

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**Características clínicas y sociodemográficas de pacientes histerectomizadas
del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga
Asenjo, Chiclayo- 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

Gonzalo Jesus Gamboa Diaz

ASESOR

Manuel Andres Seminario Pintado

<https://orcid.org/0009-0006-7018-1793>

Chiclayo, 2024

**Características clínicas y sociodemográficas de pacientes
histerectomizadas del servicio de Ginecología del Hospital
Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo- 2019**

PRESENTADA POR

Gonzalo Jesus Gamboa Diaz

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR

Jose Mercedes Caicedo Nieto

PRESIDENTE

Percy Dante Ordemar Vasquez

SECRETARIO

Manuel Andres Seminario Pintado

VOCAL

Características clínicas y sociodemográficas de pacientes histerectomizadas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo- 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%	8%	1%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	cmhnaaa.org.pe Fuente de Internet	1%
3	www.index-f.com Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
5	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1%
6	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.uchile.cl Fuente de Internet	<1%
8	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	<1%

Índice

Resumen	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Revisión de literatura.....	8
Materiales y métodos.....	11
Resultados y discusión.....	14
Conclusiones.....	21
Recomendaciones	21
Referencias	22
Anexos	24

RESUMEN

Introducción: Siendo el útero crucial en la identidad social de la mujer, ya que su significado simbólico se refleja en la conexión sociocultural con la feminidad, el ciclo menstrual y la maternidad, y con el interés de tener un conocimiento previo de la mujer que ha sido candidata a histerectomía, la cual conlleva en su realización múltiples connotaciones tanto orgánicas como psicológicas que impactan en su vida cotidiana posterior a la cirugía. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y sociodemográficas de pacientes histerectomizadas del servicio de Ginecología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2019. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, censal, empleándose estadística descriptiva, tomándose como población a pacientes histerectomizadas. **Resultados:** El mayor porcentaje de pacientes fueron amas de casa, multíparas, con educación secundaria, procedentes de la región Lambayeque, con edad mediana de 48 años, con motivo de consulta de sangrado uterino anormal y con indicación quirúrgica de Miomatosis Uterina seguido de neoplasias ginecológicas. Dentro de los más frecuentes antecedentes: la cesárea fue en lo quirúrgico; otras neoplasias en los familiares y la ausencia de antecedentes en los personales patológicos y no patológicos. La histerectomía más frecuente realizada es la total, seguido por la radical, siendo el abordaje abdominal el más usado, y la salpinguectomía y ooforectomía uni/bilateral la intervención concomitante más realizada. No se encontraron complicaciones inmediatas, mediatas o tardías.

Palabras clave: Histerectomía, Histerectomía abdominal total, Sangrado uterino anormal (fuente DECS-Bireme)

ABSTRACT

Introduction: The uterus being crucial in the social identity of women, since its symbolic meaning is reflected in the sociocultural connection with femininity, the menstrual cycle and motherhood, and with the interest of having prior knowledge of the woman who has been a candidate. to hysterectomy, which carries with it multiple connotations, both organic and psychological, that impact daily life after surgery. **Objectives:** Determine the clinical and sociodemographic characteristics of hysterectomized patients from the Gynecology service of the Almanzor Aguinaga Asenjo Hospital during the year 2019. **Materials and methods:** An observational, descriptive, retrospective, census study was carried out, using descriptive statistics, taking hysterectomized patients as the population. **Results:** The highest percentage of patients were housewives, multiparous, with secondary education, from the Lambayeque region, with a median age of 48 years, with a reason for consultation of abnormal uterine bleeding and with surgical indication for Uterine Myomatosis followed by gynecological neoplasms. Among the most frequent antecedents: the cesarean section was surgical; other neoplasms in family members and the absence of pathological and non-pathological personal history. The most frequent hysterectomy performed is the total one, followed by the radical one, with the abdominal approach being the most used, and salpingectomy and uni/bilateral oophorectomy the most frequently performed concomitant intervention. No immediate, mediate or late complications were found.

Keywords: hysterectomy, Total abdominal hysterectomy, Abnormal uterine bleeding.

(Source: MeSH)

I. Introducción

I.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Como toda intervención quirúrgica, la histerectomía conlleva tanto beneficios como también riesgos que se deben correr por su realización. Como es lógico, toda cirugía programada electivamente, aunque también cuando esta sea una indicación de emergencia, requiere de la evaluación de los datos que obtenemos de la historia clínica como son: los datos de filiación, antecedentes: personales patológicos y no patológicos, sociales y demográficos, familiares, y de cirugías previas, así como también la sintomatología clínica y los signos encontrados durante el examen físico, para que con ellos se realice un diagnóstico presuntivo que apoyado con los exámenes auxiliares nos permitan tener una evaluación integral y holística del caso clínico, permitiéndonos conocer el tipo de patología que tiene, el grado de compromiso loco-regional y/o sistémico, la gravedad de la patología diagnosticada, para que de esta forma el cirujano pueda proyectar el tipo de cirugía a realizar, el abordaje a aplicar y así prevenir las complicaciones médicas y quirúrgicas inmediatas, mediatas y tardías que pueda conllevar este acto operatorio.

Es por ello, que el conocimiento de las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes histerectomizadas ayuda a tener un conocimiento previo de la mujer candidata a este tipo de cirugía que conlleva en su realización múltiples connotaciones tanto orgánicas como psicológicas y que impactan en la vida cotidiana posterior a la cirugía, lo que en algunos casos no les permite desarrollarse adecuadamente en la familia y en la sociedad que los rodea, dificultándole desenvolverse con confianza.

Actualmente, a nivel nacional y local, la información acerca de las características clínicas y sociodemográficas de pacientes histerectomizadas es ínfima, pese a ser una cirugía ginecológica muy común en los hospitales. Entonces, al ser una técnica quirúrgica muy frecuente en los hospitales, y por su gran diversidad de patologías en las que se puede aplicar como medio terapéutico, surgió la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características clínicas y sociodemográficas de pacientes histerectomizadas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo-2019?

I.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Determinar las características clínicas y sociodemográficas de pacientes Histerectomizadas del Servicio de Ginecología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y describir las características clínicas de pacientes histerectomizadas del Servicio de Ginecología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2019.
- Identificar y describir las características sociodemográficas de pacientes histerectomizadas del Servicio de Ginecología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2019.

II. Revisión de literatura

La histerectomía (deriva del latín griego “hystera” que representa Útero y “ektomia” que significa extraer mediante corte) es la extirpación quirúrgica del útero, y tiene como efectos inmediatos la interrupción de la menstruación y la incapacidad de poder obtener hijos(as). Puede asimismo ir unido a una anexectomía: extracción de las trompas de falopio y de los ovarios, produciendo asimismo menopausia artificial o quirúrgica. (1)

En la actualidad, se tasa la realización de 600 000 histerectomías cada año en Estados Unidos, refiriendo asimismo una tasa de mortalidad de 0,4% a 0,6 %, la mayoría de ellas, hechas por vía abdominal.(1) En España, la tasa es de 105 por cada 100 000 mujeres; en Taiwán, 156 por cada 100 000 mujeres, siendo en todos estos países, la histerectomía abdominal total, el tipo más usado a diferencia de otros como Noruega, Inglaterra y Suecia, donde no ocurre lo mismo. Distintas investigaciones describen que, al llegar a los 65 años, aproximadamente la tercera parte de mujeres ya han sido histerectomizadas, y más de las tres cuartas partes se la practicaron entre los 30 a 54 años aproximadamente. (1,2)

Se pueden describir diversos tipos de histerectomías como la histerectomía subtotal, que es la extirpación quirúrgica del cuerpo uterino, sin tocar al cérvix. Esta es el tipo de histerectomía más segura y más sencilla de realizar. Tiene distintas ventajas, entre las que destacan, menor disfunción vesicouretral; no toca los ligamentos uterosacros y cardinales y por ello, conserva al suelo pélvico intacto; requiere de un menor tiempo quirúrgico; menos probabilidad y riesgos intraoperatorios de hemorragias, infecciones y daño de estructuras cercanas al útero; impide el

acortamiento de la vagina; disminuye el daño de las estructuras que brindan soporte al suelo pélvico, y por ello, disminuye el riesgo de prolapsos de las trompas de falopio por la vagina; disminuye el tiempo de hospitalización y por ello, brinda una recuperación más rápida. Asimismo, tiene desventajas, las cuales son un alto riesgo de desarrollar cáncer del muñón de cérvix que quedaba, elevada dificultad para el tratamiento quirúrgico o radioterápico si se desarrollase dicho cáncer de cérvix; sangrados postoperatorios tipo cíclicos, entre otras más.(2,3)

La histerectomía total es la extirpación quirúrgica del cuerpo uterino y del cérvix. Esta tiene varias ventajas, siendo la que más destaca, la reducción del riesgo de desarrollar cáncer de cérvix (ya que se extrae el órgano ginecológico que ocasiona la mayor cantidad de cánceres en dicho campo); y entre las desventajas, destacan un mayor dolor postoperatorio, generación de adherencias, mayor riesgo de infecciones de la cúpula vaginal, y mayor riesgo de lesionar los nervios pélvicos y las estructuras que brindan soporte al suelo pélvico.(3)

La histerectomía radical viene a ser la extracción quirúrgica del útero (cuerpo uterino y cérvix) y de los tejidos circundantes (parametrio, incluso el tercio superior de la vagina). Asimismo, durante la misma cirugía, se extraen los Ganglios linfáticos pélvicos y/o aórticos, junto con una omentectomía parcial y distintas biopsias del peritoneo (cuando se realiza un estadiaje de cáncer ginecológico).(2,3)

Existen abordajes quirúrgicos de la histerectomía, los cuáles son el abordaje abdominal, vaginal y mínimamente invasivo. El abordaje abdominal que es aquella intervención quirúrgica, a través de la cual, se extrae el útero a través de un corte abdominal. Se realiza una incisión en la piel de la parte inferior del abdomen, para poder llegar al útero. Este corte puede ser vertical u horizontal. Permite ver, de una manera más clara, el útero y los órganos abdomino-pélvicos cercanos durante la cirugía. Puede necesitar un mayor tiempo para la cicatrización, en comparación con los otros 2 abordajes, y usualmente requiere de una larga hospitalización. El otro abordaje es el vaginal, la cual es aquella intervención quirúrgica, a través de la cual, se extrae el útero a través de la vía vaginal. Una de sus ventajas, es que no causará una incisión a nivel abdominal; así mismo, permite que el tiempo de cicatrización sea menor (en comparación con el abordaje abdominal); generará menos dolor postoperatorio, y menor cantidad de complicaciones (en comparación con los otros 2 abordajes), es por ello que es una forma segura de extirpar el útero. Asimismo, el tiempo de hospitalización se reduce, y por ello el tiempo para reanudar las labores cotidianas es mucho menor (en comparación con el abordaje abdominal).(4,5)

El último abordaje es el mínimamente invasivo, que consiste en aquella intervención quirúrgica que, al menos una parte, se hace por laparoscopia. Se necesita de una mayor experticia quirúrgica y un entrenamiento más continuo, por parte del ginecólogo, para poder realizarla de la mejor manera.(4) Es un nuevo abordaje que se ha ido aceptando progresivamente, debido a sus múltiples beneficios: Mínima pérdida de sangre perioperatoria; ofrecimiento de la posibilidad de poder tratar enfermedades pélvicas concomitantes y problemas anexiales; mínima invasión; mínimo dolor postoperatorio; menor tiempo de hospitalización y rápida reanudación para las actividades cotidianas.(5) En este abordaje hay 3 subcategorías descritas: la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL): Consiste en seccionar, mediante vía laparoscópica, los ligamentos redondos, útero-ováricos, útero-sacos, sin tocar los vasos uterinos. El resto de la cirugía se termina a través de la vía vaginal, ligando los vasos uterinos, aperturando la cúpula vaginal, extrayendo el útero y finalmente cerrando la cúpula vaginal. Por otro lado, se tiene a la histerectomía laparoscópica (HL): En esta se cortan, mediante vía laparoscópica, los ligamentos uterinos (redondos, útero-ováricos y útero-sacos) y asimismo se ligan los vasos uterinos por dicha vía. El resto de la cirugía se termina a través de la vía vaginal. Finalmente, la histerectomía totalmente laparoscópica (HTL): En esta, toda la cirugía es hecha mediante laparoscopia, de inicio a fin.(2-5)

Entre las indicaciones que determinan la histerectomía, a nivel global, se refiere que la indicación más frecuente de histerectomía abdominal es miomatosis uterina, seguido de prolapso uterino y alteraciones menstruales; no obstante, hay otro grupo de patologías que también vienen a ser causas de dicha cirugía, como, por ejemplo: Endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, patología anexial, entre otras más.

Entre las complicaciones de la histerectomía, estas se pueden dividir en 2 grupos: Transoperatorias y postoperatorias.(4)

Entre las transoperatorias, destacan la hemorragia perioperatoria (debida a una mala ligadura de un vaso sanguíneo); una mala ligadura a nivel del manguito vaginal; desprendimiento del tejido ligado o de una ligadura anteriormente colocada.(5)

Entre las postoperatorias, estas son infrecuentes y se pueden subdividir en: Comunes y menos comunes. Estas se pueden dividir aún más en serias y no tan serias. Entre las complicaciones postoperatorias menos comunes serias, destacan la embolia pulmonar; la formación de abscesos; la lesión del tracto urinario o intestinal; la formación de fístulas; y la evisceración. Entre las menos comunes, no tan serias, destacan las infecciones del tracto urinario (ITU); ligero sangrado vaginal; y ligero dolor postoperatorio. Entre las comunes y serias, destacan prolapso de vejiga, vagina y recto; obstrucciones intestinales por adherencias;

debilidad muscular en la zona pélvica y también el acortamiento de la vagina, que puede ocasionar dispareunia.(3,4)

A pesar de todas las complicaciones mencionadas, este procedimiento sigue siendo seguro, con una baja tasa de mortalidad (0,12 a 0,34) por cada 1000 procedimientos.

Según el tipo de abordaje quirúrgico, también van a existir complicaciones, por ejemplo, en la histerectomía abdominal, estas pueden ser intraoperatorias (shock hipovolémico, lesión vesical, lesión intestinal y lesión uretral) y postoperatorias (infecciones de la herida quirúrgica, edema de pulmón, íleo-metabólico, embolia pulmonar, entre otras más). Por ello, estas se pueden clasificar en infecciosas, hemorragias, tromboembolias de origen venoso, lesiones del tracto genitourinario, gastrointestinal, neurológico, entre otras más, siendo las Infecciosas, las complicaciones más frecuentes.(2,5)

Por otro lado, en la histerectomía vaginal hay muy pocas complicaciones. Las más comunes son la hemorragia y/o la lesión visceral perioperatoria (sin embargo, en la actualidad, son muy inusuales). También se pueden ver hematomas pélvicos, los cuales son actualmente muy infrecuentes, debido a que se está usando una mejor técnica quirúrgica. Muchas lesiones pueden pasar desapercibidas durante la operación (ya sea con el uso de cualquier tipo y abordaje de cirugía), por ello se requiere un buen control postquirúrgico. La infección de la pelvis era una complicación frecuente, sin embargo, actualmente ha disminuido su incidencia, debido al uso de profilaxis antibiótica. (2,3)

Finalmente, en la histerectomía mínimamente invasiva, las complicaciones son similares a las que se presentan con los abordajes abdominal y vaginal. Solamente se añaden las pocas complicaciones que se pueden presentar por usar trocares, como, por ejemplo: perforación de alguna víscera e infecciones. (4)

III. Materiales y métodos

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se diseñó una investigación observacional porque no se manipularon las variables; descriptiva, porque no se buscó identificar asociaciones *a priori*; y transversal, porque se realizó una sola medida en el tiempo; y retrospectiva, porque la información fue generada antes de la ejecución del proyecto.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Se visualizan en el Anexo N°1

3.3 POBLACIÓN, CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN, TAMAÑO DE LA MUESTRA Y MUESTREO

3.3.1 POBLACIÓN

La población diana estuvo constituida por pacientes hysterectomizadas del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo atendidas durante el año 2019. La población accesible estuvo compuesta por pacientes hysterectomizadas del servicio de Ginecología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo atendidas durante el año 2019; y la población elegible, por la población accesible que cumplió con los criterios de inclusión, exclusión, o eliminación.

3.3.2 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad, tener una historia clínica virtual y que se le haya practicado una hysterectomía gineco-oncológica; el criterio de exclusión, aquella paciente que se le haya practicado una hysterectomía obstétrica; y el criterio de eliminación, tener una historia clínica virtual incompleta (que falte información respecto de una o más dimensiones estudiadas).

3.3.3 TIPO DE MUESTREO

La población elegible fue 193 historias clínicas virtuales, basado en reportes de hysterectomizadas de la misma unidad del hospital en años anteriores. Se empleó un muestreo tipo censal, pues la muestra estuvo compuesta por todos los elementos de la población.

3.3.4 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Luego de que el proyecto fue aprobado por el Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo y por el Comité de Ética del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, se solicitó autorización de acceso a las historias clínicas virtuales al Departamento de Ginecología y Obstetricia del mencionado hospital de las pacientes hysterectomizadas que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación (sección 5.3.1 población) durante el año 2019. Posteriormente, se recolectó la información sobre las variables que figura en la ficha de recolección de datos (anexo 02), la cual fue validada

por expertos en Ginecología y Obstetricia, hasta que se completó el tamaño de la población. La información fue trasladada a Excel versión 2016 de Microsoft®, para su posterior análisis.

3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis univariado, para determinar las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes mencionadas, las variables cualitativas fueron descritas empleando frecuencias absolutas y relativas (%). Los valores fueron presentados en tablas para describir algunas variables cualitativas respecto de otras.

Las variables cuantitativas se resumieron empleando medidas de tendencia central como el promedio y la mediana, o de dispersión como la desviación estándar o el rango intercuartílico. Se usó el promedio y la desviación estándar en caso no se hubiese rechazado que los datos presenten una distribución normal, según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,05$); caso contrario, se describió la variable empleando la mediana y su correspondiente rango intercuartílico. La información fue analizada con las herramientas estadísticas del software libre R versión 4.0.3.

IV. Resultados y discusión

IV. RESULTADOS

Se buscó describir las características clínicas y sociodemográficas de pacientes Histerectomizadas del Servicio de Ginecología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2019.

Respecto de las características sociodemográficas, se encontró que, la edad no tenía distribución normal ($p < 0,01$ para **Kolmogorov-Smirnov** para una muestra), por lo que se empleó la mediana, que fue de 48 años (RIC: 43 – 57 años). La mayoría de pacientes procedieron de la región Lambayeque, su ocupación principal era ser ama de casa (52,0%) y tenían secundaria completa (39,4 %) (ver tabla 1).

Sobre las características clínicas, se halló que, la mayoría de pacientes eran multíparas (86,0%); el motivo de consulta más común fue el de sangrado uterino anormal (69,0%), seguido de la presencia de dolor pélvico (32,0%). Cuatro de cada diez pacientes fueron indicadas por miomatosis uterina y el 16,0% por Hiperplasia endometrial; sin embargo, por lo menos alguna neoplasia estuvo presente en el 19,1% de las pacientes. La mayoría de pacientes no presentó antecedentes personales patológicos (68,9%), ni antecedentes quirúrgicos previos (36,3%) (ver tabla 2).

Todas las pacientes carecieron de antecedentes personales no patológicos (tabaquismo, drogadicción, alcoholismo, u otro), presentaron una evaluación post histerectomía inmediata favorable, y ninguna presentó complicaciones post histerectomía mediatas o tardías (ver tabla 2).

La histerectomía total fue la más frecuente, y el 84,5% de los abordajes fueron abdominales. Seis de cada diez pacientes presentaron antecedentes quirúrgicos previos, sin embargo, solo el 16,1% presentó antecedentes familiares. El antecedente quirúrgico más frecuente fue la cesárea, mientras que el antecedente familiar más común fue otras neoplasias. El 74% presentó salpinguectomía y ooforectomía uni/bilateral, mientras que solo el 6% se le realizó una intervención quirúrgica concomitante omentectomía (ver tabla 2).

Tabla 1. Distribución de pacientes según características sociodemográficas

Variable	N	%
Región de procedencia		
Lambayeque	157	81,3
Cajamarca	13	6,7
San Martín	11	5,7
Piura	4	2,1
Tumbes	3	1,6
Otros	5	2,6
Ocupación		
Ama de casa	101	52,3
Profesional	60	31,1
Comerciante	28	14,5
Otros	4	2,1
Escolaridad		
Secundaria	76	39,4
Superior	67	34,7
Primaria	29	15,0
Técnico	14	7,3
Analfabeto	7	3,6

N = 193. * N=193 para cada categoría

Tabla 2. Distribución de pacientes histerectomizadas según características clínicas.

Variable	N	%
Paridad		
Múltipara	166	86,0
Primípara	14	7,3
Nulípara	13	6,7
Tipo de histerectomía		
Total	122	63,2
Radical	49	25,4
Subtotal	22	11,4
Abordaje		
Abdominal	163	84,5
Vaginal	21	10,9
Laparoscópica	9	4,6
Antecedente personal patológico		
Ninguno	133	68,9
Otros	15	7,8
Hipertensión arterial	14	7,3
Hipertensión arterial y otros	14	7,3
Diabetes mellitus	4	2,1
Patología tiroidea	4	2,1
Obesidad	4	2,1
Diabetes mellitus y otros	4	2,1
Nefropatía	1	0,5
Antecedentes quirúrgicos previos*		
	123	63,7
Cesárea	60	31,1
Otra cirugía abdominal	18	9,3
Miomectomía y otra cirugía abdominal	14	7,3
Cesárea más otros	13	6,7
Otra cirugía pélvica	6	3,1
Salpinguectomía	5	2,6
Miomectomía	3	1,6
Quistectomía ovárica	2	1,0
Otros antecedentes	2	1,0
Antecedentes familiares		
	36	18,7
Otras neoplasias	18	9,3
Cáncer de mama	5	2,6
Cáncer de endometrio	5	2,6
Cáncer de ovario	3	1,6
Cáncer de cérvix	3	1,6
Miomatosis uterina	2	1,0
Motivo de consulta*		
	134	69,4
Sangrado uterino anormal	63	32,4
Dolor pélvico	29	15,0
Tumor pélvico	23	11,9
Sensación de bulto vulvo-vaginal	18	9,3
Papanicolaou anormal	1	0,5
Dismenorrea severa	7	3,6
Otros		

Indicación*		
Miomatosis uterina	82	42,5
Hiperplasia endometrial	31	16,1
Neoplasia maligna de endometrio	19	9,8
Endometriosis	14	7,3
Lesión intraepitelial cervical de alto grado	13	6,7
Quiste complejo de ovario	12	6,2
Neoplasia maligna de ovario	9	4,7
Neoplasia maligna de cérvix	7	3,6
Dolor pélvico crónico	3	1,6
Neoplasia maligna de cuerpo uterino	2	1,0
Otras indicaciones	26	13,5
Intervención quirúrgica concomitante*		
Salpinguectomía y Ooforectomía uni/bilateral	143	74,1
Otras cirugías	44	22,8
Liberación de adherencias	28	14,5
Salpinguectomía uni/bilateral	23	11,9
Ninguna	21	10,9
Biopsias peritoneales múltiples	21	10,9
Omentectomía	11	5,7

N = 193. * N=193 para cada categoría.

IV. DISCUSIÓN

La edad más frecuente de las mujeres histerectomizadas fue 48 años, con un rango intercuartílico de 43 a 57 años, similar a lo reportado con pacientes histerectomizadas en hospitales de tercer nivel en Oviedo – Paraguay por Raquel (6), y en Guayaquil – Ecuador por Iñiguez.(7) Sin embargo, esto difiere de otro estudio realizado en pacientes histerectomizadas de un hospital general, de Machala (Ecuador) por Sigsig, en el que se describió que la mayoría (51,0%) de pacientes tenían de 60 años a más.(8) Esto nos permite evidenciar que la mayor parte de pacientes intervenidas son menores de 60 años, lo que permite ver la amplia cobertura de dicha intervención quirúrgica, para cualquier grupo etario.

La mayoría de pacientes procedían de Lambayeque (81,3%), seguido de Cajamarca (6,7%) y San Martín (5,7 %), lo que evidencia que el HNAAA brinda servicios ginecológicos de alta complejidad a pacientes de diversas regiones del norte del Perú. El 52,3 % de pacientes que fueron histerectomizadas tenían como ocupación ser ama de casa, lo cual fue una frecuencia menor a lo reportada por Raquel (79,0%) (6) pero mucho mayor a lo hallado por Sigsig (29.0%).(8) La mayoría de pacientes tenían escolaridad de secundaria (39,0%), lo cual concuerda con lo reportado en un estudio hecho en pacientes histerectomizadas de un hospital

de alta complejidad de Babahoyo (Ecuador) por Guaquipana y Mora (70,0%).(9) Sin embargo, esta difiere de un estudio realizado en pacientes histerectomizadas de un hospital regional de Cuenca (Ecuador), donde la escolaridad más frecuente fue la primaria (99,0%).(10)

La mayoría de pacientes fueron multíparas (86,0%) y con menor frecuencia, nulíparas (6,7%), equiparable a un estudio realizado en Guayaquil, en mujeres histerectomizadas de un hospital de segundo nivel, en el que se halló que la frecuencia de multíparas y nulíparas fue de 93,0% y 7,0%, respectivamente.(11) Sin embargo, Guaquipana y Mora describieron un mayor porcentaje de nulíparas histerectomizadas (45,0%), mientras que las multíparas representaron el 55,0%.(9) Esto nos permite pensar la probable relación que existe entre la paridad y el número de patologías gineco-oncológicas candidatas a dicha intervención.

El motivo de consulta más frecuente fue el sangrado uterino anormal (69,4%), que presentó una frecuencia menor a la descrita en otras investigaciones, como la frecuencia hallada por Raquel (87,0%) (6); sin embargo, esta frecuencia fue mayor a la reportado en otro estudio realizada en pacientes histerectomizadas de un hospital regional de Loreto (49,1%) por Pinto.(12) La indicación más común de dicho procedimiento fue miomatosis uterina (42,5%), seguido de hiperplasia endometrial (16,1%), lo cual concuerda con dos estudios realizados en dos hospitales de tercer nivel de la ciudad de Guayaquil (Ecuador), en los que se hallaron frecuencias de miomatosis uterina del 82,0% (13) y del 58,0%. (11) Esta similitud podría deberse a que la población de Latinoamérica y el Caribe tienen una alta prevalencia de Sobrepeso y Obesidad (58,0%) según datos de la OMS, los cuales aumentan el riesgo de padecer Miomas uterinos, a diferencia de los habitantes de países europeos, donde es menos prevalente dichas patologías, y por ello, presentan menor riesgo de desarrollar Miomas. No obstante, la frecuencia de pacientes que fueron indicadas por hiperplasia endometrial difiere a lo reportado en el estudio de Guaquipana y Mora (7,0 %), en la que se halló que la indicación más frecuente fueron las hemorragias (15,0%)(9), coincidiendo con lo descrito por Iñiguez (16,0%).(7)

El tipo de histerectomía que más se practicó fue la histerectomía total (63,2%), similar al estudio hecho por Iñiguez (95,4%)(7); sin embargo, este difiere del estudio hecho por Raquel (26,0%), donde el tipo subtotal fue el que más se empleó (64,0%) (6). Esto podría estar justificado por la necesidad de querer evitar una patología cervical maligna posterior a la intervención quirúrgica, a diferencia de la histerectomía subtotal que no brinda dicho beneficio.(4)

Si bien el abordaje por el que más se optó fue el abdominal (84,5%), equiparable a lo descrito en un estudio realizado en pacientes histerectomizadas en un hospital nacional de Cusco, Perú (87,7%) (14). Asimismo, concuerda con lo descrito por Raquel e Iñiguez, que reportaron frecuencias de histerectomías abdominal del 84,0% y 100%, respectivamente.(6,7) No obstante, difiere con otro estudio hecho en Puebla (México), en pacientes histerectomizadas de un hospital de alta complejidad, donde se optó preferentemente por el abordaje Laparoscópico (50,0%)(15), esto podría deberse a la mayor capacidad tecnológica que presenta México, a diferencia de Perú, que no siempre cuenta con dicho desarrollo tecnológico en el campo hospitalario.

La mayoría de pacientes no tuvieron antecedentes personales patológicos (68,9%), similar a un estudio descrito por Cruz (95,0%) (14). Sin embargo, difiere de lo descrito en un estudio hecho en Tubarão (Brasil) en pacientes histerectomizadas, en el que se encontró que la mayoría de pacientes tuvieron patologías hematológicas (34,9%) (16), mientras que Sigsig y Pinto, reportaron predominio la diabetes mellitus (39,0%) y la HTA (21%), respectivamente (8,12).

Todas las pacientes carecieron de antecedentes personales no Patológicos (tabaquismo, drogadicción, alcoholismo u otro), similar a lo reportado por Pinto y Cruz.(12,14) Esto nos permite pensar que podría existir una baja prevalencia del hábito tabáquico y étílico respecto a las enfermedades gineco-oncológicas candidatas a dicha intervención en el norte del país. No obstante, Sigsig reportó que el tabaquismo fue el antecedente personal no patológico más común, presentado con una menor frecuencia del 15,0% de las pacientes.(8) La mayoría de pacientes carecieron de antecedentes quirúrgicos previos (36,3%), no obstante, el 31,1% tuvieron cesárea previa, datos similares a lo reportado por Guaquipana y Mora (45,0%) y (10,0%) (9). Sin embargo, difiere a lo reportado por Morán, el cual describió que la mayoría de pacientes tuvieron cesárea previa (46,0%) (11).

Todas las pacientes presentaron una evolución post histerectomía inmediata favorable, similar a lo reportado por Testa (100%) (17), esto podría deberse a la alta capacidad que presenta personal médico en el manejo pre y perioperatorio, que se ve reflejado en una evolución inmediata favorable en todas las pacientes. No obstante, en el estudio de Carriel y Espinoza, realizado en pacientes histerectomizadas de un hospital de tercer nivel de Guayaquil, reportaron que la evolución post histerectomía inmediata fue no favorable en un 4,0%; similar

a lo reportado por López, en pacientes histerectomizadas de un hospital de segundo nivel de Quito en Ecuador (3,4%) y equiparable a lo descrito por Morán (5,0%) (11,13,18).

Ninguna paciente presentó complicaciones post histerectomía mediatas, similar a lo descrito por Pinto (90,0%) (12). Sin embargo, difiere de lo reportado por Sigsig (51,0%) , que describió también la presencia de Hemorragia (31,0%) y Lesión vesical (13,0%) (8). Ninguna paciente presentó complicaciones post histerectomía tardías, similar a lo reportado por Lopez (96,0%) (18), esto podría deberse al correcto manejo integral que realiza el personal del HNAAA, viéndose reflejado con la ausencia de complicaciones postoperatorias mediatas y tardías. No obstante, difiere de lo reportado por Morán, el cual describió que hubieron de pacientes que presentaron Hematomas (3,0%), Lesión vesical (1,0%) y Lesión ureteral (1,0%) (11).

La mayoría de pacientes no presentaron antecedentes familiares (83,9%), sin embargo, el 9,3% presentó otras neoplasias, equiparable a lo descrito por Guaquipana y Mora (85,0%) (9). Testa describió que el antecedente familiar más frecuente fue la presencia de neoplasia (80,0%). (17)

La intervención quirúrgica concomitante más frecuente fue la combinación de salpinguectomía y ooforectomía uni/bilateral (74,1%), similar a lo descrito por Pinto, que halló que ambas intervenciones fueron las más frecuentes (40,9%) (12). Sin embargo, Ribeiro reportó que la intervención quirúrgica concomitante más frecuente (100%) fue la salpinguectomía. (16)

V. Conclusiones

1. Las características sociodemográficas de pacientes histerectomizadas del Servicio de Ginecología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2019, que se presentaron en mayor frecuencia fueron el ser amas de casa, con educación secundaria, procedentes de la región Lambayeque, y con edad mediana de 48 años.

2. Las características clínicas de pacientes histerectomizadas del Servicio de Ginecología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2019, que se presentaron en mayor frecuencia fueron ser multíparas, con motivo de consulta de sangrado uterino anormal y con indicación quirúrgica de Miomatosis Uterina seguido de neoplasias ginecológicas. Dentro de los más frecuentes antecedentes: la cesárea fue en lo quirúrgico; otras neoplasias en los familiares y la ausencia de antecedentes en los personales patológicos y no patológicos. La histerectomía más frecuente realizada es la total, seguido por la radical, siendo el abordaje abdominal el más usado, y la salpinguectomía y ooforectomía uni/bilateral la intervención concomitante más realizada. No se encontraron complicaciones inmediatas, mediatas o tardías.

3. Las características clínicas y sociodemográficas de pacientes Histerectomizadas del Servicio de Ginecología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2019, fueron determinadas y descritas en las conclusiones previas.

VI. Recomendaciones

1. Promover, en los pacientes que acuden al servicio de ginecología, talleres de sensibilización en la identificación de la sintomatología que podrían tener indicación de histerectomía.
2. Impulsar, en los profesionales gineco obstetras, la capacitación permanente en las técnicas quirúrgicas de histerectomía simple y radical por cualquier abordaje.
3. Tomar en consideración los datos obtenidos en el presente estudio para futuros trabajos de investigación a realizarse en este u otro recinto hospitalario.

VII. Referencias

1. Pérez E. Cuidados de Enfermería en pacientes postoperados inmediatos de Histerectomía abdominal en la clínica San Pablo. Lima - 2019. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2019.
2. Constante J, Mazón E. Características epidemiológicas y factores asociados a la operación Cesárea-Histerectomía Riobamba, en el periodo 2015-2020. Universidad nacional de Chimborazo; 2020.
3. Guillén DA. Complicaciones de Histerectomía abdominal VRS Histerectomía video laparoscópica con Ligasure. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2017.
4. Handa V, Van Le L. Ginecología Quirúrgica. 12th ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2020. 348–386 p.
5. Hoffman B, Schorge J, Bradshaw K, Halvorson L, Schaffer J. Williams Ginecología. 3rd ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2017. 950–961 p.
6. Raquel A. Características clínicas de pacientes histerectomizadas en Hospital Regional de Coronel Oviedo año 2018. Universidad Nacional de Caaguazú; 2019.
7. Iñiguez K. Factores determinantes de histerectomía en pacientes del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor en el período de Enero 2015 a Diciembre 2015. Universidad de Guayaquil; 2017.
8. Sigsig K. Histerectomía en las pacientes ingresadas en el Hospital San Vicente de Paúl en el cantón pasaje en el año 2012. Universidad de Machala; 2015.
9. Guaquipana G, Mora S. Factores que influyen en la histerectomía total en mujeres en edad fértil de 30 años, que acuden al Hospital Dr. Alfredo G. Paulson. ciudad de Guayaquil, Octubre 2018 - Abril 2019. Universidad Técnica de Babahoyo; 2019.
10. Godoy M, Rodríguez R. Calidad de vida de personas histerectomizadas entre 30 y 65 años de edad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Vicente Corral Moscoso 2014, Cuenta - Ecuador. Universidad de Cuenca; 2017.
11. Morán C. Factores etiológicos determinantes de histerectomía en edad fértil, Hospital Universitario, Guayaquil, 2013- 2015. Universidad de Guayaquil; 2016.
12. Pinto J. Características de las Histerectomías y de las mujeres que se someten a ellas en

- el Hospital Regional de Loreto 2010-2013. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
13. Carriel L, Espinoza F. Causas que inciden en el incremento de histerectomías en mujeres de 35 a 50 años de edad, en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel del 1 de Enero del 2015 al 31 de Diciembre del 2015. Universidad de Guayaquil; 2017.
 14. Cruz R. Características clínico quirúrgicas de pacientes histerectomizadas por patología benigna en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco, 2016-2018. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2020.
 15. Miranda R. Estudio clínico comparativo entre histerectomía laparoscópica y abdominal en patología ginecológica benigna. Universidad Autónoma de Puebla; 2017.
 16. Ribeiro A. Perfil epidemiológico de pacientes sometidas a histerectomía videolaparoscópica en una institución del sur de Santa Catarina. Universidade do Sul de Santa Catarina; 2018.
 17. Testa R, Gogorza S, Marchitelli C. Ginecología. 2nd ed. Buenos Aires: Panamericana; 2020. 38–54 p.
 18. 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. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.; 2016.
 19. López N, Torres M. Factores asociados a histerectomía obstétricas en Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa, durante el periodo Enero 2014 a Noviembre 2015. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.

VIII. Anexos

ANEXO N°1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES/ INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Características sociodemográficas	Edad	"Aspectos sociales y demográficos de las pacientes en estudio".(19)	Según la edad, procedencia, ocupación, y escolaridad de la paciente, que se registró al momento de completar la historia clínica virtual.	años	Cuantitativa Discreta.	De razón
	Procedencia			- Lambayeque - San Martín - Piura - Tumbes - Cajamarca - Otros	Cualitativa politómica.	Nominal
	Ocupación			- Ama de casa. - Estudiante. - Profesional. - Comerciante. - Trabajadora en el hogar. - Otros.	Cualitativa politómica.	Nominal
	Escolaridad			- Analfabeta - Primaria. - Secundaria. - Superior. - Técnico.	Cualitativa politómica.	Ordinal

Características clínicas	Paridad	"Aspectos clínicos de las pacientes en estudio".(19)	Según el número de partos, el motivo de consulta, la indicación, el tipo de Histerectomía, el abordaje, los antecedentes personales patológicos, los antecedentes personales no patológicos, los antecedentes quirúrgicos previos, la evaluación post-histerectomía, inmediata, las complicaciones post-histerectomía mediatas y tardías, los antecedentes familiares y la intervención quirúrgica concomitante de la paciente que se registró al	- Nulípara - Primípara - Multípara	Cualitativa politómica	Nominal
	Motivo de consulta			- Sangrado uterino anormal - Dolor pélvico. - Sensación de bulto vulvo-vaginal. - Dismenorrea severa. - Tumor pélvico. - Papanicolaou anormal. - Otros	Cualitativa politómica	Nominal
	Indicación			- Miomatosis uterina. - Endometriosis. - Hemorragia uterina persistente. - Dolor pélvico crónico. - Hiperplasia endometrial. - Lesión intraepitelial cervical de alto grado. - Quiste complejo de Ovario. - Enfermedad Pélvica Inflamatoria. - Neoplasia maligna de ovario. - Neoplasia maligna de endometrio. - Neoplasia maligna de cérvix.	Cualitativa politómica	Nominal

			momento de completar la historia clínica virtual	- Neoplasia maligna de cuerpo uterino. - Otros.		
	Tipo de Histerectomía			- Subtotal. - Total. - Radical	Cualitativa politómica	Nominal
	Abordaje			- Vaginal. - Laparoscópica. - Abdominal	Cualitativa politómica	Nominal
	Antecedentes personales patológicos			- HTA. - Diabetes Mellitus. - Patología tiroidea. - Nefropatía. - Dislipidemia. - Obesidad. - Enfermedad Pélvica Inflamatoria - Otros.	Cualitativa politómica	Nominal
	Antecedentes personales no patológicos			- Tabaquismo. - Drogadicción. - Alcoholismo. - Otros.	Cualitativa politómica	Nominal
	Antecedentes quirúrgicos previos			- Cesárea - Miomectomía - Salpinguectomía - Quistectomía ovárica - Anexectomía - Cirugía por endometriosis - Otra cirugía pélvica - Otra cirugía abdominal	Cualitativa politómica	Nominal

	Evaluación post-histerectomía inmediata			<ul style="list-style-type: none"> - Favorable. - No favorable. 	Cualitativa dicotómica	Nominal
	Complicaciones post-histerectomía mediatas			<ul style="list-style-type: none"> - Infección de herida operatoria. - Hemorragia. - Infección de cúpula vaginal. - Shock hipovolémico. 	Cualitativa politómica	Nominal
	Complicaciones post-histerectomía tardías			<ul style="list-style-type: none"> - Dolor pélvico. - Sangrado vaginal anormal. - Fístula entero-vaginal. - Fístula uretero-vaginal. - Fístula vesico - vaginal. - Otras Fístulas 	Cualitativa politómica	Nominal
	Antecedentes familiares			<ul style="list-style-type: none"> - Miomatosis uterina. - Endometriosis. - Cáncer de Ovario. - Cáncer de Endometrio. - Cáncer de Cérvix - Cáncer de mama. - Otras neoplasias. 	Cualitativa politómica	Nominal

	Intervención quirúrgica concomitante			<ul style="list-style-type: none">- Salpinguectomía uni/bilateral.- Salpinguectomía + Ooforectomía uni/bilateral.- Oomentectomía.- Biopsias peritoneales múltiples.- Liberación de adherencias.- Otras cirugías.	Cualitativa politómica	Nominal
--	--------------------------------------	--	--	---	------------------------	---------

ANEXO N°2. Ficha de recolección de datos

Código: _____

Edad: _____(años)

Procedencia:

- Lambayeque
- San Martín
- Piura
- Tumbes
- Cajamarca
- Otros

Ocupación:

- Ama de casa
- Estudiante
- Profesional
- Comerciante
- Trabajadora del hogar
- Otros

Escolaridad:

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Técnico

Paridad:

- Nulípara
- Primípara
- Multípara

Motivo de consulta:

- Sangrado uterino anormal
- Dolor pélvico
- Sensación de bulto vulvo-vaginal
- Dismenorrea severa
- Tumor pélvico
- Papanicolaou anormal
- Otros

Indicación:

- Miomatosis uterina.
- Endometriosis.
- Hemorragia uterina persistente.
- Dolor pélvico crónico.
- Hiperplasia endometrial.
- Lesión intraepitelial cervical de alto grado.
- Quiste complejo de Ovario.
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
- Neoplasia maligna de ovario.
- Neoplasia maligna de endometrio.
- Neoplasia maligna de cérvix.
- Neoplasia maligna de cuerpo uterino.
- Otros.

Tipo de histerectomía:

- Subtotal
- Total
- Radical

Abordaje:

- Vaginal
- Laparoscópica
- Abdominal

Antecedentes personales patológicos:

- HTA
- Diabetes Mellitus
- Patología tiroidea
- Nefropatía
- Dislipidemia
- Obesidad
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Otros

Antecedentes personales no patológicos:

- Tabaquismo
- Drogadicción
- Alcoholismo
- Otros

Antecedentes quirúrgicos previos:

- Cesárea
- Miomectomía
- Salpinguectomía
- Quistectomía ovárica
- Anexectomía
- Cirugía por endometriosis
- Otra cirugía pélvica
- Otra cirugía abdominal

Evaluación post-histerectomía inmediata:

- Favorable
- No favorable

Complicaciones post-histerectomía mediatas:

- Infección de herida operatoria
- Hemorragia
- Infección de cúpula vaginal
- Shock hipovolémico
- Otros

Complicaciones post-histerectomía tardías:

- Dolor pélvico
- Sangrado vaginal anormal
- Fístula entero-vaginal
- Fístula uretero-vaginal
- Fístula vesico -vaginal
- Otras Fístulas

Antecedentes familiares:

- Miomatosis uterina
- Endometriosis
- Cáncer de Ovario

- Cáncer de Endometrio
- Cáncer de Cérvix
- Cáncer de mama
- Otras neoplasias

Intervención quirúrgica concomitante:

- Salpinguectomía uni/bilateral
- Salpinguectomía + Ooforectomía uni/bilateral
- Oomentectomía
- Biopsias peritoneales múltiples
- Liberación de adherencias
- Otras cirugías