mann W. UpToDate. [Online]; 2022. Acceso 30 de junio de 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/hysterectomy-abdominal-openroute>
20. Ruíz R, López M. Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. *Metas Enferm.* 2016; 19(6).
21. Townsend C, Beauchamp R, Evers M, Mattox K. Tratado de Cirugía de Sabiston: Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. Vigésima ed. España: ELSEVIER; 2018.
22. Zhou Y, Wang X, Liu Z. Early menarche and its association with uterine fibroids and other gynecological disorders in young women. *J Gynecol Obstet.* 2020;45(2):112-118.
23. Smith J, Johnson L, Brown K. Sexual initiation and reproductive health outcomes: a study on adolescents. *Reprod Health Matters.* 2017;25(50):45-53.
24. Menéndez, Mario. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA Y CLINICA DE CASOS DE PACIENTES CON HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL ELECTIVA POR TECNICA ABIERTA, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER JULIO 2017 - JUNIO 2018. Tesis doctoral. San Salvador, El Salvador. 2019. Recuperado a partir de: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1128242/30-11106277.pdf>

## **Anexos**

 **Instrumento de recolección de datos**

**Ficha de recolección de datos de histerectomías realizadas a pacientes por diagnóstico de patologías benignas.**

Nombre del establecimiento de salud: \_\_\_\_\_

Nº de ficha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

➤ **Datos personales**

Número de expediente único: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Origen(municipio): \_\_\_\_\_

Procedencia: Urbano \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_

Escolaridad: Analfabeta \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ (kg)

Talla: \_\_\_\_\_ (metros)

IMC: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

➤ **Antecedentes familiares patológicos**

- Enfermedades infectocontagiosas:

\_\_\_\_\_

- Enfermedades hereditarias:

\_\_\_\_\_

➤ **Antecedentes personales no patológicos**

- Fumar \_\_\_\_\_

- Alcohol \_\_\_\_\_

- Drogas \_\_\_\_\_

- Fármacos: \_\_\_\_\_

- Otros \_\_\_\_\_

➤ **Antecedes personales patológicos**

- Enfermedades infectocontagiosas previas \_\_\_\_\_
- Enfermedades crónicas \_\_\_\_\_
- Cirugías previas realizadas \_\_\_\_\_
- Hospitalizaciones \_\_\_\_\_

➤ **Datos Gineco-obstétricos:**

- Menarca: \_\_\_\_\_
- IVSA: \_\_\_\_\_
- Número de compañeros sexuales: \_\_\_\_\_
- FUR: \_\_\_\_\_
- G \_\_\_ P \_\_\_ A \_\_\_ C \_\_\_ legrado \_\_\_
- Planificación familiar: si \_\_\_ método \_\_\_\_\_ no \_\_\_ no aplica \_\_\_
- Menopausia: si \_\_\_ total de años: \_\_\_\_\_ no \_\_\_
- PAP: si \_\_\_ resultado: \_\_\_\_\_  
no \_\_\_ fecha del último PAP:  $\geq 1$  año \_\_\_  $\leq 1$  año \_\_\_
- Colposcopia: biopsia si \_\_\_ no \_\_\_ resultado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ fecha de toma: \_\_\_\_\_
- Ultrasonido pélvico: si \_\_\_ no \_\_\_ resultado: \_\_\_\_\_
- Valoración de medicina interna: si \_\_\_ no \_\_\_ diferida si \_\_\_ no \_\_\_ ¿por qué? \_\_\_\_\_
- Valoración por anestesiología: si \_\_\_ no \_\_\_ diferida si \_\_\_ no \_\_\_ ¿por qué? \_\_\_\_\_

➤ **Datos quirúrgicos**

- Fecha de realización de cirugía: \_\_\_\_\_
- Diagnóstico preoperatorio: \_\_\_\_\_
- Diagnóstico postoperatorio: \_\_\_\_\_

• Tipo de Histerectomía realizada:

---

---

---

• Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de finalización: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

• Días de estancia hospitalaria: \_\_\_\_\_

• Cantidad de sangre perdida: \_\_\_\_\_

• Tipo de anestesia: \_\_\_\_\_

• Profilaxis prequirúrgica: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Fármacos usados:

Dosis:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

• Técnica quirúrgica

- ✓ Extrafacial abierta \_\_\_\_\_
- ✓ Extrafacial cerrada \_\_\_\_\_
- ✓ Intrafacial abierta \_\_\_\_\_
- ✓ Intrafacial cerrada \_\_\_\_\_

• Complicaciones intraoperatorias

1. Shock hipovolémico: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

2. Pérdida de sangre: cantidad \_\_\_\_\_

3. Lesiones a órganos vecinos: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

- ✓ ✓ Vejiga \_\_\_\_\_
- ✓ ✓ Uréter \_\_\_\_\_
- ✓ ✓ Intestino \_\_\_\_\_

4. Otras \_\_\_\_\_

• Complicaciones post operatorias

1. Lesión del tracto genito-urinario: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

2. Íleo: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

3. Infección: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

- ✓ Absceso de cúpula vaginal \_\_\_\_\_
- ✓ Sitio quirúrgico \_\_\_\_\_

4. Dehiscencia del manguito vaginal: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

5. Dehiscencia de la herida quirúrgica: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

6. Otras \_\_\_\_\_

### ➤ Resultados quirúrgicos

• Tipo de muestra:

❖ Útero \_\_\_\_\_

✓ Características de pieza quirúrgica:

1. Tamaño: L: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_

2. Peso \_\_\_\_\_

❖ Ovarios \_\_\_\_\_

Derecho \_\_\_\_\_

✓ Características de pieza quirúrgica:

1. Tamaño: L: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_

2. Peso \_\_\_\_\_

Izquierdo \_\_\_\_\_

✓ Características de pieza quirúrgica:

1. Tamaño: L: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_

2. Peso \_\_\_\_\_

❖ Trompas de Falopio \_\_\_\_\_

Derecha \_\_\_\_\_

✓ Características de pieza quirúrgica:

1. Tamaño: L: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_

2. Peso \_\_\_\_\_

Izquierda \_\_\_\_\_

✓ Características de pieza quirúrgica:

1. Tamaño: L: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_

2. Peso \_\_\_\_\_

• Biopsia: resultados \_\_\_\_\_

• Resultado histopatológico

❖ Benigno útero

✓ Leiomiomas \_\_\_\_\_

✓ Adenomiosis \_\_\_\_\_

✓ Otros \_\_\_\_\_

❖ Benigno ovario

✓ Tumor de células del epitelio superficial \_\_\_\_\_

✓ Tumor de células germinales \_\_\_\_\_

✓ Tumor de los cordones sexuales \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA,  
LEÓN FUNDADA EN 1912

ÁREA DEL CONOCIMIENTO ESPECÍFICO CIENCIAS MÉDICAS

DEPTO. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

León, 07 de marzo del 2024

**A: Dr. Germán Bravo**  
Jefe Depto. De Ginecología y Obstetricia  
Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello  
De: **Br. Laura Guadalupe Pastora Mendoza**  
**Br. Magally Mercedes Pérez Montoya**  
Estudiantes de VI año de Medicina  
UNAN-León

Mediante la presente hacerle llegar un respetuoso saludo y deseo de éxito en las funciones que desempeña a favor de la comunidad universitaria.

Estimado Dr., debido a nuestra formación en la carrera, solicitamos de la manera más respetuosa la asignación de un tutor del departamento de Ginecología y Obstetricia, el cual usted exitosamente coordina, para la elaboración de nuestra monografía para la obtención del título de Médico y Cirujano, con la presente investigación: **“Complicaciones en pacientes sometidas a histerectomías por diagnóstico de patologías benignas”**.

Sin más a que hacer referencia, nos despedimos de usted contando con su apoyo y comprensión a nuestra petición, deseándole éxito en las importantes labores que desempeña en nuestra Alma Mater.

**Br. Laura Guadalupe Pastora Mendoza**

Carnet: 19-00877-0

[laura.pastora119@est.unanleon.edu.ni](mailto:laura.pastora119@est.unanleon.edu.ni)

**Br. Magally Mercedes Pérez Montoya**

Carnet: 19-01168-0

[magally.perez119@est.unanleon.edu.ni](mailto:magally.perez119@est.unanleon.edu.ni)

2024:45/19 |La Patria, La Revolución!





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA,

LEÓN FUNDADA EN 1912

ÁREA DEL CONOCIMIENTO ESPECÍFICO CIENCIAS MÉDICAS

León, 18 de marzo del 2024

DEPTO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Lic. Iris Castellón Peralta.  
Responsable de Registro académico  
Ciencias Médicas  
UNAN-León  
*Sus manos*

Estimada Lic. Castellón:

El suscrito, Dr. German Bravo, de acuerdo con las Normativas del componente de *investigación, estoy asumiendo como Tutor del protocolo investigación Monográfico: "Complicaciones en pacientes sometidas a histerectomía por diagnósticos de patologías benignas"*, que será realizado por los estudiantes del VI año de Medicina.

**Integrantes:**

- Br. Laura Guadalupe Pastora Mendoza, Carnet # 19-00877-0
- Br. Magally Mercedes Pérez Montoya, Carnet # 19-01168-0

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad de saludarle y desearte éxitos en sus labores.

Atentamente,

  
Dr. Germán Román Bravo

Jefe Depto. De Ginecología y Obstetricia

Área del conocimiento específico de Ciencias Médicas



Cc: interesados.

Archivo

2024:45/19 ¡La Patria, La Revolución!



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, León (UNAN-León)  
FUNDADA EN 1812

REGISTRO ACADÉMICO  
ÁREA DE CONOCIMIENTO, CIENCIAS MÉDICAS

León, 26 de junio 2024

**Dr. Germán Román Bravo**  
Tutor de Investigación,  
UNAN-León  
Sus manos.

Estimado Doctor Bravo:

Con la presente remito 2 protocolos, después de ser revisado, inscrito y autorizado por la Dirección de investigación y Postgrado del cual usted funge como tutor, informándole que puede continuar con la siguiente etapa del estudio. Favor revisar enmiendas.

CÓDIGO DIP	AUTOR	Tema
0078/2024	Laura Guadalupe Pastora Mendoza / Magally Mercedes Pérez Montoya	Complicaciones en pacientes sometidas a histerectomía o diagnóstico de patologías benignas
0081/2024	María Fernanda Obando Carballo / Carlos Manuel Olivas Ruiz	Resultados Histopatológicos post Aspiración Manual Endouterina en pacientes con diagnóstico de aborto.

Sin más que agregar, me suscribo de usted.

Atentamente,



**Lic. Iris Marcela Castellón Peralta**  
Responsable Registro Académico  
Ciencias Médicas

Correo institucional: [iris.castellon@cm.unanleon.edu.ni](mailto:iris.castellon@cm.unanleon.edu.ni)

c/c: Archivo.

IMCP/min