

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

“Histerectomía convencional y laparoscópica beneficios y complicaciones en
hospitales de Piura 2018 - 2019”

Área de Investigación:
Mortalidad materna e infantil.

Autor (a):
Br. Ortega Moscol Claudia Ana María.

Jurado Evaluador:

Presidente: Vásquez Alvarado, Javier Ernesto.

Secretario: Rojas Ruiz, Juan Carlos.

Vocal: Alarcón Gutiérrez, Javier Ernesto.

Asesor:
Navarro Jiménez, Nelson Martín.
Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1895-6329>

Piura – Perú
2021

Fecha de sustentación: 2021/01/07

DEDICATORIA

A MI MADRE, POR SU AMOR, PACIENCIA Y ARDUO TRABAJO QUE ME HA PERMITIDO HACER REALIDAD OTRO SUEÑO HOY. GRACIAS POR INCULCARMEN QUE DIOS SIEMPRE ESTÁ CONMIGO Y NO DEBO TEMERLE A LAS ADVERSIDADES.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios, por haberme brindado la vida y salud necesaria para llegar hasta este importante momento.

Me faltarían páginas para agradecer a las personas que participaron de alguna manera en este trabajo, pero mi Madre y Padre merecen un reconocimiento especial, que gracias a su trabajo, dedicación y apoyo me ayudaron a completar mi carrera universitaria.

A mi mejor amigo, que me motiva a dar lo mejor de mi y a quien admiro mucho. A aquellos compañeros dentro y fuera del aula de la escuela y de la universidad que se convertirán en amigos para toda la vida, y los que serán mis colegas en unos meses, gracias.

A mi maestro y asesor, Dr. Nelson Navarro, por sus conocimientos y confianza en mi para realizar esta investigación. A mi casa de estudios, Universidad Privada Antenor Orrego, por brindarme la oportunidad de adquirir conocimientos con grandes docentes durante estos años de pregrado, hoy puedo sentirme feliz y satisfecha profesionalmente.

**HISTERECTOMÍA CONVENCIONAL y LAPAROSCÓPICA
BENEFICIOS Y COMPLICACIONES EN HOSPITALES DE PIURA 2018 – 2019**

**CONVENTIONAL AND LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY
BENEFITS AND COMPLICATIONS AT PIURA HOSPITALS 2018 – 2019**

AUTOR: ORTEGA MOSCOL, CLAUDIA ANA MARIA

ASESOR: NAVARRO JIMÉNEZ, NELSON MARTÍN

INSTITUCIÓN DE ESTUDIO:

Universidad Privada Antenor Orrego – Campus Piura.

CORRESPONDENCIA:

Nombre: Ortega Moscol Claudia Ana María
Dirección: Huancavelica 280. Piura - Piura, Perú
Teléfono: 996366039
Email: cortegam@upao.edu.pe

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
ÍNDICE.....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
OBJETIVO GENERAL.....	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
HIPÓTESIS.....	13
MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
DISEÑO DE ESTUDIO.....	16
POBLACIÓN.....	16
MUESTRA Y MUESTREO.....	17
PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS.....	18
ANÁLISIS DE DATOS.....	19
ASPECTOS ÉTICOS.....	20
LIMITACIONES	20
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIONES.....	33
RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS: FICHA DE DATOS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	37

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los beneficios y complicaciones de la Histerectomía convencional e Histerectomía laparoscópica en Hospitales de Piura 2018 - 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS: Investigación de tipo observacional, comparativa, retrospectiva y transversal cuya población de estudio tuvo una totalidad de 120 pacientes histerectomizadas en el servicio de ginecología de dos hospitales en Piura. La recolección de datos se realizó a partir de sus historias clínicas. El análisis estadístico se procesó en el programa estadístico SPSS V25. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de las variables. Para determinar la asociación entre variables se utilizó la prueba chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS: De acuerdo a los resultados, la histerectomía convencional fue más frecuente en mujeres de 40 a 49 años; mientras que la Laparoscópica, se presentó más en el grupo de 50 a 69 años. El diagnóstico más frecuente, fue la miomatosis uterina con un 66.7% para histerectomía convencional y con 76.7% para laparoscópica.

El estudio reveló que el tiempo quirúrgico, la estancia postoperatoria y sangrado transoperatorio se relacionan de manera significativa ($\text{Sig.} < 0.05$) con la técnica quirúrgica; siendo menor en las pacientes operadas con el abordaje laparoscópico en comparación con la técnica convencional. Ni la condición de alta, ni las complicaciones intraoperatorias, se relacionan de manera significativa ($\text{Sig.} > 0.05$) con el tipo de técnica quirúrgica. En cuanto a las complicaciones post-operatorias, éstas se relacionan de manera significativa ($\text{Sig.} < 0.05$) con la técnica operatoria; las pacientes que mayormente presentaron complicaciones fueron las intervenidas a histerectomía convencional (61.7%), a comparación de las que se les practicó laparoscopia (11.7%). La complicación más frecuente fue el dolor post operatorio, teniendo en histerectomía convencional 41.7% de presentación y en laparoscopia de 8.3%.

CONCLUSIONES: La histerectomía con técnica laparoscópica presenta mayores beneficios y menores complicaciones postoperatorias a comparación de la técnica convencional.

Palabras clave: Histerectomía laparoscópica, histerectomía convencional

ABSTRACT

OBJETIVE: To determine the benefits and complications of conventional hysterectomy and laparoscopic hysterectomy in Piura hospitals 2018 - 2019.

MATERIAL AND METHODS: Observational, comparative, retrospective and cross-sectional research whose study population had a total of 120 hysterectomized patients in the Gynecology Service of two hospitals in Piura. Data collection was made from their medical records. The statistical analysis was processed in the statistical program SPSS V25. The absolute and relative frequencies of the variables were calculated. The Chi-square test and Fisher's exact test were used to determine the association between variables.

RESULTS:

According to the results, conventional hysterectomy was more frequent in women aged 40 to 49 years; while Laparoscopic, it was presented more in the group of 50 to 69 years. The most frequent diagnosis was uterine myomatosis with 66.7% for conventional hysterectomy and with 76.7% for laparoscopic.

The study revealed that surgical time, postoperative stay and intraoperative bleeding are significantly related (Sig. <0.05) with surgical technique; being lower in patients operated with the laparoscopic approach compared to the conventional technique. Neither discharge condition nor intraoperative complications are significantly related (Sig.> 0.05) with the type of surgical technique. Regarding post-operative complications, they are significantly related (Sig. <0.05) with the operative technique; the patients who most presented a presentation were those who underwent conventional hysterectomy (61.7%), a comparison of those who underwent laparoscopy (11.7%). The most frequent complication was postoperative pain, presenting 41.7% in conventional hysterectomy and 8.3% in laparoscopy.

CONCLUSIONS: Laparoscopic hysterectomy presents greater benefits and postoperative complications compared to the conventional technique.

Key Words: Laparoscopic hysterectomy, conventional hysterectomy

INTRODUCCIÓN:

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico utilizado en ginecoobstetricia a fin de extirpar el útero de manera total o parcial (1). Si bien no hay un consenso de las sociedades de ginecoobstetricia para determinar cuál sería la ruta óptima, ya que esta se basa en criterios clínicos y técnicos individualizados a cada paciente, se han creado para reducir la morbilidad intra y postoperatoria nuevas técnicas como alternativas a la histerectomía convencional abdominal (12) tales como: la histerectomía vaginal, histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, histerectomía laparoscópica total y más recientemente cirugía robótica (2).

Esta intervención ginecológica es uno de los procedimientos más frecuentes en aproximadamente el 30% de las mujeres a la edad de 60 años y se estima que se realizan 600.000 anualmente en los EE.UU (3). Casi 90% de las histerectomías se realiza por patología benigna (4), de las cuales la más frecuente es la miomatosis uterina (10). La histerectomía laparoscópica es aceptada actualmente como un método seguro y eficaz para tratar las patologías benignas del útero, y es una alternativa aceptable a la histerectomía convencional (5).

En Perú las indicaciones de la histerectomía por patología benigna incluyen mayoritariamente alguna de estas causas: miomas uterinos (34%), endometritis (19%), prolapso (17,2%), hiperplasia endometrial (5,6%), siendo estas las responsables de casi el 80% de histerectomías que se realizan (8).

La histerectomía también es utilizada en casos de patología obstétrica como hemorragia postparto, placenta ácreta, sepsis post parto de foco uterino y patología maligna como cáncer de cérvix, cáncer de la vagina, cáncer del cuerpo uterino y anexos (8,9). Incluso en los últimos dos años se han realizado algunos estudios donde la laparoscopia parece ser un método muy útil en el tratamiento del cáncer de endometrio en estadios precoces, teniendo una menor morbilidad comparado con la vía abierta (25).

La histerectomía por vía abdominal se utiliza para el tratamiento de enfermedades benignas y malignas del útero; a través de una incisión transversal en la pared

abdominal por encima del pubis permitiendo un acceso excelente a las estructuras pélvicas donde se encuentran los órganos reproductores internos femeninos y así realizar cirugía anexial adicional a la extracción del útero (13, 14). Sin embargo, es una operación invasiva, por lo tanto, sangrante, dolorosa en el postoperatorio, con estancia hospitalaria prolongada y tiempo extenso para reincorporarse a sus tareas habituales ya que la paciente puede tardar entre 4 a 6 semanas en recuperarse (16). Dentro de las técnicas convencionales también está la histerectomía vaginal cuya principal indicación es el prolapso uterino, y es considerada como la de menor invasividad; sin embargo, es posible que la histerectomía vaginal no pueda realizarse en todos los casos debido al tamaño y forma del útero o el motivo por el cual se realiza la cirugía (15). En la histerectomía por laparoscopia se realizan incisiones abdominales pequeñas, a través de las cuales los instrumentos laparoscópicos se pueden insertar para ver los órganos internos femeninos, para esto se requiere de más entrenamiento y experiencia quirúrgica que para las técnicas convencionales. Su aceptación ha ido aumentando gradualmente, por sus visibles ventajas como la invasividad mínima, la poca pérdida sanguínea y por lo tanto reducción en la caída de la hemoglobina, escaso dolor postquirúrgico, pocos días de estancia hospitalaria y la rápida reincorporación de la paciente a sus actividades cotidianas, además la posibilidad de tratar patologías anexiales y enfermedades pélvicas asociadas (17,18,19).

Debido al gran porcentaje de mujeres que anualmente son intervenidas a histerectomía a causa de enfermedades ginecológicas es necesario considerar múltiples temas que intervienen en el cuidado de estas mujeres (11). Así pues, la histerectomía por laparoscopia ofrece no solo las ventajas mencionadas anteriormente sino también, disminución de los costos económicos por atención hospitalaria, mejores resultados estéticos, y mejor calidad de vida (20,21,22). Las complicaciones de las histerectomías varían según la ruta de la cirugía y el tipo de técnica quirúrgica empleada (6). Según diversos estudios realizados en diferentes instituciones, la tasa de complicaciones asociadas a las cirugías ginecológicas varía entre el 0,2% y el 26%, con una tasa de mortalidad muy por menor al 1% (7).

Las complicaciones de la laparoscopia ginecológica aumentan en relación a la complejidad de las operaciones como úteros grandes con adherencias y las comorbilidades que sufre cada paciente; y disminuyen con una elección adecuada de los pacientes, la experiencia del cirujano y con la calidad del equipo e instrumental que se utiliza (20,21,22).

Las complicaciones intraoperatorias de la histerectomía, que podrían producirse incluyen: lesiones del tracto urinario especialmente en uréteres y vejiga, daños en intestino y lesiones vasculares (4,23). Por otro lado, alguna de las complicaciones postoperatorias que se pueden observar son: hemorragias postquirúrgicas, dolor postoperatorio, infección de sitio operatorio, íleo, retención urinaria, fiebre, hernia incisional, dehiscencias, evisceraciones y complicaciones trombo embólicas (23).

Un análisis de estudio en Ecuador en el año 2015 determinó que de entre las mujeres a quienes se les realizó histerectomía por patología benigna, la histerectomía laparoscópica tuvo algunas ventajas sobre la Histerectomía abdominal, pero estas se vieron opacadas por su alto riesgo de lesión ureteral (24) y tiempo quirúrgico prolongado (12). A nivel nacional, en Lima se realizó una investigación donde se evidenció que los 10 artículos científicos revisados dicen que la histerectomía laparoscópica es más eficaz que la histerectomía convencional, para la disminución de las complicaciones postoperatorias como dolor postoperatorio, infección de sitio operatorio, hematoma de la cúpula vaginal, retención urinaria, fiebre y estadía hospitalaria (19).

Justificación:

Según las cifras que se obtuvieron del XII Censo Nacional de Población (26) en octubre del año 2017, la población femenina fue de 14 millones 931 mil 127, es decir el 50,8% de la totalidad nacional. Piura, nuestra región, tiene una población de 1 millón, 8.56 mil 809 de los cuales 333 mil 557 son mujeres en el grupo de edad de 30 a 59 que pueden presentar ciertas patologías ginecológicas benignas y requerir en algún momento una histerectomía.

Los diversos métodos de realización de la histerectomía, así como sus beneficios y complicaciones, obligan a los médicos a analizar cuidadosamente el proceso y comparar técnicas entre sí, para encontrar lo óptimo para las pacientes en el tratamiento de las enfermedades benignas en ginecología.

Los resultados y conclusiones de este estudio podrían orientar sobre qué método de histerectomía es la adecuada, para brindar a nuestras pacientes una atención de alta calidad personalizada, brindándoles así las mismas ventajas y evitando la hospitalización de muchos días o reingresos innecesarios.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Determinar los beneficios y complicaciones de la Histerectomía convencional e Histerectomía laparoscópica en los servicios de ginecología de dos hospitales en Piura 2018 – 2019.

Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia de histerectomía laparoscópica y convencional.
- Analizar cuáles son los diagnósticos más frecuentes por la cual las pacientes son histerectomizadas.
- Analizar si hay asociación entre el tipo de técnica quirúrgica y los beneficios de la histerectomía.
- Analizar si hay asociación entre el tipo de técnica quirúrgica y las complicaciones de la histerectomía.

HIPÓTESIS:

H₁: La histerectomía laparoscópica tiene más ventajas y menos complicaciones que la histerectomía convencional en las pacientes atendidas en los servicios de ginecología en los hospitales de Piura 2018 y 2019.

H₀: La histerectomía laparoscópica tiene MENOS ventajas y MÁS complicaciones que la convencional en las pacientes atendidas en los servicios de ginecología de los hospitales de Piura en el año 2018 y 2019.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

- Frecuencia del tipo de histerectomía laparoscópica y convencional:

Definición conceptual: Es la cantidad o número de veces que un proceso periódico se repite por unidad de tiempo.

Definición operacional: Número de veces de intervención de histerectomía laparoscópica y convencional que se realizaron en el Hospital Privado del Perú y en el Hospital III José Cayetano Heredia Piura

Dimensiones: Histerectomía laparoscópica total, Histerectomía convencional por abordaje abdominal. Ambos con el indicador a través de la ficha de recolección: N° de veces realizado

- Diagnósticos más frecuentes de pacientes histerectomizadas.

Definición conceptual: Es la cantidad en número de frecuencia que se presentan los diagnósticos de patología benigna ginecológica.

Definición operacional: Diagnósticos ginecológicos benignos de pacientes histerectomizadas.

Dimensiones: Miomatosis uterina, endometriosis, prolapso, adenomiosis, EPI, Hemorragia uterina anormal. Con el indicador a través de la ficha de recolección de datos: Si / No.

- Edad

Definición conceptual: Tiempo de existencia de una persona contando desde su nacimiento.

Definición operacional: Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de la paciente a los datos tomados en la actualidad.

Dimensión: Edad.

Con indicadores a través de ficha de recolección de datos: 18 a 29 años; 30 a 39 años; 40 a 49 años; 50 a 69 años.

- Ventajas de la histerectomía laparoscópica y convencional

Definición conceptual: Circunstancia o situación que da superioridad en alguna cosa, circunstancia o condición a favor de otra.

Definición operacional: Ventajas de técnicas quirúrgicas en histerectomía laparoscópica y convencional

Dimensiones:

Tiempo quirúrgico: con indicadores a través de ficha de recolección de datos: > a 1.30 horas, <=a 1.30 horas

Sangrado trans operatorio: con indicadores a través de ficha de recolección de datos: > A 150 ml, <=a 150ml

Estancia post operatoria: con indicadores a través de ficha de recolección de datos: > de 2 días, <=de 2 días

Condiciones del alta: con indicadores a través de ficha de recolección de datos: satisfecho, complicado, fallecido

- Complicaciones de la histerectomía laparoscópica y convencional

Definición conceptual: Complicación es una dificultad con complejidad que requiere de una atención especial para poder ser resuelta.

Definición operacional:

Complicaciones intraoperatorias relacionadas al abordaje de la histerectomía laparoscópica y de la histerectomía convencional.

Complicaciones postoperatorias relacionadas al abordaje de la histerectomía laparoscópica y de la histerectomía convencional.

Con el indicador a través de la ficha de recolección de datos: Si / No.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio: Estudio observacional, comparativo, retrospectivo, de corte transversal, con fuente de información secundaria.

Población, muestra y muestreo: Estará determinada a través de la técnica no probabilística por conveniencia de 120 pacientes que fueron intervenidas a histerectomía laparoscópica e histerectomía convencional en el servicio de ginecología del Hospital Privado del Perú y del Hospital José Cayetano Heredia en los años 2018 y 2019.

Criterios de inclusión:

- Pacientes quienes se les realizó histerectomía laparoscópica o histerectomía convencional.
- Pacientes que fueron atendidas en el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2019.
- Pacientes de 18 a 69 años de edad.
- Pacientes con historias clínicas con información completa de las variables de estudio.
- Cirugías programadas.

Criterios de exclusión:

- Pacientes del servicio de ginecología que no fueron histerectomizadas.
- Pacientes atendidas fuera de los años establecidos.
- Pacientes a quienes se realizó histerectomía por patología maligna.
- Pacientes quienes hayan sido intervenidas de otra patología diferente a la ginecológica, en el mismo tiempo quirúrgico.
- Pacientes con historias clínicas con información incompleta.

- Cirugías no programadas.

Unidad de Análisis: Historias clínicas de pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente: histerectomía laparoscópica y convencional.

Unidad de Muestreo: Pacientes que fueron intervenidas a histerectomía laparoscópica y convencional.

Marco Muestreal: Conjunto de historias clínicas de pacientes que fueron intervenidas a histerectomía laparoscópica y convencional.

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

1. Se procedió a obtener los permisos pertinentes de ambos hospitales implicados en la investigación: Hospital Privado del Perú (Anexo N°1) y Hospital José Cayetano Heredia (Anexo N°2).
2. Posteriormente, se procedió a solicitar en el área de epidemiología el número de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de histerectomía que brinda el reporte quirúrgico de sala de operaciones.
3. Se realizó la toma de información de las historias clínicas por medio de la ficha de recolección de datos (Anexo N°3), en el área de archivo de historias clínicas de cada hospital previa coordinación con el personal encargado.
4. Se utilizó Microsoft Excel 2016 para la elaboración de tablas estadísticas que permitan la tabulación de los datos obtenidos en las fichas de recolección de datos. Luego se utilizó software estadístico SPSS v.25 para el análisis de los datos, teniendo en cuenta la operacionalización de cada una de las variables y los objetivos de la investigación.
5. Se seleccionaron las conclusiones producto del análisis del estudio de los aspectos encontrados y en correspondencia con los objetivos trazados para lograr la validez de nuestra investigación
6. Se elaboró el Informe final.

Instrumento de aplicación: Ficha de recolección de datos a partir de las historias clínicas de cada paciente. Este instrumento fue elaborado y adecuado teniendo en cuenta las variables de nuestro estudio, además de experiencias y encuestas propuestas por otras investigaciones

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que se obtuvieron de las historias clínicas se ordenaron y corroboraron en una base de datos de Microsoft Excel y luego se trasladaron al software SPSS v25, en donde se elaboraron los análisis estadísticos. Se realizó un análisis con estadística descriptiva donde se estimó la frecuencia y porcentajes de cada una de cada una de las técnicas quirúrgicas en los diferentes grupos etarios y se plasmaron en tablas simples y en gráficos de barras, así mismo como la frecuencia de las patologías sometidas a histerectomía.

Para el análisis de la asociación entre las variables cualitativas se tuvieron que dicotomizar primero para aplicar la prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher y así determinar el valor p.

Se obtuvieron resultados con intervalos de confianza al 95% y valores p. Si el valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Se establecieron las conclusiones producto del análisis encontrado, y en correspondencia con los objetivos trazados, se logró la validez de la investigación.

ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio se tiene en cuenta los aspectos éticos de cada paciente respetando la confidencialidad de los datos de las historias clínicas siendo estos utilizados únicamente para fines de la investigación; así el principio de beneficencia se expresa en la importancia de aportar un mayor conocimiento acerca de la técnica quirúrgica que se emplea para la histerectomía y su relación con las ventajas y complicaciones. Así mismo, se cuenta con el permiso otorgado por el Comité de Bioética en Investigación UPAO mediante RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA N°0275-2020-UPAO.

LIMITACIONES

Como limitación de esta investigación, debemos enfatizar que es transversal, es decir, no permite inferencias de causalidad. Sin embargo, puede mostrar cierta temporalidad, por lo que las conclusiones son relevantes. Si bien las variables analizadas son estadísticamente significativas, el intervalo de confianza es muy amplio debido a la baja frecuencia de eventos.

También se puede resaltar entre las limitaciones la tediosa accesibilidad para encontrar información completa en las historias clínicas respecto a las variables teniendo en cuenta los criterios del estudio antes mencionados.

Además, el estudio solo fue realizado en dos hospitales pertenecientes al distrito de Piura, ya que no existe más población expuesta a la que se le haya intervenido con la técnica de laparoscopia ginecológica debido a que recién se ha implementado en nuestra región hace un par de años. Otra de las limitaciones de la presente investigación es la limitada cantidad de antecedentes bibliográficos tanto a nivel de país como de región.

RESULTADOS

Tabla 1. Relación entre la edad y la técnica quirúrgica

		TECNICA QUIRURGICA			
		CONVENCIONAL		LAPAROSCOPIA	
		N.º	%	N.º	%
Edad (Sig.=0.041*)	De 30 a 39 años	9	15,0%	4	6,7%
	De 40 a 49 años	32	53,3%	24	40,0%
	De 50 a 69 años	19	31,7%	32	53,3%
	Total	60	100,0%	60	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos *: Prueba significativa al 5%

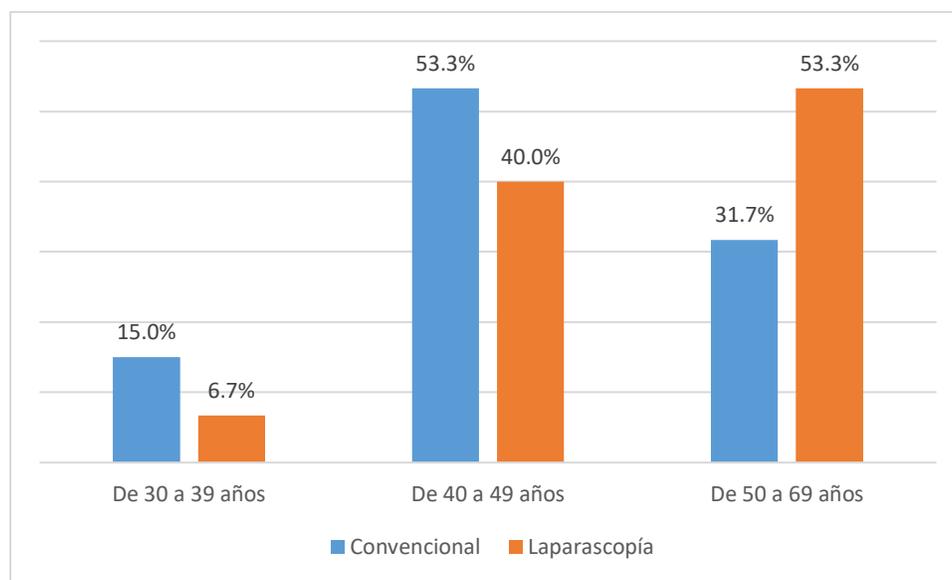


Figura 1. Relación entre la edad y la técnica quirúrgica

De acuerdo a los resultados la histerectomía convencional es más frecuente en el grupo etario de 40 a 49 años, mientras que la Laparoscópica, se presenta más en el grupo de 50 a 69 años. Las diferencias son significativas (Sig.<0.05), de acuerdo

a la prueba estadística, dejando en evidencia que la edad podría ser un factor que influye en el tipo de técnica utilizada; en los de menos de 50 años mayormente se utiliza la técnica convencional, mientras que en los que tienen de 50 años a más, la técnica laparoscópica.

Tabla 2. Relación entre el tipo de diagnóstico y la técnica quirúrgica

Tipo de diagnóstico		TÉCNICA QUIRÚRGICA			
		CONVENCIONAL		LAPAROSCOPIA	
		Nº	%	Nº	%
Miomatosis uterina (Sig.=0.224)	Si	40	66,7%	46	76,7%
	No	20	33,3%	14	23,3%
	Total	60	100,0%	60	100,0%
Prolapso uterino (Sig.=0.007**)	Si	13	21,7%	3	5,0%
	No	47	78,3%	57	95,0%
	Total	60	100,0%	60	100,0%
Hemorragia uterina anormal (Sig.=0.144) †	Si	1	1,7%	6	10,0%
	No	59	98,3%	54	90,0%
	Total	60	100,0%	60	100,0%
Adenomiosis (Sig.=1.000) †	Si	2	3,3%	2	3,3%
	No	58	96,7%	58	96,7%
	Total	60	100,0%	60	100,0%
EPI (Sig.=0.364) †	Si	4	6,7%	1	1,7%
	No	56	93,3%	59	98,3%
	Total	60	100,0%	60	100,0%
Endometriosis (Sig.=0.496) †	Si	0	0,0%	2	3,3%
	No	60	100,0%	58	96,7%
	Total	60	100,0%	60	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

†: Prueba exacta de Fisher.

** : Prueba significativa al 1%

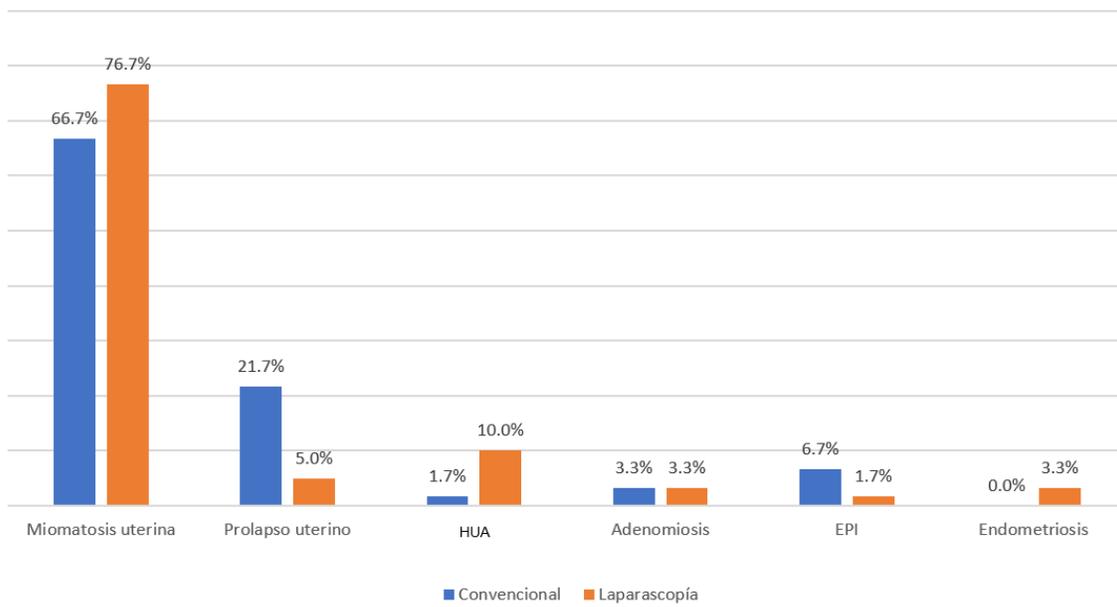


Figura 2. Relación entre el tipo de diagnóstico y la técnica quirúrgica

Los resultados muestran que el diagnóstico más frecuente, fue la miomatosis uterina tanto en los pacientes que fueron sometidos a histerectomía convencional como laparoscópica, según se refleja en el 66.7% y 76.7%, respectivamente. Si bien, este diagnóstico se presenta más en los pacientes a los que se les practicó laparoscopia, sin embargo, la prueba estadística indica que las cifras no difieren significativamente (Sig.>0.05).

Otro de los diagnósticos que se presentó en un grupo importante de pacientes que fueron sometidos a histerectomía convencional fue el prolapso uterino, presente en el 21.7%; esta cifra difiere significativamente (Sig.<0.05) de la correspondiente a los pacientes a los que se les practicó laparoscopia, que solo suman 5%.

Luego se presentaron otros diagnósticos, aunque con mucho menor frecuencia; el sangrado uterino normal se presentó en un solo paciente con histerectomía convencional y en el 10% de pacientes con histerectomía laparoscópica; la adenomatosis en el 3.3% de dichos pacientes, la EPI en el 6.7% y en el 1.7% y la endometriosis solo en el 3.3% que fueron sometidos a laparoscopia; ninguno de estos diagnósticos se relaciona de manera significativa (Sig.>0.05) con el tipo de histerectomía.

En general, se observa que, en pacientes con diagnóstico de prolapso uterino, es más frecuente la histerectomía convencional. Mientras que, en pacientes con miomatosis uterina, hemorragia uterina anormal, adenomiosis, EPI y endometriosis no hay evidencias de que una técnica predomine de manera significativa sobre la otra.

Tabla 3. Relación entre aspectos relacionados a la práctica quirúrgica y la técnica quirúrgica

Aspectos		TECNICA QUIRURGICA			
		CONVENCIONAL		LAPAROSCOPIA	
		Nº	%	Nº	%
Tiempo quirúrgico (Sig.=0.000**)	<= 1 H + 30 min	8	13,3%	46	76,7%
	> 1 H + 30 min	52	86,7%	14	23,3%
	Total	60	100,0%	60	100,0%
Sangrado transoperatorio (Sig.=0.000**)	<= 150 ml	0	0,0%	16	26,7%
	> 150 ml	60	100,0%	44	73,3%
	Total	60	100,0%	60	100,0%
Estancia post-operatorio (Sig.=0.000**)	<= 2 días	3	5,0%	41	68,3%
	> 2 días	57	95,0%	19	31,7%
	Total	60	100,0%	60	100,0%
Condición de alta (Sig.=1.000) †	Satisfactorio	59	98,3%	59	98,3%
	Complicado	1	1,7%	1	1,7%
	Total	60	100,0%	60	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

†: Prueba exacta de Fisher.

** : Prueba significativa al 1%

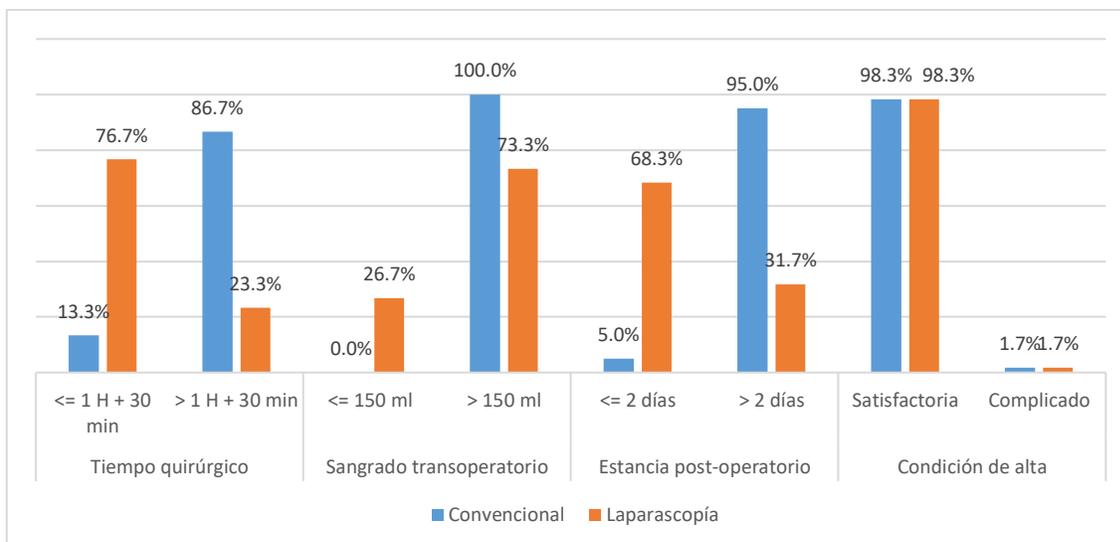


Figura 3. Relación entre aspectos de la práctica quirúrgica y la técnica quirúrgica

Los resultados del estudio indican que el tiempo quirúrgico se relaciona de manera significativa con la técnica quirúrgica; en los pacientes que fueron sometidos a histerectomía convencional predomina un tiempo superior a 1 h + 30 min, mientras que en los que fueron sometidos a laparoscopia, el tiempo quirúrgico que predomina fue inferior a 1 h + 30 min, según se observa en el 86.7% y 76.7% respectivamente.

En cuanto al sangrado transoperatorio, la prueba indica que hay una relación significativa (Sig.<0.05) con la técnica quirúrgica utilizada; este factor solo se presentó en el 26.7% de pacientes sometidos a laparoscopia.

La estancia operatoria también se relaciona de manera significativa (Sig.<0.05) con la técnica quirúrgica; la estancia de la mayoría de pacientes sometidos a histerectomía convencional, mayormente estuvieron más de dos días, mientras que el grupo de pacientes a los que se les realizó histerectomía laparoscópica, estuvieron dos días o menos, según se deduce del 95% y 68.3%, respectivamente.

Ni la condición de alta, ni la complicación intraoperatoria, se relaciona de manera significativa (Sig.>0.05) con la técnica quirúrgica; solo se encontró un paciente que fue sometido a cada técnica con complicaciones, mientras que el resto tuvo una condición de alta satisfactoria; la hemorragia, también estuvo presente en un solo paciente sometido a cada técnica.

De acuerdo a los resultados, los pacientes a los que se les practicó histerectomía convencional, mayormente tuvieron un tiempo quirúrgico de más de 1 H y 30 minutos, sangrado transoperatorio superior a 150 ml y estancia post operatoria de más de 2 días; en cambio, en los pacientes que fueron intervenidos usando la técnica laparoscópica, el tiempo quirúrgico y la estancia post operatoria, fue de menos de 1 H y 30 minutos y de dos días o menos; en el otro aspecto significativo para la técnica quirúrgica, el sangrado transoperatorio, en la mayoría de pacientes, 73.3%, también se usó dicha técnica cuando el sangrado fue superior a 150 ml, sin embargo, también hay una cifra importante, 26.7% de pacientes en los cuáles la técnica se utilizó cuando el sangrado fue igual o inferior a 150 ml.

Tabla 4. Relación entre las complicaciones y la técnica quirúrgica

Complicaciones		TECNICA QUIRURGICA			
		CONVENCIONAL		LAPAROSCOPIA	
		Nº	%	Nº	%
Complicación intraoperatoria (Sig.=1.000) †	Hemorragia	1	1,7%	1	1,7%
	Ninguna	59	98,3%	59	98,3%
	Total	60	100,0%	60	100,0%
Complicaciones post operatorias (Sig.=0.000**)	Si	37	61,7%	7	11,7%
	No	23	38,3%	53	88,3%
	Total	60	100,0%	60	100,0%
Dolor post operatorio (Sig.=0.000**)	Si	25	41,7%	5	8,3%
	No	35	58,3%	55	91,7%
	Total	60	100,0%	60	100,0%
Infección de Herida Quirúrgica (Sig.=0.364) †	Si	4	6,7%	1	1,7%
	No	56	93,3%	59	98,3%
	Total	60	100,0%	60	100,0%

Hematoma de la	Si	4	6,7%	0	0,0%
cúpula vaginal	No	56	93,3%	60	100,0%
(Sig.=0.119) †	Total	60	100,0%	60	100,0%
Retención urinaria	Si	2	3,3%	0	0,0%
aguda (Sig.=0.496) †	No	58	96,7%	60	100,0%
	Total	60	100,0%	60	100,0%
Fiebre (Sig.=1.000**)	Si	2	3,3%	1	1,7%
†	No	58	96,7%	59	98,3%
	Total	60	100,0%	60	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

†: Prueba exacta de Fisher.

** : Prueba significativa al 1%

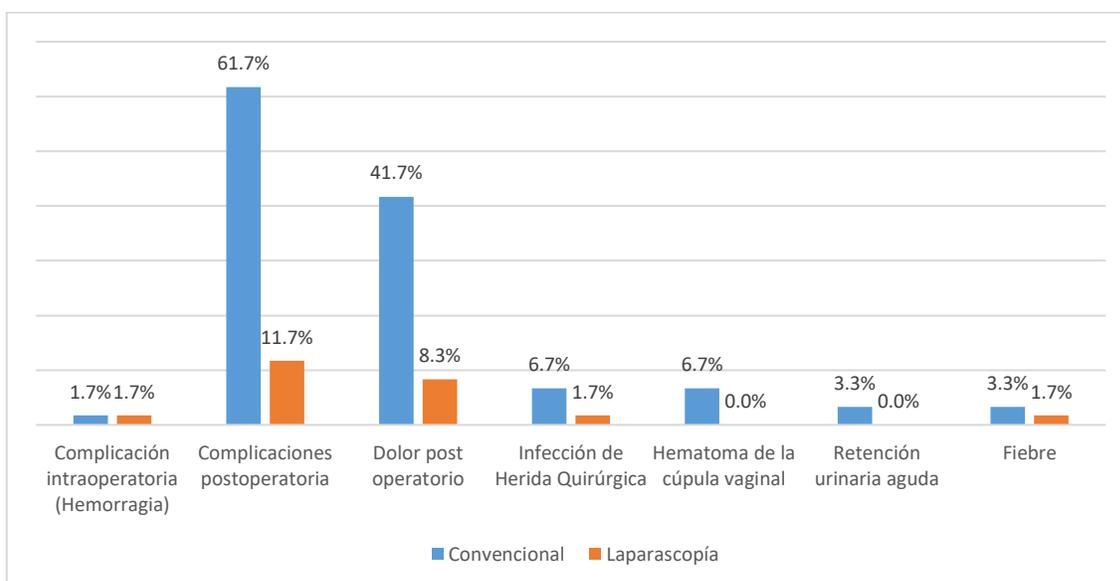


Figura 4. Relación entre las complicaciones y la técnica quirúrgica

De acuerdo a los resultados de la tabla anterior, las complicaciones intraoperatorias no se relacionan de manera significativa (Sig.>0.05) con la técnica quirúrgica; sólo un paciente intervenido con cada técnica tuvo hemorragia. En cuanto a las complicaciones post operatorias, éstas se relacionan de manera significativa (Sig.<0.05) con la técnica operatoria; los pacientes que mayormente presentan complicaciones son los que fueron sometidos a histerectomía convencional, según

se evidencia en el 61.7%, cifra mucho más alta que la correspondiente a los pacientes a los que se les práctico laparoscopia, que suma solo 11.7%.

La complicación más frecuente fue el dolor post operatorio, el que se relaciona de manera significativa (Sig.<0.05) con la técnica quirúrgica. Los pacientes que mayormente presentan dolor post operatorio, son los que fueron sometidos a histerectomía convencional, según se observa en el 41.7%; la cifra correspondiente a los pacientes que fueron sometidos a laparoscopia solo suma 8.3%. Otras complicaciones que se presentaron fueron la infección de herida quirúrgica y hematoma de la cúpula, presentes en el 6.7% de pacientes sometidos a histerectomía convencional; en el grupo que fue sometido a laparoscopia, solo un paciente presentó infección y ninguno hematoma. La retención urinaria aguda solo se presentó en dos pacientes sometidos a histerectomía convencional; mientras que la fiebre se presentó en dos pacientes sometidos a dicha técnica y en uno de los que fueron sometidos a laparoscopia. Ninguno de estas complicaciones se relaciona de manera significativa con la técnica quirúrgica.

En conclusión, los resultados indican que las complicaciones postoperatorias y de manera específica, el dolor postoperatorio, se presenta más en pacientes que fueron sometidos a histerectomía convencional; las otras complicaciones, infección de herida quirúrgica, hematoma de la cúpula vaginal, retención urinaria y fiebre, se presentaron en muy pocos pacientes y en forma similar en pacientes que fueron intervenidos con la técnica mencionada y con la técnica laparoscópica.

DISCUSIÓN

En las últimas décadas, la cirugía laparoscópica se ha vuelto más popular y ha mostrado buenos resultados relacionados con los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva según de una revisión sistemática realizada en Lima - Perú el 2017. En este estudio retrospectivo, demostramos que la duración de la estancia hospitalaria se redujo significativamente, el tiempo quirúrgico fue corto, y la incidencia de complicaciones tuvo un menor índice en contraste con la técnica convencional abdominal.

Se utilizó una totalidad de 120 historias clínicas de pacientes histerectomizadas en el servicio de ginecoobstetricia en dos hospitales de Piura durante el período de enero 2018 a diciembre 2019, obteniendo información a través de una ficha de recolección de datos. Se detalla a continuación lo que se obtuvo en esta investigación.

Se determinó que la edad de presentación de pacientes que fueron intervenidas a histerectomía por patología ginecológica benigna fluctúa entre 30 y 69 años, rango de población que también comparte el estudio realizado en un hospital de México por Marcelo Fidas Noguera-Sánchez y col. (20) cuyo rango de edad fue de 30 a 62 años. Teniendo con más frecuencia en nuestro estudio la presentación de histerectomía convencional en el subgrupo etario de 40 a 49 años y laparoscópico en el subgrupo de 50 a 69 años.

Con respecto a la patología, la miomatosis uterina fue la más frecuente por la cual se realizó la histerectomía ya sea laparoscópica (76.7%) o convencional (66,7%), lo que concuerda con todas las bibliografías previas revisadas como base para este trabajo ya que es la patología que más se presenta en edad fértil independientemente de los factores sociodemográficos.

En nuestro estudio el tiempo quirúrgico por histerectomía laparoscópica demostró ser significativo, siendo menor o igual a 1 hora y 30 minutos (76,7%), mucho menor a los resultados del estudio de Marcelo Fidas Noguera y col. (20) que obtuvieron como promedio 2 horas 40 minutos esto se puede atribuir a que en Oxaca – México no era un procedimiento habitual en el sector salud y que incluso dejó de practicarse mucho tiempo; al retomar esta práctica el periodo de curva de aprendizaje en los

cirujanos se vio reflejada en un mayor tiempo operatorio. En Cuba (13), en otro estudio atribuyeron el mayor tiempo de la histerectomía convencional a la misma razón, y además al tamaño del útero, a la presencia de adherencias pélvicas por cirugías previas y a endometriosis. En nuestra investigación no hubo como variable estudiada la experiencia del cirujano, ni tamaño del útero o presencia de adherencias pélvicas, por lo que no se descarta la posibilidad que el tiempo quirúrgico fue menor en una hora y media debido a que estos factores estuvieron ligados o no al 76.7% de las pacientes a quienes se realizó histerectomía laparoscópica.

En la histerectomía convencional el tiempo quirúrgico del 100% de las pacientes fue mayor a 1 hora y 30 minutos, resultados compatibles con el estudio de Juan Pablo Hollman y col. (4) donde obtuvieron resultados de aproximadamente 2 horas como promedio.

En relación al sangrado transoperatorio por laparoscopia fue menor al encontrado en la técnica convencional siendo significativa en la prueba estadística debido a su menor invasividad y menor tiempo quirúrgico, lo cual se abala en una revisión sistemática realizada en Lima en el año 2017 donde concluyen que el 100% de evidencias revisadas, la laparoscopia tuvo un menor sangrado intraoperatorio que la metodología convencional (19) esto es debido a los diversos avances tecnológicos para garantizar la hemostasia transoperatoria como el uso de ligaduras, grapadoras, coagulación bipolar y uso de bisturí armónico; lo que hacen que la pérdida de sangre sea menor en la histerectomía laparoscópica en comparación con la histerectomía convencional.

En nuestro estudio se consideró el número de días de hospitalización desde la fecha de la cirugía hasta los días posteriores a esta; teniendo que el 68,3% de las pacientes fueron hospitalizadas menos de 48 horas, similar a los datos de estudios previos, donde las pacientes que se intervinieron a histerectomía laparoscópica fueron hospitalizadas por un máximo de 38 horas (20). En nuestra investigación el tiempo de estancia intrahospitalaria por la técnica convencional fue mayor a 48 horas en el 95% de las pacientes intervenidas por esta metodología. Así pues, se pone en claro los resultados de una diferencia significativa entre ambas técnicas,

teniendo como punto de corte 2 días de estancia hospitalaria para nuestro estudio, cifras parecidas a lo encontrado por Llanes A. y col. (22) donde la histerectomía abdominal tuvo un promedio de 3 días a comparación del 1.5 días en la histerectomía laparoscópica.

Para las pacientes que no tienen complicaciones perioperatorias que no requieren observación ni atención de hospitalización, el alta hospitalaria menor de 48 horas después de la histerectomía laparoscópica, parece ser una opción segura.

La condición de alta no tuvo diferencias significativas entre ambos métodos quirúrgicos. En ninguno de los casos hubo conversión de técnica.

La condición de alta pudo variar de haber tenido mayor cantidad de pacientes en este estudio, como ocurrió en México (4) donde hubo una paciente fallecida a causa de una tromboembolia pulmonar, siendo el 0.2% del 438 de pacientes, que fue de casi cuatro veces más que nuestra población.

Las complicaciones intraoperatorias en esta investigación no se relacionaron de manera significativa con el tipo de técnica y solo se presentó como un solo caso de hemorragia intraoperatoria siendo el 1.7% para ambos tipos de técnica quirúrgica.

En cuanto a las complicaciones post operatorias, éstas se relacionaron de manera significativa con la técnica operatoria; las pacientes que mayormente presentaron complicaciones fueron las intervenidas a histerectomía convencional, según se evidenció en el 61.7%, cifra mucho más alta que la correspondiente a los pacientes a los que se les practicó laparoscopia, que fue solo de 11.7%, la gran diferencia entre ambos valores también se vió reflejada en la investigación de Gabriel Barbosa R. y col. (7) donde se observó como frecuencia de eventos, que las complicaciones por abordaje convencional tuvieron un porcentaje de 17,5%; en cambio con la histerectomía laparoscópica solo se aportó un 2,8% de complicaciones. En este estudio colombiano no se incluyó el dolor posoperatorio como complicación postquirúrgica a diferencia de nuestro estudio que sí, reflejando un aumento de complicaciones posoperatorias de hasta el triple del porcentaje para histerectomía convencional y de hasta cuatro veces para histerectomía laparoscópica.

Cabe resaltar que el dolor postoperatorio estuvo presente en el 41,7% de las pacientes de histerectomía convencional a diferencia del 8,3% de presentación en

la laparoscopia, lo cual ha demostrado los mismos resultados encontrados en otras bibliografías (13,19,22) evidenciando que la histerectomía laparoscópica debido a las incisiones abdominales pequeñas genera menor dolor posoperatorio. Esto se debe a que se encontraron niveles bajos de IL-6 y proteína C reactiva en pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica el segundo día después de la cirugía, lo que indica que el grupo de cirugía laparoscópica tiene una menor respuesta al estrés producto de la cirugía mínimamente invasiva (13).

Las complicaciones de la cirugía ginecológica son el resultado de fenómenos complejos, que se ven afectados por muchos factores, como las características de la paciente y la operación en sí. Es algo difícil definir una asociación definitiva porque aunque se incluyeron variables importantes, otras como el estado de nutrición, comorbilidades metabólicas o cardiorespiratorias y la experiencia del cirujano como variables, también pueden comprometer la aparición de complicaciones.

En nuestro estudio no se tuvo como variable la experiencia del cirujano como ventaja de la laparoscopia, pero es importante mencionarla, ya que las ventajas inherentes a la competencia en la laparoscopia son obviamente superiores a la técnica convencional, y la capacitación de recursos humanos se han convertido en un soporte para continuar tales operaciones, lo que a futuro significará mejorar la calidad de la atención y de vida para las pacientes.

La información recopilada es lo más confiable posible, pero al ser un estudio retrospectivo, pueden existir sesgos por llenado incorrecto de la historia clínica.

Finalmente, este resultado solo es aplicable en los hospitales donde se realizó la investigación, aunque cabe señalar que las características sociodemográficas de estas instituciones pueden ser similares a otras poblaciones del Perú, por lo que debemos ser cautos en la extrapolación. Este estudio es un punto de inicio para próximas investigaciones prospectivas, que permitan identificar más ventajas de las encontradas en este mismo y factores relacionados con la presentación de complicaciones, tanto en la histerectomía por laparoscopia como en el abordaje convencional. Además de ejecutar estudios de intervención para determinar la

mejor estrategia y evitar estas complicaciones, generando un impacto importante de prevención en estas, en nuestra sociedad.

CONCLUSIONES

- La histerectomía convencional fue más frecuente en más del 50% de las mujeres entre 40 a 49 años, mientras que la laparoscópica, se presentó también en más de la mitad del grupo de mujeres entre 50 a 69 años. Siendo la edad un factor que influye en el tipo de técnica utilizada.
- En esta tesis la patología más frecuentemente encontrada en ambos métodos, fue la miomatosis uterina.
- La histerectomía convencional consume más tiempo operatorio que la histerectomía laparoscópica, además de esta última aventajar la reducción de pérdidas sanguíneas intraoperatorias, y estadía hospitalaria menor a dos días, lo cual significaría mejor calidad de vida a corto plazo.
- En esta tesis los resultados arrojaron que las complicaciones postoperatorias se presentaron en 6 de cada 10 pacientes intervenidos por técnica convencional indicando de manera global que las complicaciones postoperatorias si se relacionan con la técnica quirúrgica utilizada.

RECOMENDACIONES

- Establecer un grupo justo, es decir, como en este caso que el número de pacientes en cada grupo de histerectomía sea igual, para que al hacer comparaciones, los resultados sean estadísticamente significativos.
- Se recomienda tener cautela en la extrapolación, teniendo en cuenta las características sociodemográficas que maneja la población de las instituciones.

- Estudiar otros tipos de variables, como el costo-beneficio de ambas técnicas quirúrgicas, reintegración a las actividades diarias del paciente, experiencia del cirujano y comorbilidades asociadas a complicaciones.
- Trabajar con los servicios de ginecología y anestesiología para desarrollar protocolos de manejo del dolor posoperatorio para mejorar la atención y reducir el dolor postquirúrgico, especialmente cuando se utilizan técnicas convencionales.
- Es necesario continuar la investigación sobre este tema, diseñar estrategias de contingencia que puedan disminuir los riesgos a los que se enfrentan las pacientes durante este tipo de procedimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortega R, Carmona P. Definición sobre Histerectomía. [Citado el 25 de setiembre 2018]; pp. 1-19. Disponible desde: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002915.htm>
2. Barrionuevo Vaca Olga, Mena Castañeda Julia LE estudio comparativo entre las diferentes técnicas de histerectomía convencional (vaginal, vaginal asistida por laparoscopia y abdominal) versus histerectomía robótica con enfoque en pérdida sanguínea transquirúrgica, dolor post operatorio y estancia hospitalaria en pacientes con patología uterina benigna sometidas a cirugía en el servicio de Ginecología del hospital Carlos Andrade Marín. Tesis enero a diciembre del 2015.
3. Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BWJ, Kluivers KB. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015
4. Hollman-Montiel J, et al. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. Investigación Materno Infantil. 2014; 6(1):25-30
5. Lee JE, Kim KG, Lee DO, Seo SS, Kang S, Park S-Y, et al. Ligation of uterine vessels in total laparoscopic hysterectomy using Hem-o-lok clips. Taiwan J Obstet Gynecol. febrero de 2015;54(1):8-12.
6. Clarke-Pearson D, et al Complications of Hysterectomy. Obstet Gynecol. 2013.121:654-73
7. Barbosa G, et al. 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)
8. Carpio L, Garnique MA. and Richardson's techniques. :8.
9. Ramírez J, et al. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2013-2015. Rev. Peru. Ginecol. Obstet 2017. Vol 63(1)
10. Stewart Elizabeth A. MD., FACOG. Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and natural history of uterine leiomyomas (fibroids). Mar 2016
11. Silva C de MC e, Vargens OM da C. Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery. Rev Lat Am

- Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 26 de septiembre de 2018];24(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100403&lng=en&tlng=en
12. Vaginal hysterectomy vs. laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in women with symptomatic uterine leiomyomas: a retrospective study [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520370/>
 13. Aragón Felipe, Expósito Moisés, Fleitas Orlando, Morgado Andrés, Mirabal Cristina, Aragón Cristina. Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva Revista Cubana de Cirugía 2011: 50 (1): 82-95.
 14. Schernequet J. Histerectomía abdominal. [Citado el 26 de setiembre 2018]. Disponible desde: [http://www.news-medical.net/health/Hysterectomy-Types-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Hysterectomy-Types-(Spanish).aspx)
 15. Histerectomía vaginal - Mayo Clinic [Internet]. [citado 28 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/vaginal-hysterectomy/about/pac-20384541>
 16. Lopez P. Incidencia de Complicaciones posteriores a Histerectomía abdominal vs Histerectomía vaginal en el hospital San Francisco de Quito de Enero 2014 a Diciembre 2015.
 17. S. Săceanu^{1,2}, V. Cela^{1 *}, V. Surlin², C.M. Angelescu², S. Patrascu², I. Georgescu², A. Genazzani¹. La histerectomía por patología uterina benigna: Comparación entre Robótica Asistida Laparoscopia, Classic laparoscopia y laparotomía. El Hospital de Santa Chiara, Pisa, Italia. Universidad de Medicina y Farmacia de Craiova, Rumania. 2016
 18. Díaz C, López J. Histerectomía Laparoscópico. [Citado el 28 de setiembre 2018]. Disponible desde: <http://womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/hysterectomy.pdf>
 19. Lachos Ospina, Johanna Paola, Zavaleta Álvarez, Vanessa. Eficacia de la histerectomía laparoscópica comparado con la histerectomía convencional para la disminución de las complicaciones y estancia hospitalaria en

- pacientes post operados. Tesis Universidad Privada Norbert Wiener Facultad de Ciencias de la Salud. 2017. Lima- Perú.
20. Noguera M. et al. La histerectomía laparoscópica como procedimiento de primera línea en el tratamiento de mujeres con patología benigna del útero. *Ginecol Obstet Mex.* 2013; 81: 448-453
 21. Sardiñas R et al. Histerectomía laparoscópica, experiencia de 12 años. *Rev. Cubana Cir.* 2015 Vol 53
 22. Llanes A, Treviño A, Cruz M, Cervantes M. Histerectomía laparoscópica total versus histerectomía convencional en pacientes trabajadoras de petróleos mexicanos. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad.* [Serie en internet]. México 2014; 4(3); 285-305 [aprox. 21 p.]. Disponible desde: http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/4_3/02.pdf
 23. Mitri M, Fanning J, Davies M, et al. Minimally Invasive Hysterectomy at a University Teaching Hospital. 2014 Volume 18 Issue 3 e2014.00231.
 24. Proaño N, Gabriela M. Análisis comparativo entre los procedimientos de histerectomía abdominal, vaginal, y mínimamente invasiva en el Hospital Carlos Andrade Marín durante el periodo comprendido entre enero 2013 a diciembre del 2015. Pontif Univ Católica Ecuad. 2016 [citado 28 de septiembre de 2018]
 25. Arratea R, Carolina D. Eficacia de la laparatomía comparado con la cirugía laparoscópica para la disminución de la estancia hospitalaria en personas adultas con cáncer de endometrio. Univ Priv Norbert Wien. 8 de julio de 2018 [citado 28 de septiembre de 2018]
 26. Tanco ED, Espino CG. Perfil Sociodemográfico del Perú, Censos Nacionales: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Lima - Perú. Octubre de 2017;644.

ANEXOS

ANEXO N° 01: Carta de Solicitud al director del Hospital Privado del Perú para Autorización del estudio.

“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION E IMPUNIDAD”

DR. JULIO TIMANÁ RODRIGUEZ
Director del Hospital Privado del Perú

Solicitud: Permiso para realizar Proyecto de Tesis.

Yo, Claudia Ana María Ortega Moscol, estudiante de pregrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego–UPAO campus Piura, solicita permiso para poder realizar el Proyecto de Investigación “HISTERECTOMÍA CONVENCIONAL y LAPAROSCÓPICA BENEFICIOS Y COMPLICACIONES EN HOSPITALES DE PIURA 2018 - 2019”

Comprometiéndome en todo momento a trabajar con responsabilidad y seriedad.

Espero considere mi solicitud, me despido.

Atentamente

Claudia Ana María Ortega Moscol

DNI: 75856736

ANEXO Nº 02: Carta de Solicitud al director del Hospital III José Cayetano Heredia Piura para Autorización del estudio.

“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION E IMPUNIDAD”
DR. JOSÉ CÉSPEDES MEDRANO.
Gerente Red Asistencial ESSALUD.
Hospital III José Cayetano Heredia Piura

Solicitud: Permiso para realizar Proyecto de Tesis.

Yo, Claudia Ana María Ortega Moscol, estudiante de pregrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego–UPAO campus Piura, solicita permiso para poder realizar el Proyecto de Investigación “HISTERECTOMÍA CONVENCIONAL y LAPAROSCÓPICA BENEFICIOS Y COMPLICACIONES EN HOSPITALES DE PIURA 2018 – 2019”

Comprometiéndome en todo momento a trabajar con responsabilidad y seriedad.

Espero considere mi solicitud, me despido.

Atentamente

Claudia Ana Maria Ortega Moscol
DNI: 75856736

ANEXO N° 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD ANTENOR ORREGO – UPAO – PIURA.

ESCUELA DE MEDICINA

Trabajo de investigación: ‘‘HISTERECTOMÍA CONVENCIONAL y LAPAROSCÓPICA BENEFICIOS Y COMPLICACIONES EN HOSPITALES DE PIURA 2018 - 2019’’

SE REALIZO CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA _____

SE REALIZO CIRUGÍA CONVENCIONAL _____

I. DIAGNOSTICOS BENIGNOS, MAS FRECUENTES DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS	SI	NO
MIOMATOSIS UTERINA		
ENDOMETRIOSIS		
ADENOMIOSIS		
EPI		
HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL		
PROLAPSO		
II. EDAD		
18 a 29 años		
30 a 39 años		
40 a 49 años		
50 a 69 años		
III. VENTAJAS DE LA HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA Y CONVENCIONAL		
TIEMPO QUIRURGICO		
>1 H + 30		
<=1 H + 30		

SANGRADO TRANS OPERATORIO		
>A 150ML		
<=A 150ML		
ESTANCIA POST OPERATORIA		
>DE 2 DIAS		
<=DE 2 DIAS		
CONDICIONES DE ALTA		
SATISFACTORIO		
COMPLICADO		
FALLECIDO		
IV. COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA		
INTRAOPERATORIAS		
LESION URETRAL		
LESION VESICAL		
LESION INTESTINAL		
HEMORRAGIA		
NINGUNO		
POST OPERATORIAS		
RETENCION URINARIA AGUDA		
HEMATOMA DE PARED ABDOMINAL		
HEMATOMA DE CÚPULA VAGINAL		
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA		
ABSCESO DE CÚPULA VAGINAL		
DOLOR POST OPERATORIO		
FIEBRE		
NINGUNO		