

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSGRADO**



**TRABAJO DE POSGRADO
CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES CON
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL; DE CIRUGÍA ELECTIVA EN
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA, EN EL PERIODO DE ENERO A
DICIEMBRE DE 2024**

**PARA OPTAR AL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
DOCTORA SANDRA RAQUEL RIVAS REYES
DOCTOR LEONARDO RAFAEL VALENZUELA URRUTIA**

**DOCENTE ASESOR
DOCTOR MAURICIO ENRIQUE GODOY**

**AGOSTO, 2025
SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES



ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
RECTOR

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFAN MATA
VICERRECTORA ACADEMICA

M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA
SECRETARIO GERNAL

LICDA. ANA RUTH AVELAR VALLADARES
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. CARLOS AMILCAR SERRANO RIVERA
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES



M. Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS
DECANO

DR. JOSÉ GUILLERMO GARCÍA ACOSTA
VICEDECANO

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA
SECRETARIO

M. Ed. MIGUEL ÁNGEL CRUZ
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSGRADO

AGRADECIMIENTOS

Mi mayor agradecimiento a Dios, por brindarme la sabiduría, serenidad y fuerzas necesarias para completar el trabajo de investigación y los años de especialidad médica con éxito, sabiendo que si el nada es posible.

Quiero expresar mi agradecimiento a nuestro docente asesor de tesis Dr. Mauricio Godoy, que gracias a su experiencia, acompañamiento, paciencia y consejos contribuyeron a la finalización de esta investigación con éxito, no solo encontramos un docente sino también un amigo.

Un profundo agradecimiento a mi madre Ángela Reyes de Rivas, que, aunque no esté presente físicamente ha sido motor fundamental en mi formación y carrera, a mi padre Ricardo Alfredo Rivas González, mis hermanos y demás familia que siempre estuvieron pendientes de mí, dando palabras de aliento, escuchándome y apoyándome, sin ustedes esto no habría sido posible.

Mi sincero agradecimiento a mi pareja y mi hija: Manuel Lobo Hernández y Kelly Sofía Lobo Rivas, los pilares de mi vida, por haber estado ahí en todo momento, por su paciencia, por su amor incondicional, comprensión y su convicción de que todo puede ser posible, por recordarme que todo sacrificio tiene su recompensa.

Nuestros más sinceros agradecimientos a nuestros colegas doctores de especialidad Ginecología y Obstetricia, Dra. Laura Cienfuegos, Dra. Darlene Claros, Dr. Aparicio Monge, Dr. Osvaldo Larin, Dr. Leonardo Valenzuela y en especial a nuestra querida y recordada con amor Dra. Dennisse Caballero, que, aunque no se encuentre con nosotros físicamente le dedicamos esta investigación. Con ustedes aprendimos que no solo somos colegas sino hermanos que la vida nos cruzó en este camino, gracias infinitas por cada palabra de aliento, por cada consejo para ser mejores personas y mejores profesionales.

Dra. Sandra Raquel Rivas Reyes

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a Dios; por brindarme sabiduría y retentiva, paz y entendimiento; para tener la fortaleza durante estos años de trabajo y estudio.

Con mucho amor agradezco a mis padres por su apoyo incondicional, por cuidarme siempre y orientarme y nunca dejarme solo durante estos años de residencia.

Agradezco a mis amigos, y colegas ya que sin ellos no hubiera sido posible salir adelante en estos años donde todos con el mismo objetivo logramos cumplir todos los sueños y metas.

A mis maestros, que dedicaron sus enseñanzas y conocimientos a mi formación, y siempre dieron la mejor orientación para un adecuado desarrollo de mi especialidad.

En memoria de nuestra querida compañera Denisse Caballero, consciente de que siempre nos acompañó en todo el andar; la recordaremos siempre con mucho amor.

Dr. Leonardo Rafael Valenzuela Urrutia.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 Situación problemática y delimitación	10
1.2 Situación crítica de la investigación	10
1.3 Enunciado del problema	11
1.4 Objetivos	11
1.5 Justificación	11
1.6 Límites y alcances.....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes del problema.....	13
2.2 Marco teórico.....	15
2.3 Anatomía uterina.....	15
2.4 Indicaciones	18
2.4.1 Enfermedades benignas.....	18
2.4.2 Enfermedades neoplásicas	20
2.5 Acceso para histerectomía	20
2.5.1 Histerectomía abdominal	21
2.5.2 Preparación de la paciente.....	21
2.6 Post operatorio	22
2.7 Complicaciones quirúrgicas.....	22
2.8 Profilaxis antibiótica	24
2.9 Marco jurídico.....	25
2.10 Contextualización	26
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	27
3.1 Enfoque de investigación.....	27
3.2 Diseño de investigación	27
3.3 Tipo de estudio.....	27
3.4 Diseño de recolección.....	27
3.5 Población y muestra.....	27

3.5.1 Población.....	27
3.5.2 Muestra.....	27
3.6 Tipo de estudio.....	28
3.7 Operativización de las variables	29
3.8 Instrumentos de recolección	36
3.9 Componente ético de la investigación	36
3.10 Cronograma de actividades año 2025	37
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	38
4.1 Análisis de resultados	37
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS	60
ANEXOS	62

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es la operación más común realizada por el ginecólogo y es el procedimiento quirúrgico mayor realizado en segundo lugar de frecuencia en Estados Unidos. Solo la cesárea es más frecuente. Existen muchas indicaciones para la histerectomía el útero puede ser extirpado por medio de cualquiera de las varias técnicas y abordajes, que incluyen la vía abdominal que es en la que se enfoca esta investigación, la vía vaginal y la laparoscópica, con respecto a estos dos últimos abordajes no se incluyeron en el siguiente estudio de debido a que la vía vaginal ha quedado confinado al tratamiento de prolapso de órganos pélvicos principalmente el prolapso uterino y con respecto al abordaje por laparoscopia al momento no se contó con el suficiente personal entrenado para dicha técnica quirúrgica y equipo para el procedimiento en el área de ginecología del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

La historia de la histerectomía es larga y variada. Algunas referencias sobre histerectomía se remontan incluso al siglo V a.C., la época de Hipócrates. El primer intento para extirpar el útero se realizó por vía vaginal debido a indicaciones como prolapso uterino o inversión uterina.

Los primeros intentos para realizar histerectomía por vía abdominal se efectuaron debido al hallazgo de leiomiomas que habían sido confundidos con quistes de ovarios.

Actualmente la principal indicación de histerectomía abdominal en cirugía electiva en el hospital San Juan de Dios de Santa Ana es la miomatosis uterina en primer lugar, seguida de la hiperplasia endometrial sin atipias y el carcinoma in situ de cérvix. Aunque la mortalidad es baja según la literatura, las morbilidades son frecuentes y es un factor importante que el ginecólogo tiene que tomar en cuenta según los factores de riesgo de cada paciente como la obesidad, hipertensión, diabetes mellitus etc., entre las complicaciones más frecuentes a la cabeza la infección del sitio quirúrgico, hemorragia, lesión de aparato urinario por el tipo de abordaje y embolia pulmonar. Es de importancia mencionar que parte de la población que se programa para este tipo de cirugía y que se tomaron en cuenta en este estudio fueron privadas de libertad, las cuales por su condición social constituyeron en la mayoría de los casos pacientes de estancia hospitalaria prolongada con la finalidad de prevenir complicaciones postquirúrgicas por las condiciones de hacinamiento en su sitio de resguardo.

Por lo anterior se consideró importante realizar un estudio enfocado en la caracterización epidemiológica y clínica de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el servicio de ginecología, en este estudio se pretendió determinar cuáles fueron las características de la población que se tomó como muestra y que fueron sometidas a la intervención quirúrgica vía abdominal los factores de riesgos que pudieron complicar el manejo pre quirúrgico, transoperatoria, pos quirúrgico y la recuperación de la paciente ginecológica, se determinó el área geográfica de donde más frecuente consultan y la importancia de la correlación de la indicación médica para el procedimiento y el resultado histopatológico por biopsia.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática y delimitación

La histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral es una de las cirugías ginecológica más frecuente realizada a nivel mundial y nuestro país no es la excepción.

El área de ginecología del hospital San Juan de Dios de Santa Ana se ha atendido no solo a usuarias del occidente del país, que corresponden a los departamentos de Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate, si no también usuarias de países vecinos como es el caso de Guatemala, aumentando de esta manera la demanda quirúrgica en este centro hospitalario, las cuales fueron tomadas en cuenta como población de esta investigación.

Se han realizado un promedio de 8-12 histerectomías abdominales al mes (registro de programación quirúrgica de consulta externa de ginecología; del Hospital Nacional de Santa Ana), a la cabeza las relacionadas con miomatosis uterina, hiperplasia de glándulas de endometrio, la endometriosis, entre otros.

Muchas de las pacientes cursaban con enfermedades crónicas que constituyen factores de riesgo que influyen en la priorización de la atención y recuperación del paciente.

1.2 Situación crítica de la investigación

Actualmente no se contaba con estudios que describan e identifiquen las características tanto epidemiológicas, como clínicas de las pacientes que se someten a histerectomía abdominal en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana; por lo que resultó necesario conocer el tipo de población, el riesgo social, y el riesgo clínico de las pacientes a las que se les brinda atención, para garantizar el tratamiento oportuno, y la identificación de posibles complicaciones que deriven de la cirugía; o que las pacientes pudieron presentar previo al egreso médico; que influyen en la recuperación, tiempo de estancia hospitalaria, uso de recursos institucionales, y la calidad de vida de la paciente, así como asegurar que las indicaciones de la intervención, correspondan a los resultados histopatológicos. Con el estudio se permitió identificar dichos factores de riesgo más frecuentes, el tiempo de recuperación y las complicaciones más frecuentes en este centro asistencial, así como validar la necesidad de las intervenciones quirúrgicas en estas pacientes; y asegurar un adecuado seguimiento para las mismas en caso de

ser necesario y de esta manera tener un estándar con el que se puedan comparar intervenciones futuras, y hacer mejoras en la calidad de la atención.

1.3 Enunciado del problema

¿Cuál es la caracterización epidemiológica y clínica de pacientes con histerectomía abdominal total de cirugía electiva en Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, en el periodo de enero a diciembre de 2024?

1.4 Objetivos

Objetivo general:

- ✓ Describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total, en el servicio de ginecología del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

Objetivos específicos:

- ✓ Determinar características epidemiológicas de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en hospital San Juan de Dios de Santa Ana.
- ✓ Determinar las características clínicas de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en hospital San Juan de Dios de Santa Ana.
- ✓ Establecer las principales indicaciones de histerectomía abdominal total, en pacientes del servicio de ginecología
- ✓ Identificar las principales complicaciones posterior a histerectomía abdominal total en pacientes del servicio de ginecología.
- ✓ Correlacionar la indicación clínica de histerectomía abdominal con el resultado histopatológico posterior a procedimiento

1.5 Justificación

El siguiente estudio fue dirigido en el área de ginecología del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2024, cuya población meta fueron las paciente que se han sometido a histerectomía abdominal total electiva, ya que hasta la fecha no había un estudio dirigido a la caracterización epidemiológica y clínica de la paciente sometida a este tipo

de cirugía en este hospital, la importancia y la finalidad de este estudio era lograr tener un perfil de la paciente que fue seleccionada y sometida al procedimiento y que a la vez nos diera un plus sobre los beneficios que tendrá con la cirugía, pero también las posibles complicaciones transoperatorias y postoperatorias, ya sea por condiciones médicas previas de la paciente, sedentarismo, obesidad u otros factores que influyen en la recuperación de la misma, así mismo tener un registro de las pacientes y la evolución de estas con esto buscar el beneficio de las futuras usuarias para una recuperación a corto plazo sin complicaciones.

Para el personal médico involucrado en la atención directa o indirectamente este estudio pretende ayudar a la adecuada selección y así evitar o disminuir en lo posible las complicaciones quirúrgicas.

1.6 Límites y alcances

Límites

- No haber un registro de las cirugías programada en el servicio de ginecología.
- Que los antecedentes médicos no estén registrados en la historial clínico.
- La implementación de expediente físicos y virtuales para la obtención de datos.
- Que los resultados histopatológicos se encuentren reflejados en los expedientes físicos.
- Otra limitación fue el tamaño de la muestra debido al periodo de tiempo establecido

Alcances

- Lograr realizar un estudio en el que se caracterice de forma adecuada la población sometida a histerectomía abdominal total en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.
- Proporcionar un estudio que determine cuáles fueron los principales factores que influyen en la estancia hospitalaria prolongadas y las complicaciones postquirúrgicas y de esta manera generar estrategias que permitan mejor la atención del de las usuarias.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero, cuyas técnicas quirúrgicas han evolucionado a través del tiempo; fue una de las cirugías ginecológicas más frecuentes en el mundo.

En el año 2019 se realizó un estudio retrospectivo en el hospital Nacional de la Mujer en el periodo de julio 2017 a junio 2018 cuyos resultados fueron que la principal indicación de histerectomía abdominal fue la fibromatosis uterina (74.8%) y la tasa de complicaciones en dicho hospital fue de 5.2%, siendo la principal la infección profunda de sitio quirúrgico (42.8%), además la indicación preoperatoria coincidió con el diagnóstico histopatológico final en el 94% de los casos. Además, que las pacientes sometidas a dicha intervención quirúrgica se encontraron en la peri menopausia o postmenopausia.

En la tesis: complicaciones de la histerectomía en función de su vía de abordaje y otros factores de la Universidad de Granada en el 2018, cuyas conclusiones del estudio determinó que la vía abdominal fue la que presenta un riesgo superior de todo tipo de complicaciones (intraoperatoria, postoperatoria y mayores) así como la estancia hospitalaria mayor, por lo que debe ser considerada como última opción, siempre que sea posible.

Entre otras conclusiones determinaron que pacientes con obesidad, la vía abdominal incrementa significativamente el riesgo de todo tipo de complicaciones y de la estancia hospitalaria, por lo que en dicho subgrupo poblacional se debía limitar dicha vía de abordaje con mayor insistencia, optando siempre que sea posible la vía vaginal en primer lugar y la laparoscópica si esta no fue posible.

En el Hospital San Francisco de Quito. Ecuador, donde se realizó un estudio retrospectivo: Histerectomía Abdominal vs Histerectomía Vaginal, Análisis de Complicaciones Hospitalarias. Se seleccionó al total de mujeres sometidas a histerectomía durante los años 2014-2015, el universo lo conformo 409 mujeres intervenidas, de las cuales se obtuvo una muestra de 384, en el servicio de ginecología el resultado promedio fue 85% con una edad menor a 50 años, el tiempo de hospitalización promedio de 2.7 días, los antecedentes patológicos fueron la cirugía gineco-obstetrica previa 62%. El 88% de las histerectomías fueron por vía abdominal. La

incidencia de complicaciones fue del 3.38%, el 100% de las complicaciones se presentaron en la histerectomía abdominal.

La universidad de Chile realizó un análisis clínico y económico de la histerectomía abdominal versus la histerectomía vaginal en una revisión de 2338 casos en el periodo comprendido de enero 1997 a diciembre de 2005, en un tipo de estudio retrospectivo observacional, los resultados fluctuaron que la edad de la paciente se encontró entre los 27-86 años, un 63.1% de las histerectomías fue vía abdominal; con una tasa de complicaciones de 42.8/100 mujeres operadas abdominal.

Hospital de Ginecología y Obstetricia, Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM). Realizaron un estudio cuyos resultados: Se incluyeron 438 pacientes, de las cuales 66 (un 15.05%) presentaron complicaciones. La complicación más frecuente observada fue el choque hipovolémico, en un 9.1% del total de las pacientes, seguida de las infecciones postquirúrgicas, con un 3.7% de casos y la dehiscencia de herida quirúrgica, en un 3.2%. En donde se evidencia: Que las complicaciones hemorrágicas fueron las más frecuentes, seguidas de las infecciones postquirúrgicas; se encontró que los principales factores de riesgo asociados a estas complicaciones fueron la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, lo cual muestra la necesidad de controlar estas patologías de base previamente a la cirugía para así disminuir el riesgo de complicaciones.

En un estudio de cohorte prospectivo realizado en Dinamarca del año 2004 al 2008, se incluyeron 20,353 mujeres a las que se les practicó histerectomía con diferentes abordajes, de las cuales el 59.4% fueron vía abdominal, y de éstas, 2,735 presentaron complicaciones, lo cual corresponde a un 20.4% en el estudio realizado en Dinamarca encontraron que la complicación más frecuente de la histerectomía realizada por condición benigna fue el choque hipovolémico, con 6.8% de casos, 14. En relación con otras complicaciones, la dehiscencia de herida quirúrgica se presentó en un 3.2% de los casos, la infección de la herida quirúrgica en un 2.3% y la infección de vías urinarias en un 1.8%, lo cual fue muy similar a lo reportado en la literatura, que menciona que la incidencia para presentar dehiscencia de herida posterior a cirugía ginecológica oscila entre 0 a 3%, para la infección de herida quirúrgica, de 3 a 8%, y para la infección de vías urinarias, de 0 a 13%

Respecto a la indicación de la cirugía por patología benigna, en el Instituto Materno Infantil del Cuadro VI. Frecuencia y porcentaje de pacientes que se complicaron según el factor de riesgo. Factor de riesgo Pacientes Porcentaje Cirugía previa Anemia Hipertensión arterial Diabetes mellitus Insuficiencia venosa Cardiopatía Fuente: Expedientes clínicos. 30 Hollman-Montiel JP y col. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica www.medigraphic.org.mx Estado de México se encontró que la leiomiomatosis uterina fue la indicación más frecuente, con un 93.8%, seguida de la displasia cervical, con un 10.3%, y de la hiperplasia endometrial y adenomiosis, con un 6.6% y un 3.4%, respectivamente, sobrepasando el 100% debido a que algunas pacientes presentaban dos patologías benignas como indicación de la histerectomía.

En un estudio descriptivo y retrospectivo realizado durante 2007 y 2008 en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se revisaron 442 expedientes de pacientes operadas de histerectomía, de las cuales 169 fueron vía abdominal; de éstas, 82.3% fueron por leiomiomatosis, 7.1% por displasia cervical, 5.9% por adenomatosis y 2.4% por hiperplasia endometrial, lo cual muestra que la indicación más frecuente para realizar la histerectomía abdominal por patología benigna fue la leiomiomatosis, no sólo en estos dos estudios sino en la mayoría de la literatura encontrada.

2.2 Marco teórico

La histerectomía fue la operación más común realizada por el ginecólogo y el procedimiento quirúrgico mayor realizado, solo la cesárea fue más frecuente.

Se pueden requerir diversas pruebas para llegar al diagnóstico preoperatorio dependiendo del contexto clínico. Antes de la histerectomía todas las pacientes requieren detección sistemática con Papanicolaou y los resultados anormales de valoración del cáncer cervicouterino antes de la intervención quirúrgica. De manera similar, las mujeres con riesgo de cáncer endometrial y cuya indicación incluye a la hemorragia anormal, por lo general también fueron objeto de detección sistemática antes de la intervención quirúrgica.

2.3 Anatomía uterina

El útero es un órgano hueco, de gruesas paredes musculares, situado en la pelvis entre la vejiga por delante y el recto por detrás forma un ángulo casi recto con la vagina y con la vejiga en la

parte antero inferior. Es piriforme, y mide en la nulípara alrededor de 8-9 cm de longitud, 6 cm en su parte más ancha y nos 4 cm de espesor puede dividirse en cuerpo y cuello, en la mujer prepuberal y la postmenopausia el cuerpo es muy pequeño, pero durante la época menstrual suele tener volumen netamente aumentado y ser mucho mayor que el cuello a consecuencia de la estimulación ovárica. La porción superior del cuerpo, que afecta la forma de cúpula se denomina fondo; el ángulo que marca a uno y a otro lado del origen aparente de las trompas recibe el nombre de cuernos.

La mucosa del cuerpo uterino recibe el nombre de endometrio. Varía de grosor según la persona. Acentuándose más aun dichas variaciones durante las distintas fases del ciclo menstrual. En términos generales es más delgado después de la regla. Pero va aumentando gradualmente de espesor hasta poco antes de aparecer la nueva menstruación.

Los ligamentos uterinos son tres a cada lado:

Ligamentos anchos: lo cuales se encuentran formados por una doble hoja de peritoneo que se extiende de adentro hacia fuera desde la superficie lateral del útero hacia la pared pelviana. El borde superior del ligamento ancho envuelve la trompa de Falopio y por fuera de ella se prolonga hasta la pared pelviana constituyendo el ligamento infundibulopelvico por el cual pasan los vasos ováricos destinados a la trompa y ovarios. Desde el borde inferior de la trompa, el ligamento ancho se dirige hacia abajo para cubrir el ligamento redondo de tal suerte que esta porción constituye una especie de mesenterio turba rico que no fue otra cosa que el mesosalpinx. El ligamento ancho se engruesa en el borde inferior, donde el tejido conectivo condensado y algunas fibras musculares forman una especie de banda, el ligamento cardinal o ligamento transversal de Mackenrodt. Esta estructura ha sido considerada siempre de importancia primaria para sostener el útero y su agrandamiento constituye la causa principal del prolapso uterino.

Ligamentos redondos: Son dos bandas musculares redondeadas que nacen a cada lado de la pared lateral del fondo un poco por de abajo y por delante de la inserción de la trompa. Se dirige hacia afuera entre las dos hojas del ligamento ancho, describen una curva, y llegan al orificio inguinal interno, atravesando a continuación el conducto inguinal para terminar fusionándose con el tejido conectivo de la ingle, el grosor del ligamento redondo es muy variable mide por término medio 5 o 6 mm, su función sería evitar el desplazamiento del útero hacia atrás.

Ligamento uterosacro: son pliegues peritoneales que contienen, además de tejido conectivo, gran cantidad de fibras musculares lisas. Nacen a cada lado de la pared posterior del útero, a nivel poco más o menos de orificio interno y, dirigiéndose hacia atrás, llegan al recto al cual contornean, yendo a insertarse en la cara del sacro en la unión aproximadamente, de la segunda con la tercera vertebra. Juegan importante papel en la fijación del útero.

Con respecto a la relación posteriores del útero está enteramente periodizado, excepto la porción vaginal, y se relaciona con la cara anterior del recto por intermedio del fondo de sacorectourerino. Este está dividido por el borde superior de los ligamentos rectourerino, en un parte superior, ligamento ancho, abdominopelviana, ensanchada por detrás de los ligamentos anchos y unan parte estrecha profunda retro uterina y vaginal.

Las relaciones laterales del útero se relacionan con el contenido del ligamento ancho. El cuerpo del útero se relación por arriba con la trompa uterina, con el ligamento redondo del útero con los vasos arteriales y venosos uterino, abajo, en la separación de la hoja peritoneal lateral al istmo, se ubica la base del ligamento ancho que circunscribe el parametrio. Este está atravesando por debajo, de atrás hacia adelante y de lateral a medial por el uréter a 2 cm por fuera del istmo y de lateral hacia media por la arteria uterina que pasa por arriba y delante del uréter,

Vascularización

Existe a cada lado una arteria principal, la arteria uterina, y dos accesoria: la arteria ovárica que participan muy poco en la irrigación uterina a través de sus anastomosis y la arterial del ligamento redondo que constituye una raíz vascular de muy poca importancia para la irrigación uterina.

La arteria uterina su origen se encuentra en el tronco de la división anterior de la arteria iliaca interna, su trayecto la conduce primero en sentido oblicuo, hacia abajo y adelante, con la pared pelviana se dirige enseguida transversalmente en dirección medial, en su trayecto que la conduce al borde lateral del útero paralelo al cual asciende. Termina a nivel del cuerno uterino, bifurcándose. Ese trayecto primero rectilíneo, se vuelve flexuoso a lo largo del cuerpo uterino, lo que le permite seguir las modificaciones del órgano durante el embarazo, en el curso del cual su calibre duplica sus dimensiones.

2.4 Indicaciones

Las indicaciones más frecuentes de histerectomía en Estados Unidos son los miomas uterinos y el sangrado uterino anómalo, seguidos del prolapso de los órganos pélvicos. La histerectomía también puede estar indicada en el tratamiento de la adenomatosis sintomática, endometriosis, displasia cervical, hiperplasia endometrial, tratamiento quirúrgico de una masa anexar benigna. Ver cuadro 1.

Cuadro 1: Indicaciones de histerectomía

Enfermedades benignas	Enfermedades Malignas
Sangrado anormal	
Leiomiomas	Neoplasia intraepitelial cervical
Adenomatosis	Cáncer de cuello invasor
Endometriosis	Hiperplasia endometrial atípica
Prolapso de Órganos pelvianos	Cáncer de endometrio
Enfermedad pelviana inflamatoria	Cáncer de Trompa de Falopio
Dolor pelviano crónico	Tumores trofoblástico gestacional
Condiciones relacionadas con el embarazo	

2.4.1 Enfermedades benignas

Sangrado uterino anormal:

El sangrado uterino tiene varias posibles causas: anomalías anatómicas o anatopatológicas, como los leiomiomas; pólipos o el cáncer de cuello uterino, o los desequilibrios hormonales que provocan sangrado uterino intenso prolongado o irregular. Si no existe tumor, infección, embarazo, o endometriosis, este tipo de sangrado suele denominarse sangrado uterino disfuncional. Si bien este fue una indicación frecuente de histerectomía en el pasado, en la actualidad estos síntomas suelen poder tratarse mediante manipulación hormonal. La causa del sangrado se evalúa mediante anamnesis, examen pelviano, biopsia de endometrio histeroscopia, dilatación y legrado y ecografía pelviana. En mujeres mayores de 40 años o en las que presentan

sangrado persistente, fue necesario una biopsia de endometrio para descartar hiperplasia o cáncer de endometrio.

Alrededor del 20-30% de las histerectomías se realizan con sangrado uterino disfuncional como indicación primaria. La histerectomía no debe realizarse salvo que sangrado sea recurrente, grave y no responda a la hormonoterapia y al legrado endometrial realizado en varias ocasiones.

Leiomiomas uterinos:

Son la indicación más frecuente de histerectomía y son responsables del alrededor del 30% de las indicaciones de este procedimiento. Puede indicarse una histerectomía por vía abdominal o vaginal si los miomas se asocian con molestias, polaquiuria y obstrucción urinaria, menorragia, metrorragia o si aumentaron de tamaño en forma significativa. Los leiomiomas uterino fueron tumores benignos frecuentes del miometrio que no suelen causar síntomas ni requieren extirpación. La paciente con un leiomioma uterino pequeño y asintomático podía ser controlados con exámenes pélvicos periódicos. Si el útero no fue demasiado grande, primero debe intentarse un enfoque conservador con un legrado uterino en lugar de histerectomía.

Adenomiosis:

La adenomatosis es una indicación infrecuente de histerectomía. la presencia de dismenorrea, menorragia, aumento del tamaño del útero y sensibilidad podrían indicar una adenomatosis. De acuerdo con la gravedad de los síntomas, podía indicarse una histerectomía después de que ocurra un fracaso con método más conservadores, como hormonoterapia y legrado uterino.

Enfermedad pelviana inflamatoria:

Una exacerbación aguda de una enfermedad pelviana inflamatoria (EPI) crónica con absceso tuboovaricos suele tratarse con éxito por medio de un tratamiento médico conservador que incluye antibiótico para la infección polimicrobiana y el drenaje del pus cuando corresponda a través de una colpotomía

Endometriosis pelviana:

La endometriosis pelviana extensa que no responde a la hormonoterapia podría requerir cirugía para obtener alivio. las mujeres jóvenes que aun desean tener niños deben someterse a una cirugía conservadora, que incluya la extirpación de toda la endometriosis visible y palpable. En mujeres de edad avanzada sin deseo de quedar embarazadas o en paciente cuyos síntomas y

hallazgos de endometriosis en la pelvis ha recurrido después de una operación conservadora previa, se suelen indicar una cirugía más extensa. en estos casos la histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral fue el procedimiento de elección.

2.4.2 Enfermedades neoplásicas

Neoplasia intraepitelial cervical:

En la mayoría de los casos la neoplasia intraepitelial cervical podía tratarse adecuadamente con un procedimiento de exéresis con electrodo de asa, criocirugía, cirugía láser o conización cervical. A veces se recomienda histerectomía en paciente que no desean tener más hijos y tiene otras indicaciones para la histerectomía. Se prefiere la histerectomía por vía vaginal, salvo que este contraindicada por la presencia de enfermedad aneural. Aumento del tamaño uterino y otras circunstancias.

Cáncer de cuello uterino con invasión inicial:

Una histerectomía total simple es una operación adecuada para un cáncer de cuello uterino con invasión inicial sin una conización cervical practicado mostro una invasión estromal microscópica superficial limitada a una profundidad menor o igual a 3 mm o una diseminación lateral <7 mm. El tumor no debe confluir en el estroma y ni evidenciarse una invasión de los espacios vascular o linfático. En esta situación fue satisfactoria tanto la histerectomía por la vía abdominal como vaginal.

Hiperplasia endometrial, adenocarcinoma de endometrio y sarcoma del útero:

La mayoría de los expertos considera que la hiperplasia endometrial atípica fue precursora del adenocarcinoma de endometrio y, en consecuencia, una indicación apropiada de histerectomía.

2.5 Acceso para histerectomía

La histerectomía puede llevarse a cabo con un acceso abdominal, vaginal, laparoscópico o robótico, y la selección está influenciada por muchos factores. Por ejemplo, las propiedades físicas del útero y la pelvis, las indicaciones quirúrgicas, presencia o ausencia de alteraciones de los anexos, los riesgos quirúrgicos, los costos, la hospitalización, la duración de la recuperación, también se sopesan los recursos hospitalarios, la destreza del cirujano y la calidad de vida prevista en el posoperatorio.

2.5.1 Histerectomía abdominal

Casi todas las histerectomías en Estados Unidos se realizan a través de una incisión abdominal. Se puede elegir una incisión transversa o vertical, dependiendo de la situación clínica. En general, cuando el útero es grande, se prefiere una incisión vertical en la línea media para obtener un espacio quirúrgico suficiente.

La histerectomía abdominal brinda la máxima capacidad de manipulación de órganos pélvicos y por ello se prefiere si se anticipa encontrar órganos pélvicos grandes o adherencias extensas. Un acceso abdominal permite el acceso a los ovarios si se planea realizar ooforectomía, al espacio de Retzius o espacio pre sacro cuando se planea llevar a cabo en forma simultánea procedimientos de uroginecología, o bien a la porción superior del abdomen para la clasificación por etapas del cáncer. La histerectomía abdominal por lo general requiere menos tiempo quirúrgico que la histerectomía laparoscópica y no necesita instrumentos avanzados o experiencia en laparoscopia. No obstante, la histerectomía abdominal se vincula con una recuperación y estancia hospitalaria más prolongadas, aumento del dolor de la incisión y mayor riesgo de fiebre pos operatoria e infección de la herida quirúrgica. En comparación con la vaginal, la histerectomía abdominal se vincula con mayor riesgo de transfusiones y lesiones ureterales, pero menor riesgo de hemorragia posoperatoria y lesión vesical.

Histerectomía total en comparación con la supra cervical: antes de la histerectomía, suele discutirse con las pacientes la decisión de extirpar en forma simultánea el cuello uterino. La histerectomía podía incluir ablación del cuerpo y el cuello, lo que se conoce como histerectomía total, o quizá sólo del cuerpo uterino, lo que se conoce como histerectomía supra cervical. La denominación histerectomía sub total se refiere al tipo supra cervical pero no fue el término preferido.

2.5.2 Preparación de la paciente

En vista del riesgo de celulitis del muñón vaginal en el posoperatorio y de infecciones urinarias después de la histerectomía, estas pacientes reciben profilaxis antimicrobiana con una cefalosporina de primera o segunda generación. El riesgo de lesión intestinal durante la histerectomía fue bajo. En consecuencia, para la mayoría de las mujeres fue suficiente un enema administrado antes de la intervención quirúrgica para evacuar el recto.

2.6 Post operatorio

Después de la histerectomía abdominal se brindaron cuidados de cualquier operación abdominal mayor. La hospitalización varía por lo general de uno a cuatro días y el retorno de la función intestinal normal y la fiebre posoperatoria suelen dictar su duración. La actividad postoperatoria en general podía individualizarse, pero suele retrasarse el coito hasta cuatro a seis semanas después de la intervención para permitir la cicatrización de la cúpula vaginal.

Es frecuente la fiebre posoperatoria después de la histerectomía abdominal y su frecuencia es mucho mayor a la observada con el acceso vaginal o laparoscópico, con frecuencia la fiebre no tiene explicación, pero son frecuente la infección pélvica, además, deben sospecharse infección de la herida quirúrgica abdominal, de vías urinarias y neumonía. Por la elevada tasa de fiebre inexplicable que se resuelve espontáneamente, es razonable la observación durante 24 a 48 horas en casos de elevación de la temperatura. Otra opción es empezar el tratamiento con antibióticos. Se puede seleccionar una cefalosporina de segunda generación, pueden estar indicadas pruebas adicionales, que incluían ecografía transvaginal o tomografía computarizada, si sospecha de hematoma o absceso pélvico.

2.7 Complicaciones quirúrgicas

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico ginecológico que se realizó con mayor frecuencia. En los Estados Unidos se efectúan más de 600,000 procedimientos al año.

Casi 90% de las histerectomías se realiza por indicaciones benignas; entre las más importantes encontramos leiomiomas, irregularidades del ciclo menstrual, hiperplasia endometrial, displasias cervicales, adenomiosis, patología anexar, pólipo endometrial, dismenorrea o dolor pélvico crónico, endometriosis y prolapso uterino. La indicación más común es la leiomiomatosis uterina, con hasta un 62% de los casos.

Las complicaciones secundarias a histerectomía son variadas e incluyen las infecciones, complicaciones tromboembólicas venosas, cardíacas, digestivas, de lesión de vía urinaria o digestiva, hemorragias, neuropatías, dehiscencias, etc.

La frecuencia de complicaciones infecciosas después de una histerectomía es variable, en promedio fue de 10.5%; las más comunes incluyen celulitis de la cúpula vaginal, hematoma

infectado o absceso, infección de la herida, infección del tracto urinario, infección respiratoria, sepsis y morbilidad febril.

La incidencia de la trombosis venosa profunda (TVP) entre las pacientes sometidas a cirugía ginecológica mayor oscila entre el 7 y el 47% en función de los factores de riesgo asociados. No se sabe cuál es la incidencia precisa de la enfermedad tromboembólica venosa (trombosis venosa profunda o embolia pulmonar) después de la histerectomía; sin embargo, no se consideró que la histerectomía sea un factor de riesgo independiente.

El infarto de miocardio perioperatorio afecta al 3% de las pacientes sometidas a cirugía no cardíaca, pero esta tasa varía según los diferentes factores de riesgo. El infarto de miocardio constituye un diagnóstico bastante difícil porque sólo el 14% de las pacientes con infarto refiere dolor torácico

La cirugía predispone a la isquemia miocárdica. Los grandes desplazamientos de volumen, las pérdidas hemáticas, la aceleración de la frecuencia cardíaca y la hiperreactividad plaquetaria postoperatoria hacen que las pacientes se expongan a episodios cardíacos. El infarto de miocardio perioperatorio afecta al 3% de las pacientes sometidas a cirugía no cardíaca, pero esta tasa varía según los diferentes factores de riesgo.

El íleo se presenta como complicación hasta en el 2%. Las adherencias fueron la causa más frecuente de la obstrucción intestinal, tanto cuando ésta se localiza a nivel del intestino grueso (30%) como cuando se localiza a nivel del intestino delgado (60%). La incidencia alcanza 13.6 por 1,000 cirugías.

Las lesiones del tracto urinario (vejiga o uréter) ocurren en 1 a 2% de las cirugías ginecológicas mayores; se calcula que el 75% de estas lesiones se producen durante la histerectomía.

Las lesiones del tracto gastrointestinal varían de 0.1% a 1%, con estimaciones de 0.3% para histerectomía abdominal. La lesión intestinal puede ocurrir durante la liberación de bridas o la disección en el fondo de saco posterior.

La media estimada de pérdida de sangre para histerectomía abdominal fue de 238-660.5 ml; para la histerectomía laparoscópica, de 156-568 ml, y para la histerectomía vaginal, de 215-287 ml.

Existen muchas variables que contribuyen a mayores complicaciones hemorrágicas, incluyendo obesidad, mala exposición visual (anatomía distorsionada atribuible a endometriosis, adherencias, grandes masas), leiomiomas uterinos, habilidad del cirujano y su experiencia práctica, profilaxis farmacológica de la tromboembolia venosa, uso concomitante de aspirina y otros fármacos antiagregantes plaquetarios. Hay pocos datos que describen de forma prospectiva los sitios más comunes de sangrado intraoperatorio en el momento de la histerectomía. La neuropatía después de histerectomía fue un evento poco común pero significativo. Una revisión de la literatura revela una tasa de 0.2-2% después de cirugía pélvica mayor. Para histerectomía benigna, la tasa está probablemente más cerca del extremo inferior de este rango, ya que una mayor cantidad de lesiones nerviosas se asocian con la cirugía radical del cáncer pélvico.

La dehiscencia de la cúpula vaginal es una complicación postoperatoria exclusiva de la histerectomía. Aunque es una complicación poco frecuente, podía dar lugar a morbilidad grave. El cerrar el peritoneo –o no hacerlo– al final de la histerectomía total abdominal o vaginal no influye en el riesgo de presentar dehiscencia de la cúpula vaginal.

Fistula vesicovaginal, la histerectomía abdominal sigue siendo la causa más frecuente de aparición de una fistula vesicovaginal (algunas estadísticas estiman que fue responsable de hasta el 70% de las mismas).

2.8 Profilaxis antibiótica

Teniendo en cuenta la técnica quirúrgica debemos saber que las infecciones fueron más frecuentes tras una histerectomía vaginal con un porcentaje superior a 20% que después de una histerectomía abdominal. Ello está en relación con el tiempo de exposición de los microorganismos en la herida que favorecerá su desarrollo.

La utilización de profilaxis en la histerectomía abdominal estaría determinada por los factores locales acompañantes.

La administración profiláctica de antibióticos reduce la tasa de infección a un 8%. Entre los regímenes disponemos de amoxicilina clavulánico 2 gramos vía oral, cefazolina 1-2 gramos, cefoxitina 1-2 gramos o cefuroxima 1.5 gramos estos tres aplicados por vía intravenosas administrados en una sola dosis 30 minutos antes de la intervención. En intervenciones prolongadas sería necesario repetir las dosis cada 4 a 8 horas. Como pauta alternativa en paciente

alérgicas podía utilizarse doxicilina 100 mg por vía oral al acostarse y 3-4 horas antes de la intervención. Si también fuera alérgica a esta se recomienda la clindamicina 900 mg por vía intravenosa al acostarse y 3 o 4 horas antes de la intervención.

2.9 Marco jurídico

De acuerdo al acuerdo N0 317 de la constitución de la república de El Salvador, en el Órgano Ejecutivo en el ramo de salud considera:

- I. Que en el Art. 65 de la Constitución expresa que la salud de los habitantes constituye un bien público, y que su conservación y restablecimiento fue obligación del Estado y las personas.
- II. Que el Código de Salud en su Art. 40, faculta al Ministerio de Salud, para dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud; asimismo en el Art. 41 se expresa que corresponde al Ministerio, organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias, entre otros.
- III. Que lo prescrito en el numeral 2 del artículo 42 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, se establece que compete al Ministerio de Salud, dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

IV. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE EL SALVADOR SECCIÓN PRIMERA DERECHOS INDIVIDUALES

Art. 3. Todas las personas son iguales ante la ley. Para el goce de los derechos civiles no podrán establecerse restricciones que se basen en diferencias de nacionalidad, raza, sexo o religión. SECCIÓN CUARTA SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Art. 65. La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

LEY DE IGUALDAD, EQUIDAD Y ERRADICACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES CAPÍTULO V Promoción y protección de la igualdad y no discriminación en los derechos a la salud y otros derechos sociales y culturales.

Art. 26. Igualdad y no discriminación en la atención a la salud integral y a la salud sexual y reproductiva. El Estado, en atención a las obligaciones que le confiere la Constitución,

postula como derechos fundamentales en materia de salud integral, salud sexual y salud reproductiva: El derecho a recibir información calificada sobre las materias vinculadas a estos derechos; el derecho a recibir servicios de prevención de riesgos en esta materia; y, el derecho a la atención integral.

2.10 Contextualización

En el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, en el servicio de ginecología en promedio se ingresaron de 8-12 pacientes al mes, entre las edades de 30-65 años principalmente, cuyo principales diagnósticos a la cabeza miomatosis uterinas, seguido por la hiperplasia de endometrio, carcinoma in situ, entre otros, las cuales fueron seleccionadas previamente en la consulta externa para la realización del procedimiento quirúrgico histerectomía abdominal total, muchas de estas paciente tienen patología crónicas como diabetes, hipertensión u obesidad entre otros, o alteraciones de la salud consecuencia de sus patología como: anemia hidronefrosis que podía complicar el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, o que necesitan evaluación por otra especialidad como la urología, en consecuencia esto se traduce en estancia hospitalaria prolongadas y complicaciones como infección de sitio quirúrgico, que también fue una causa frecuente de reingreso de la paciente pos histerectomía, lo que en consecuencia disminuye la disponibilidad de camas para el ingreso de nuevas paciente ,así mismo se atiende pacientes tanto del área urbana y rural del occidente del país, estas ultima que muchas veces tienen dificultad para el acceso a los servicios de salud ya sea por el factor geográfico o por factores sociales, además parte de la población que se atiende fueron paciente privadas de libertad que se encontraban recluidas en el centro penal de nuestra ciudad y que por condiciones de desnutrición, hacinamiento y riesgo infeccioso permanecieron parte del preoperatorio y recuperación ingresadas en los servicios.

Uno de los grandes problemas al que se enfrenta el servicio de ginecología fue la cantidad de cirugías suspendidas debido a la falta de disponibilidad de quirófano, principalmente por la prolongación de cirugía en previas lo que obliga a la reprogración quirúrgica de la paciente y retraso en la atención, en consecuencia, se vencen valoración preoperatoria, neumológicas o simplemente la paciente ya no continua el plan quirúrgico por los factores mencionados anteriormente.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de investigación

Cualitativo.

3.2 Diseño de investigación

De tipo descriptivo.

3.3 Tipo de estudio

No experimental

3.4 Diseño de recolección

Retrospectivo longitudinal

3.5 Población y muestra

3.5.1 Población

La población de estudio correspondió a 144 paciente que han sido ingresadas en el servicio de ginecología en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana con plan de histerectomía abdominal total y que se sometieron a dicho procedimiento en el periodo de enero a diciembre de 2024, que cumplan criterios de inclusión y exclusión mediante la revisión de expediente clínico.

3.5.2 Muestra

En donde:

n = tamaño de la muestra

$Z= 1.96$ = que corresponde al nivel de confianza del 95%

$P= 0.5$ = Probabilidad de éxito

$Q= 0.5$ = probabilidad de fracaso

$E= 0.07$ = es el error muestra

$N= 144$ = es el tamaño poblacional

- Sustituyendo:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(144)}{(0.07)^2(144-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 83 \text{ Personas}$$

La muestra será 83 personas, de acuerdo a fórmula empleada

3.6 Tipo de estudio

El presente fue un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y de carácter transversal

3.7 Operativización de las variables

La manipulación de variables con método no experimental en el cual se realizó una cohorte con enfoque descriptivo

Objetivo general	Objetivo específico 1	Variable	Indicador	Parámetro	Instrumento
Describir las características clínicas y epidemiológicas de paciente sometidas a histerectomía abdominal total, en el servicio de ginecología del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.	Determinar características epidemiológico de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en hospital San Juan de Dios de Santa Ana.	Epidemiología como “el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud”.	Edad	a) <30 años b) 30-40 años c) 41-50 años d) 51-60 e) > 61 años	Revisión expediente clínico Lista de cotejo
			Procedencia	a) Rural b) Urbano	Revisión expediente clínico Lista de cotejo
			Nivel educativo	a) Primaria b) Secundaria	Revisión de expediente, Historia clínica, Lista de cotejo

				<ul style="list-style-type: none"> c) Bachillerato d) Nivel superior e) No sabe leer f) Otro 	
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> a) Soltera b) Casada c) Acompañada d) Viuda 	<p>Revisión de expediente.</p> <p>Lista de cotejo</p>
			Condición social de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> a) Privada de libertad b) Población móvil 	<p>Revisión de expediente.</p> <p>Lista de cotejo</p>
			Nacionalidad	<ul style="list-style-type: none"> a) Salvador b) Guatemala c) Honduras d) Otras __ 	<p>Revisión de expediente.</p> <p>Lista de cotejo</p>

			Tipo de cirugía previa	a) Cesárea b) Esterilización c) Laparotomía explotaría	Revisión de expediente. Lista de cotejo
			Evaluación por especialista	a) Si medicina interna Neumología Urología Nefrología b) No	Revisión de expediente. Lista de cotejo Revisión de expediente. Lista de cotejo
Objetivo general	Objetivo específico 3	Variable	Indicador	Parámetro	Instrumento
	Establecer las principales indicaciones de histerectomía abdominal total, en pacientes del servicio de ginecología	Indicaciones de histerectomía	Diagnóstico clínico	a) Miomatosis uterina. b) Hiperplasia endometrial.	Revisión de expediente. Lista de cotejo

				c) Carcinoma epidermioide en situ d) Adenomatosis e) Endometriosis f) Quiste de ovario de malignidad desconocida Si a) No	Revisión de expediente clínico
	Objetivo específico 4	Variable	Indicador	Parámetro	Instrumento
	Correlacionar la indicación clínica de histerectomía abdominal con el resultado histopatológico	Concordancia entre la indicación quirúrgica y el resultado histopatológico	Acorde	a) Si b) No	Revisión de expediente clínico Reporte patológico Lista de cotejo

	posterior a procedimiento				
	Objetivo específico 5	Variable	Indicador	Parámetros	Instrumento
	Identificar las principales complicaciones posterior a histerectomía abdominal total en pacientes del servicio de ginecología.	Complicaciones quirúrgicas	Tipo de complicación	<ul style="list-style-type: none"> a) Infección superficial de sitio quirúrgico b) Infección profunda de sitio quirúrgico c) Lesión vesical d) Ligadura de uréter e) Lesión intestinal f) Hemorragia g) Dehiscencia de Cúpula h) Hematoma de herida operatoria i) Ninguna 	Revisión de expediente clínico Reportes postoperatorios

			Reingreso hospitalario	a) Si b) No	Revisión de expediente clínico
			Necesidad de transfusión sanguínea previo procedimiento	a) Si b) No	Revisión de expediente clínico
			Trasfusión sanguínea posterior a histerectomía abdominal	a) Si b) No	Revisión de expediente clínico

3.8 Instrumentos de recolección

La recolección de información se realizó por medio de lista de cotejo con la respectiva revisión de expediente clínicos tanto físicos como virtuales de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total y que cumplan criterios de inclusión y exclusión.

3.9 Componente ético de la investigación

El componente ético de esta investigación estuvo dirigido a garantizar la precisión en la obtención de datos sin sobrepasar los principios éticos que la rigen como:

1. La no maleficencia, respetando la identidad e integridad tanto física, moral y psicológica de la usuaria del servicio de salud.
2. La Beneficencia con lo cual se buscó en dicha investigación obtener la información que permita mejorar la atención de las usuarias sometidas a histerectomía abdominal y realizar una caracterización epidemiológica para futura investigaciones.

En la presente investigación no se realizó trabajo de campo como tal, ni entrevista de sujetos de estudio, sin embargo, se estudiaron expedientes clínicos; a los cuales se les otorgó un código específico que solo los investigadores conocieron, confrontados a listas de cotejo, dichos expedientes fueron documentos legales y contienen información privada de cada paciente; por tanto únicamente los investigadores tuvieron acceso a esta información, resguardando la identidad o información personal de la misma, la cual no se refleja en el estudio; la información obtenida mediante lista de cotejo no fue revelada de ninguna forma para fines ajenos a la investigación por lo que se debió contemplar el hecho de que se cumplieron los principios morales y éticos para asegurar y sustentar no faltar a la ética en salud; y el secreto profesional. Y como beneficios se buscó identificar el perfil de las pacientes sometidas a histerectomía, tanto clínicamente, como epidemiológicamente, lo que nos permitió identificar la conducta de las patologías benignas del útero; y el manejo quirúrgico brindado en el Hospital nacional de Santa Ana.

3.10 Cronograma de actividades año 2025

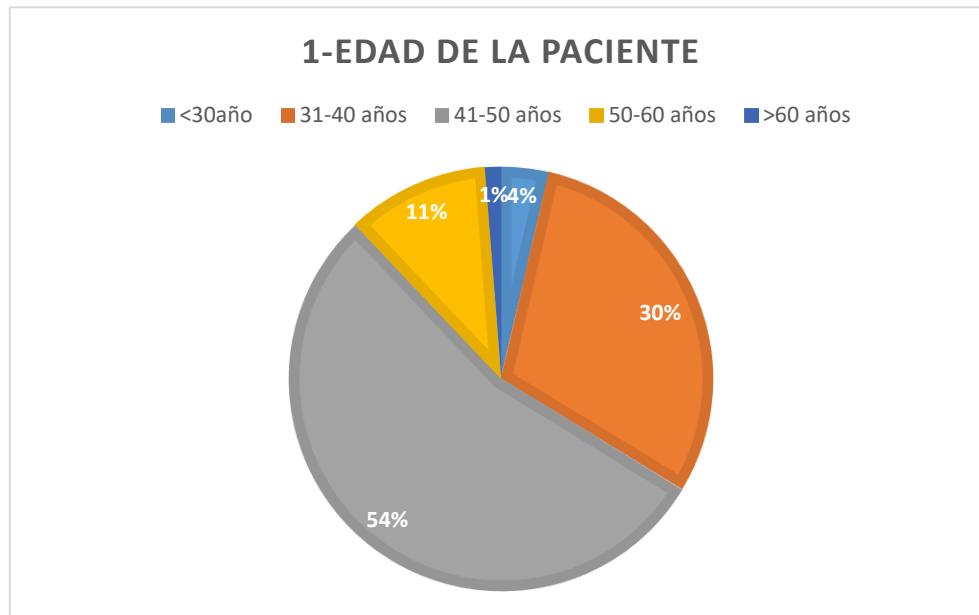
ACTIVIDADES	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.
Elección del tema.	X								
Planteamiento del problema.	X								
Objetivos.	X								
Revisión bibliográfica.	X	X							
Marco teórico.	X	X	X						
Diseño metodológico.	X	X	X	X					
Revisión trabajo de grado por asesor			X	X					
Revisión de trabajo de grado por comité de ética				X	X				
Aprobación de trabajo de grado por comité de ética					X				
Revisión de expedientes.					X	X			
Análisis, conclusiones y resultados.							X		
Presentar resultado de investigación								X	
Defensa trabajo de grado									X

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

- ✓ Determinar características epidemiológicas de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

Gráfico 1: Edad de paciente sometida a histerectomía abdominal total en hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre 2024.

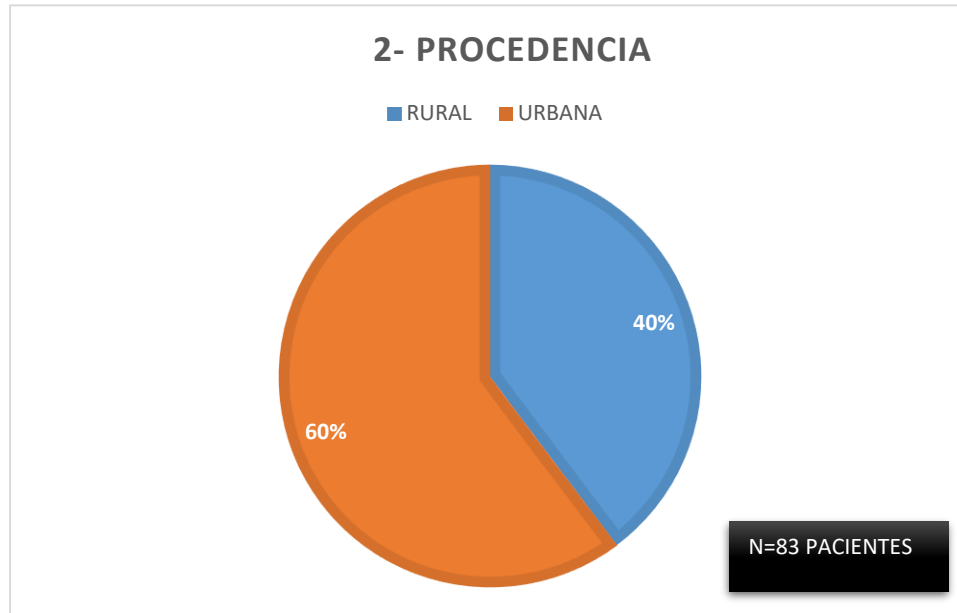


Fuente: Expediente clínico de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024

Análisis y discusión de resultado

Según el análisis de los resultados, se identifica que el 66% de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total, electiva corresponde a mujeres en la peri menopausia, y menopausia, mientras que el 34% de las pacientes correspondía a mujeres en edad reproductiva.

Gráfico 2: Procedencia geográfica con respecto a zona rural o urbana de la paciente sometida a histerectomía abdominal total en hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre 2024

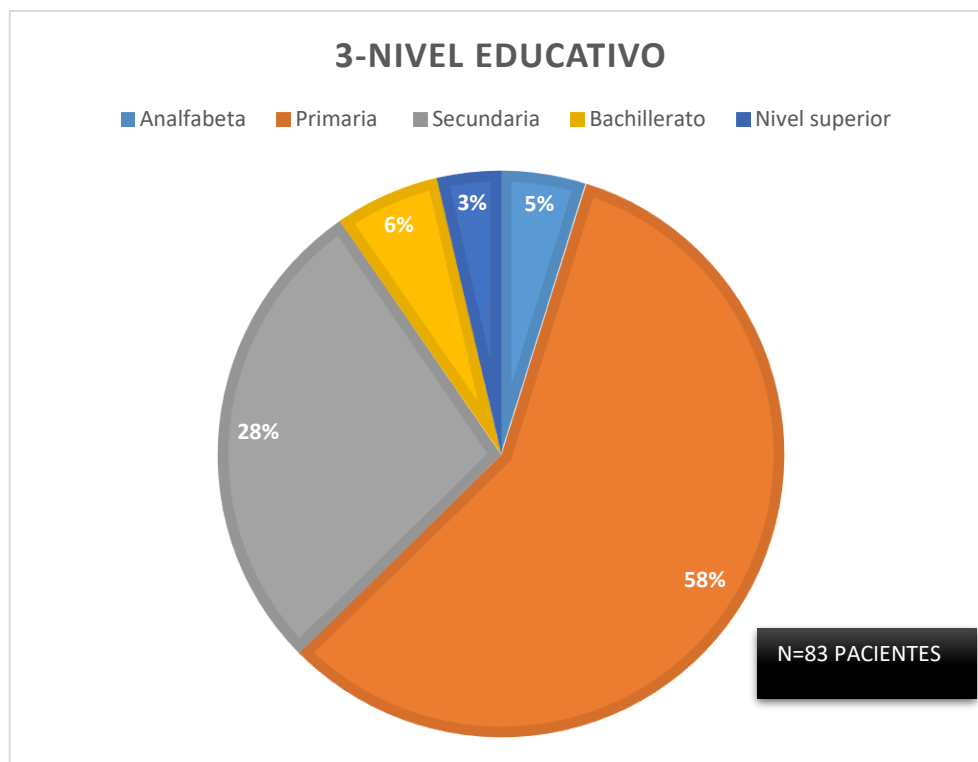


Fuente: Expediente clínico de paciente de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024

Análisis y discusión de resultado

Con respecto a la zona geográfica de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, el 60% corresponde al área urbana con respecto a 40% del área rural.

Gráfico 3: Nivel educativo de la paciente sometida a histerectomía abdominal total en hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre 2024.

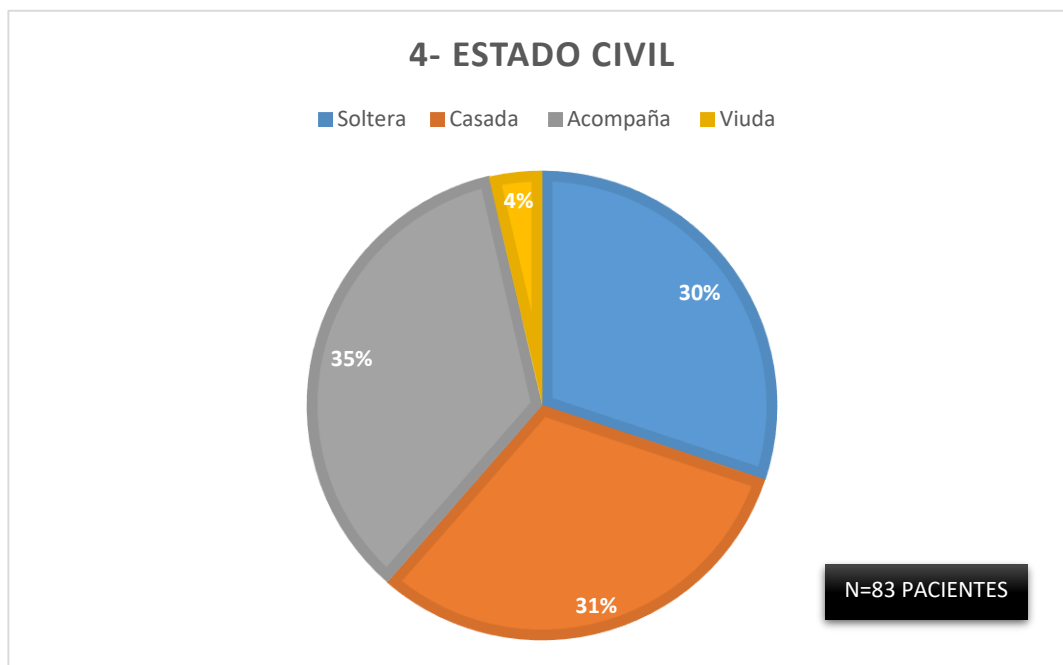


Fuente: Expediente clínico de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024.

Análisis y discusión de resultado

De las usuarias sometidas a histerectomía abdominal total el 58% ha cursado la primaria, 28 % secundaria, 6% bachillerato, las pacientes analfabetas y con estudios superior que corresponde a 5% y 3% respectivamente.

Gráfico 4: Estado civil de paciente sometida a histerectomía abdominal total en hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre 2024.

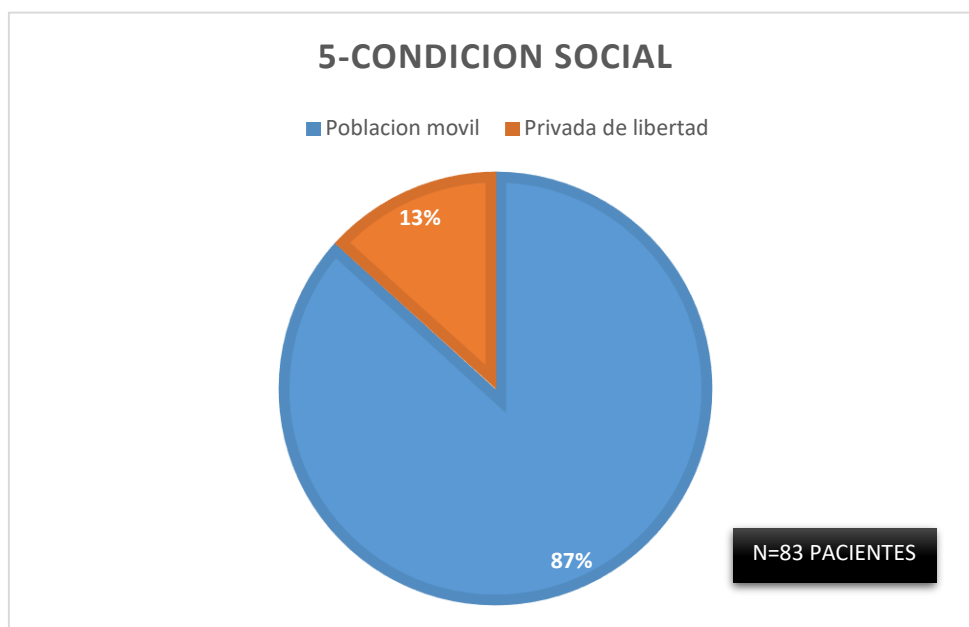


Fuente: Expediente clínico de paciente de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024.

Análisis y discusión de resultado

Con respecto al estado civil de las usuarias sometidas a histerectomía abdominal el 66% tenía pareja, ya fuera casada, o en unión libre, mientras que el 34 % no tenía compañero de vida, ya sea soltera o viuda.

Gráfico 5: Condición social de la paciente sometida a histerectomía abdominal total en hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre 2024.



Fuente: Expediente clínico de paciente de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024.

Análisis y discusión de resultado

Respecto a la condición social de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, el 87% de las pacientes corresponde a la población civil móvil, y se evidencia que el 13 % tenía algún grado de vulneración y factores de riesgo aumentados por ser privadas de libertad.

Gráfico 6: Nacionalidad de la paciente sometida a histerectomía abdominal total en hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre 2024.



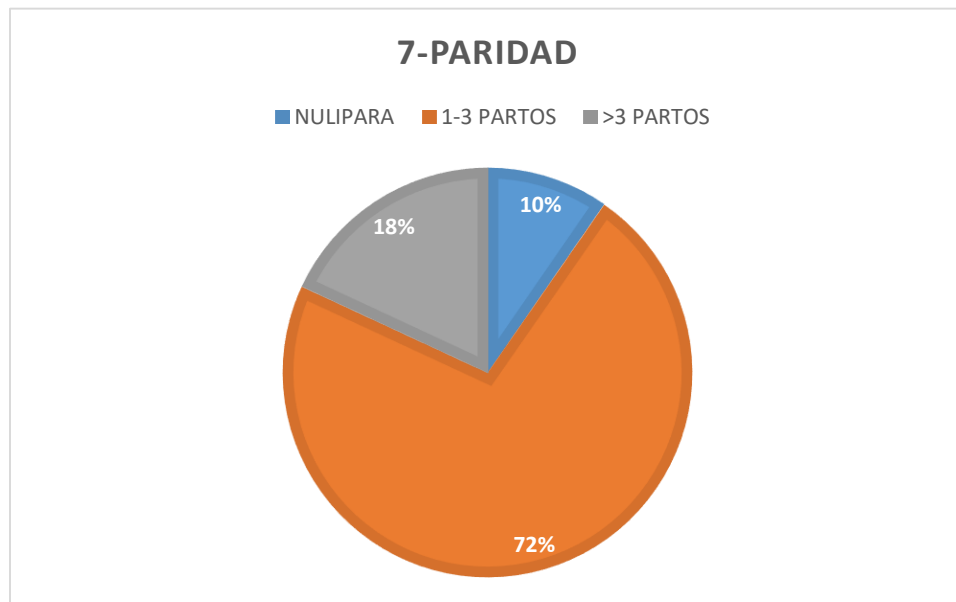
Fuente: Expediente clínico de paciente de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024

Análisis y discusión de resultado

De las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 99% pacientes fueron pacientes de nacionalidad salvadoreña, una sola paciente sometida a histerectomía abdominal fue de nacionalidad guatemalteca, no se sometió a cirugía paciente de otra nacionalidad.

- ✓ Determinar las características clínicas de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

Gráfico 7: Paridad de la paciente sometida a histerectomía abdominal total en Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024

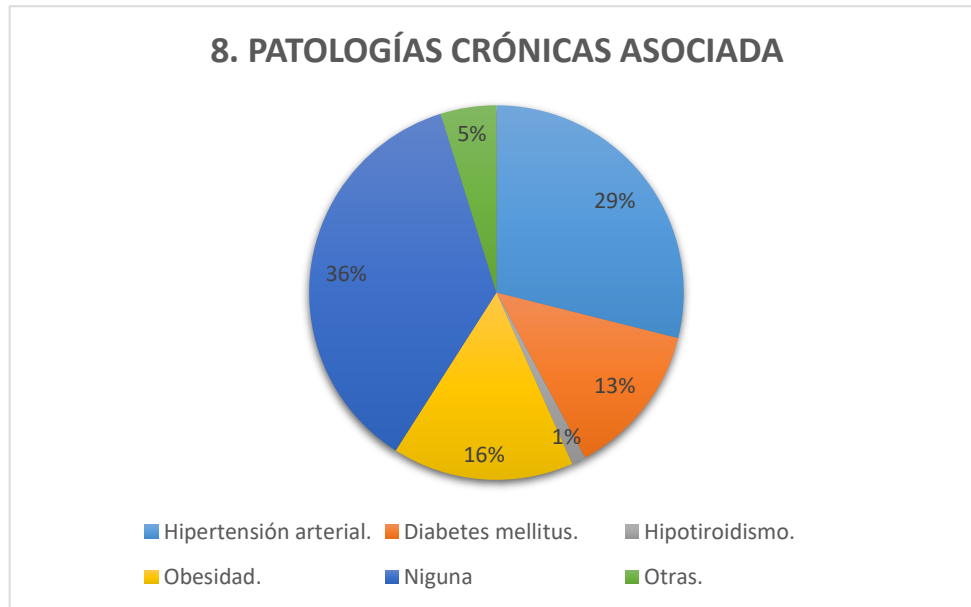


Fuente: Expediente clínico de paciente de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024

Análisis y discusión de resultado

De los datos obtenidos tras revisión de expediente clínico en el grafico muestra que el 72% de mujeres histerectomizadas habían tenido 1-3 partos, el 18% habían tenido más de 3 partos y un 10% no había tenido ningún hijo/a.

Gráfico 8: Patología crónica asociada de la paciente sometida a histerectomía abdominal total en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2024

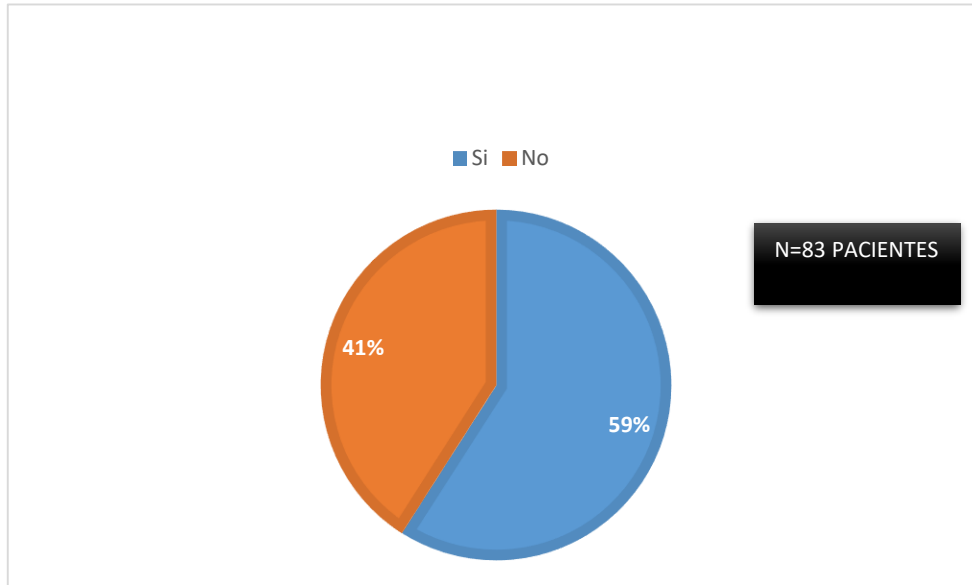


Fuente: Expediente clínico de paciente de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024

Análisis y discusión de resultado

Del análisis de los expedientes clínicos 36% no presentaban comorbilidades, mientras que el 64% de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total, padecía de alguna enfermedad, por lo que la mayoría de pacientes era candidata para evaluación por otros especialistas

Gráfico 9: Pacientes con antecedentes de cirugía previas que fueron sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2024.

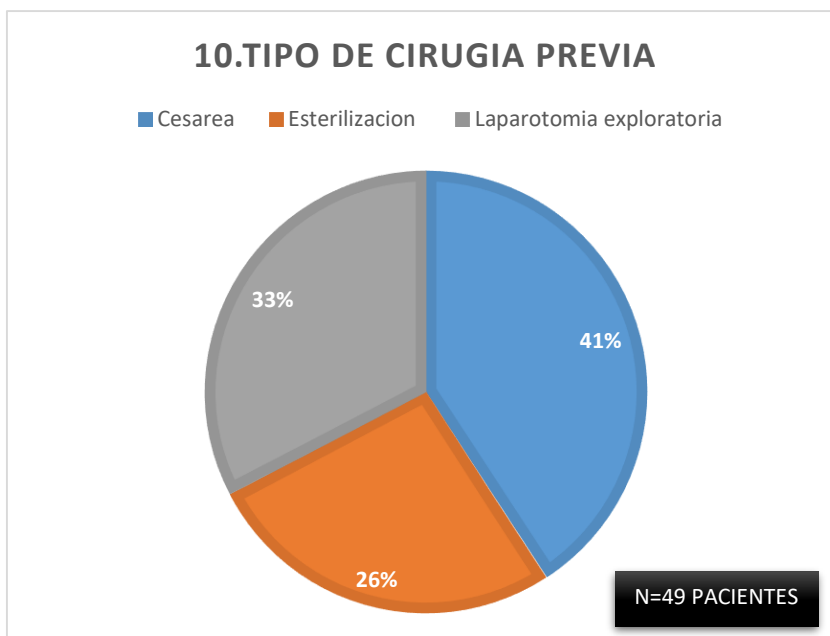


Fuente: Expediente clínico de paciente de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024

Análisis y discusión de resultado

El 59% de las pacientes, presentaba un antecedente quirúrgico, ya previo, lo que podía limitar o modificar el abordaje quirúrgico al momento de realizar la histerectomía, mientras que el 41% no tenía antecedentes quirúrgicos previos, permitiendo un abordaje menos complicado, y menor riesgo de complicaciones en el transquirurgico.

Gráfico 10: Tipo de cirugía previa a la que había sido sometida la paciente pos histerectomía a abdominal total en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2024.

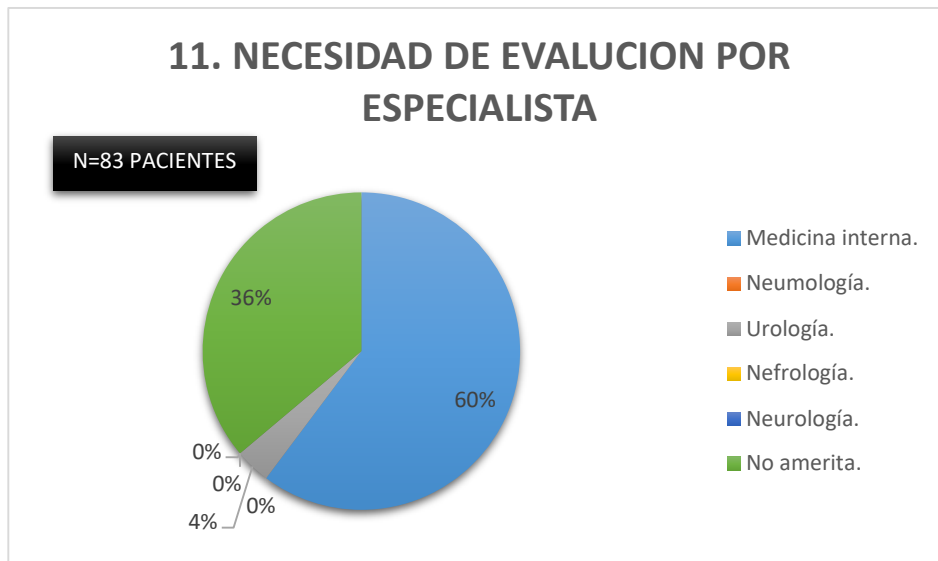


Fuente: Expediente clínico de paciente de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024.

Análisis y discusión de resultado

En este caso en particular del total de la muestra de 83 pacientes, solo 49; tenían antecedentes quirúrgicos previos, de los cuales la mayoría (41%) tenía antecedente de cesárea previa, el 33% laparotomía exploratoria, y la minoría estaba esterilizada.

Gráfico 11: Necesidad de evolución por especialistas previo a cirugía de la paciente sometida a la paciente pos histerectomía a abdominal total en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2024.



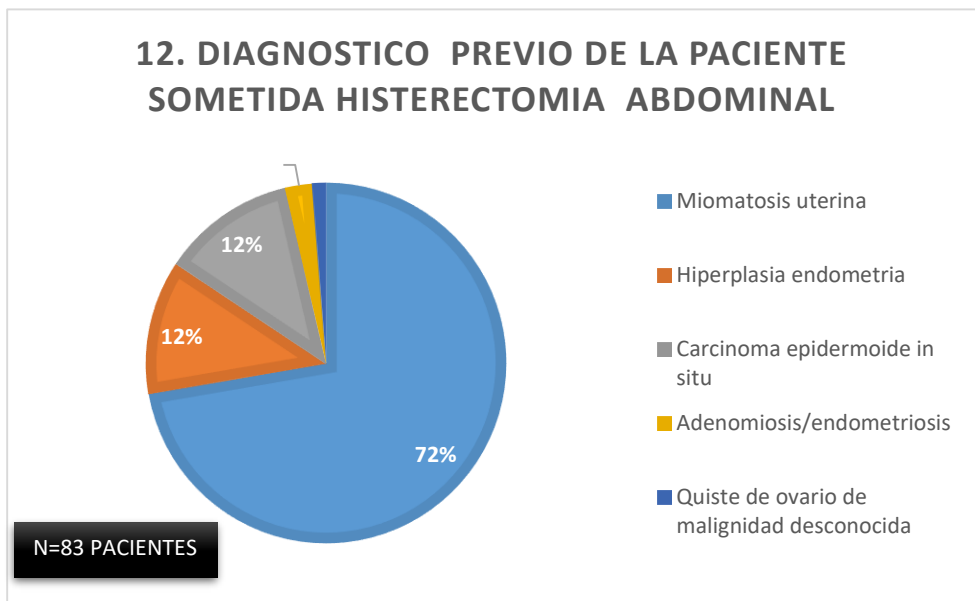
Fuente: Expediente clínico de paciente de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024

Análisis y discusión de resultado

Del 100% de la muestra, el 64% ameritaron evaluación preoperatoria por medicina interna u otra especialidad, ya sea por patologías crónicas de base como diabetes mellitus, HTA crónica, hipotiroidismo, algún grado de obesidad, u otras, colocación de catéter doble J, mientras que el 36% restante por no presentar comórbidos, no ameritaron evaluación pre operatoria por ninguna especialidad.

- ✓ Correlacionar la indicación clínica de histerectomía abdominal con el resultado histopatológico posterior a procedimiento.

Gráfico 12: Diagnóstico previo de la paciente sometida a histerectomía abdominal total en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2024.

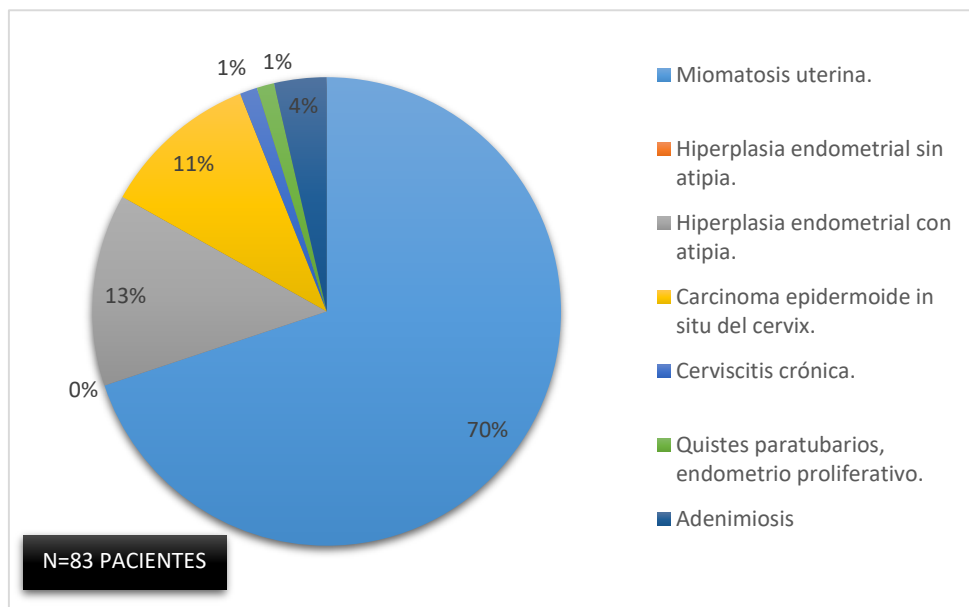


Fuente: Expediente clínico de paciente de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024.

Análisis y discusión de resultado

Según la revisión de expedientes clínicos del 100% de paciente sometidas a histerectomía abdominal el diagnóstico previo a la cirugía correspondía en 72 % a miomatosis uterina, 12% carcinoma epidermoide in situ, 12% hiperplasia de endometrio, 3 % adenomatosis y 1% corresponde a quiste de ovario de malignidad desconocida. Identificando la miomatosis uterina como la principal indicación de histerectomía en el hospital de Santa Ana, concordando con la literatura.

Gráfico 13: Diagnóstico postoperatorio según resultado histopatológico de la paciente sometida a histerectomía abdominal total en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2024.

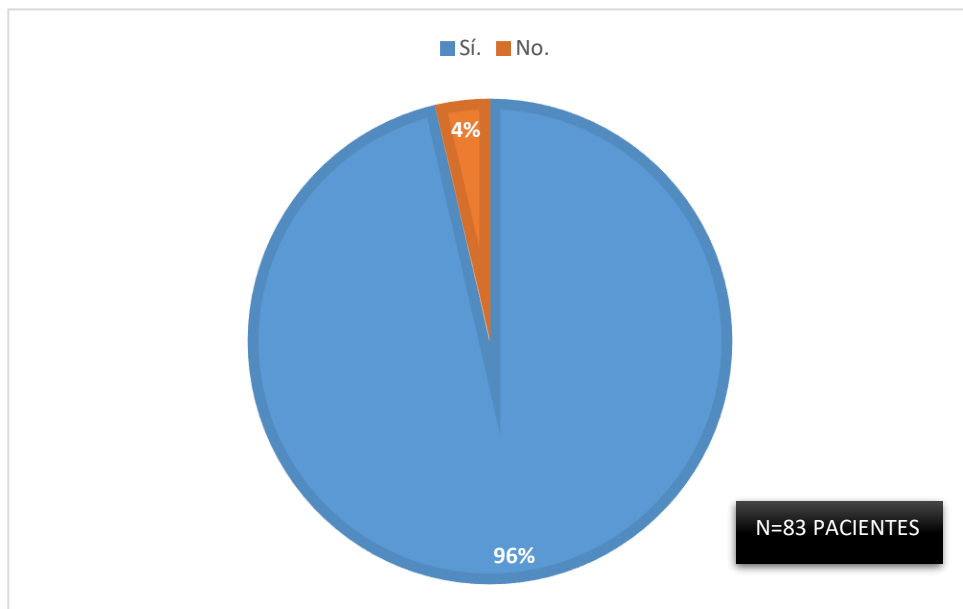


Fuente: Expediente clínico de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024

Análisis y discusión de resultado

Según los resultados histopatológicos, del total de indicaciones de histerectomía el 70% corresponde a miomatosis uterina, 13% a hiperplasia endometrial, y 9% a carcinoma epidermoide in situ del cérvix, sin embargo, se evidencia un 6% de diagnósticos que no corresponde con el diagnóstico pre quirúrgico, por ejemplo histerectomía por miomatosis uterina, y como resultado adenomatosis, otro resultado fue cervicitis crónica, cuando la indicación pre quirúrgica para realizar la histerectomía fue carcinoma epidermoide in situ de cérvix. No hubo diagnóstico pos quirúrgico de hiperplasia endometrial sin atipias.

Gráfico 14: Concordancia entre el diagnóstico pre quirúrgico y el resultado histopatológico de la paciente sometida a histerectomía abdominal total en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2024.



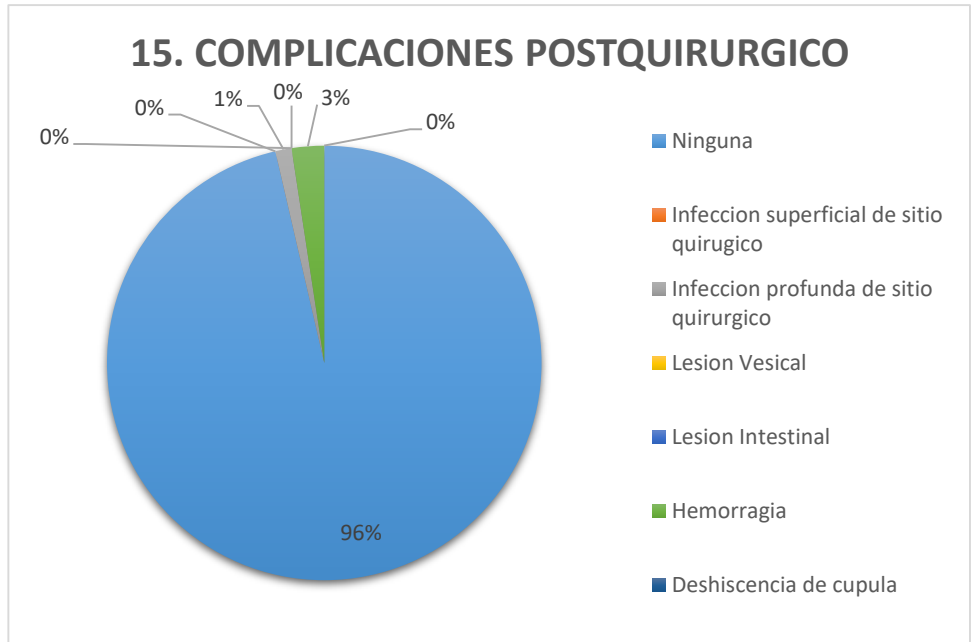
Fuente: Expediente clínico y resultado histopatológico de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024.

Análisis y discusión de resultado

Según la revisión de expediente clínico con respectivo diagnóstico preoperatorio y resultado histopatológico se observa una concordancia 96% (80 pacientes), con respecto a un 4% (3 pacientes) que el diagnóstico prequirúrgico no concordó con el postoperatorio.

- ✓ Identificar las principales complicaciones posterior a histerectomía abdominal total en pacientes del servicio de ginecología.

Gráfico 15: Principales complicaciones postquirúrgicas de la paciente a histerectomía abdominal total en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2024.

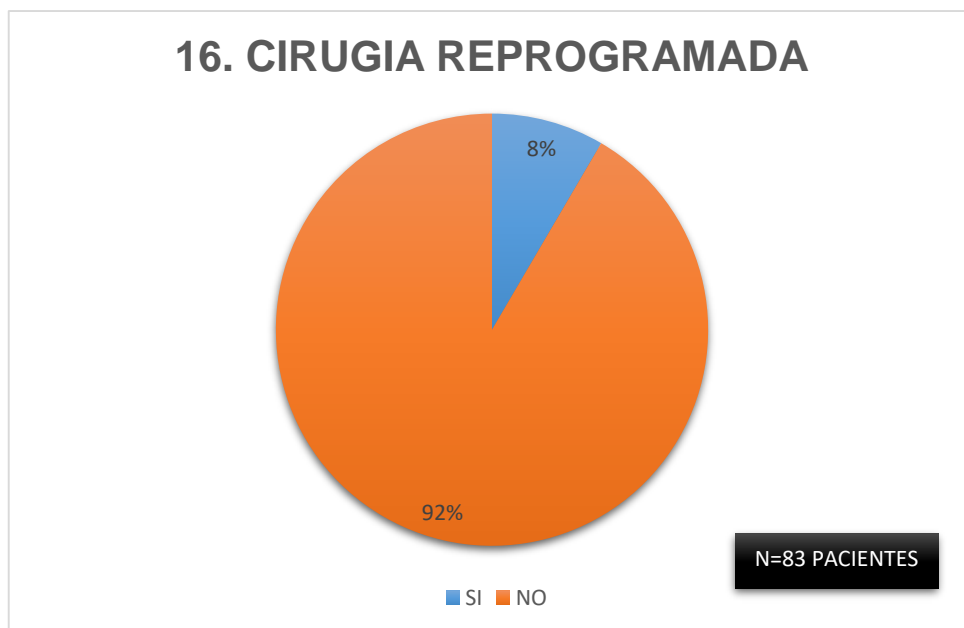


Fuente: Expediente clínico de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024

Análisis y discusión de resultado

Como resultado de la investigación se determina que el 96% (80 pacientes) no presentaron complicaciones posquirúrgicas el 3% (2 pacientes) presentaron como complicación hemorragia incluida en este la formación de hematomas y un 1% que corresponde a 1 paciente que presentó infección profunda de herida operatoria.

Gráfico 16: Reprogramación quirúrgica de la paciente sometida a histerectomía abdominal total en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2024.

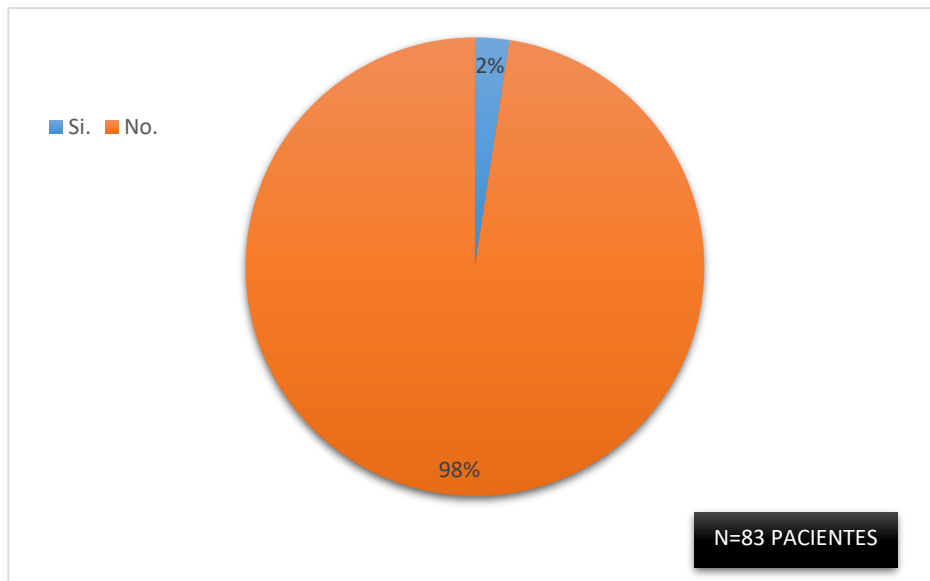


Fuente: Expediente clínico de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024.

Análisis y discusión de resultado

Al revisar expediente clínico del 100% de cirugía programadas solo el 8% (7 pacientes) se le reprogramo el procedimiento quirúrgico, el 92% (76 pacientes) se realizó en la fecha estipulada.

Gráfico 17: Del 100% de la muestra, el 98% de las pacientes no amerito reingreso posterior a practicar la histerectomía, lo que demuestra una adecuada técnica, y una recuperación efectiva, mientras de 2 porciento, que corresponde a 2 pacientes necesitaron reingreso posterior al procedimiento.

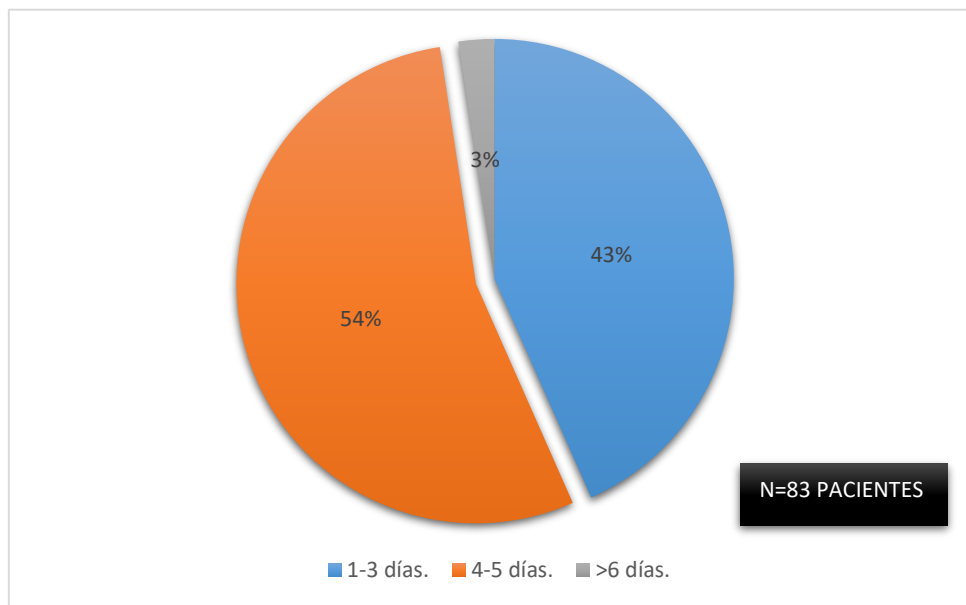


Fuente: Expediente clínico de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024.

Análisis y discusión de resultado

Al revisar expedientes clínicos, se identifica que el 98% no amerito reingreso posterior a practicar la histerectomía, lo que demuestra una adecuada técnica, y una recuperación efectiva, mientras de 2%, necesitaron reingreso posterior al procedimiento, por diferentes factores de riesgo como obesidad, o cicatrices previas.

Gráfica 18: Días de estancia hospitalaria de la paciente sometida a histerectomía abdominal total en el Hospital San Juan Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre 2024.

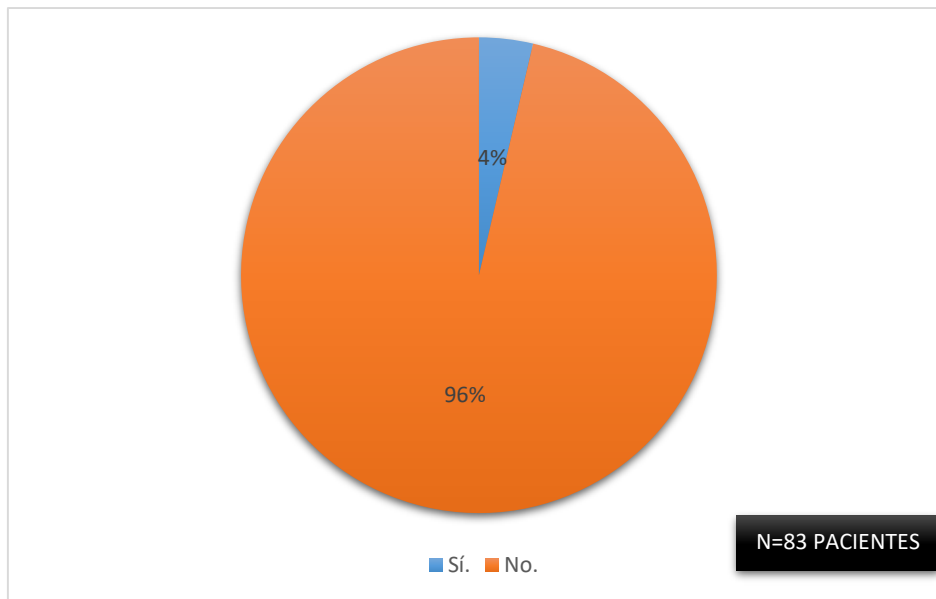


Fuente: Expediente clínico de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a histerectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024.

Análisis y discusión de resultado

Al realizar el análisis y revisión de expedientes clínicos se evidencia que el 97% de las pacientes, no tuvo estancias hospitalarias superiores a los 6 días; incluyendo el día previo a la cirugía y sus días de recuperación en hospitalización y solo el 3% permaneció ingresada por más de 6 días; pacientes quienes presentaron alguna complicación y necesitaron más días de estancia para evaluar mejoría clínica y resolver su complicación.

Gráfico 19: Transfusión sanguínea previo a procedimiento quirúrgico de paciente sometida a hysterectomía abdominal total en el Hospital San Juan Dios de Santa Ana el periodo de enero a diciembre 2024.

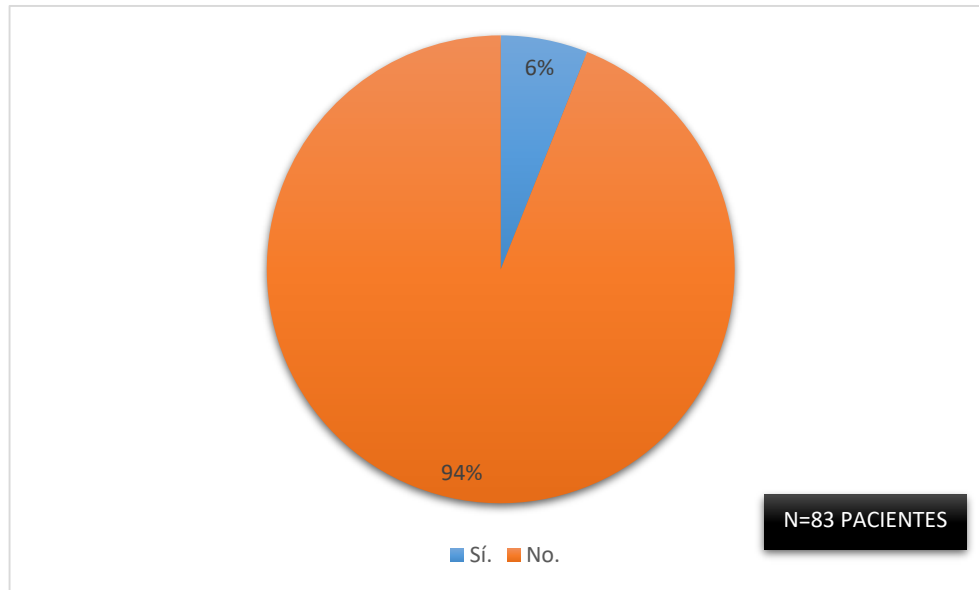


Fuente: Expediente clínico de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a hysterectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024.

Análisis y discusión de resultado

El 96 % que se sometieron a hysterectomía electiva en el Hospital San Juan de Dios, en el periodo estudiado no ameritaron transfusión sanguínea previo a la cirugía, mientras que 4% si ameritó, en la mayoría de casos de pacientes que si ameritaron presentaron metrorragia los días previos a la cirugía, o en el mes anterior según la revisión del expediente clínico.

Gráfica 20: Transfusión sanguínea posterior a procedimiento quirúrgico de paciente sometida a hysterectomía abdominal total en el Hospital San Juan Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre 2024.



Fuente: Expediente clínico de paciente de Hospital San Juan de Dios Santa Ana sometida a hysterectomía abdominal total en el periodo de enero a diciembre 2024.

Análisis y discusión de resultado

El 94 % que se sometieron a hysterectomía electiva en el Hospital San Juan de Dios, en el periodo estudiado no ameritaron transfusión sanguínea posterior a la cirugía, mientras que 6% de las mismas si ameritaron, en la mayoría de casos en el post quirúrgico no inmediato.

CONCLUSIONES

Se concluyó que la mayoría de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total eran mujeres salvadoreñas en edad perimenopáusica o menopáusica, procedentes del área urbana y con nivel educativo primario. Un pequeño porcentaje correspondía a población privada de libertad, lo cual implicó mayores requerimientos de estancia hospitalaria y vigilancia postoperatoria.

La mayor parte de las pacientes presentó antecedentes de partos múltiples y comorbilidades como hipertensión, diabetes u obesidad, lo cual incrementó el riesgo de complicaciones intra y postoperatorias. Además, una porción considerable tenía cirugías previas, principalmente cesáreas.

La miomatosis uterina fue la causa más frecuente de histerectomía, seguida por hiperplasia endometrial sin atipia y carcinoma epidermoide in situ. Estas indicaciones se correlacionaron en la mayoría de los casos con los resultados histopatológicos.

Las complicaciones más frecuentes fueron infecciones del sitio quirúrgico, hemorragias y reingresos hospitalarios. Pacientes con comorbilidades o antecedentes quirúrgicos presentaron una mayor probabilidad de eventos adversos.

Se encontró una alta concordancia entre la indicación preoperatoria y el diagnóstico histopatológico final, lo que valida la pertinencia de las decisiones quirúrgicas tomadas en el hospital.

RECOMENDACIONES

Para el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL)

- ✓ Desarrollar lineamientos nacionales actualizados para la indicación y manejo de histerectomías abdominales.
- ✓ Fortalecer el programa de control de enfermedades crónicas no transmisibles, como hipertensión, diabetes y obesidad.
- ✓ Ampliar la cobertura de atención ginecológica especializada en centros de salud rurales.

Para el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana

- ✓ Implementar un sistema digital de registro y seguimiento clínico de pacientes sometidas a histerectomía.
- ✓ Reforzar la gestión de quirófanos y programación quirúrgica para reducir retrasos innecesarios.
- ✓ Fortalecer la coordinación con otras especialidades médicas para asegurar una evaluación integral.
- ✓ Capacitar al personal médico en abordajes quirúrgicos alternativos como la vía vaginal o laparoscópica.

Para la Universidad de El Salvador (UES)

- ✓ Fomentar investigaciones clínicas y epidemiológicas aplicadas en hospitales nacionales.
- ✓ Actualizar los contenidos curriculares del posgrado en ginecología y obstetricia.
- ✓ Establecer convenios permanentes con hospitales docentes para fortalecer la formación práctica.
- ✓ Promover espacios de formación ética y bioética clínica en el manejo de pacientes vulnerables.

REFERENCIAS

Histerectomía total abdominal . (s.f.).

. Mendonza Coutiño SC, M. d. (2016). *La mujer que experimenta las cirugias ginecologicas; afrontando los cambios impuesto por la cirugia*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2021/cog211f.pdf>

Cabrera, M. A. (2019). *Caracterizacion epidemiologica y clinica de casos de pacientes con histerectomia abdominla total electiva po tecnica abietar, Hospital Nacional de la Mujer Julio 2017- Junio 2018*. San Salvador.

Carpio L, G. M. (2009). Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson,.

Clarke-Pearson DL, G. o. (2013). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23635631/>.

Fuentes, M. N. (2018). *Complicaciones de la histerectomia en funcion de su via de abordaje y otros factores*. Granada.

Histerectomía total abdominal . (s.f.).

Hugo Salinas P.1, J. P. (2005). *ANÁLISIS CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL VERSUS LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. REVISIÓN DE 2.338 CASOS*. chile.

J. M. Bajo Arenas, J. M. (2009). *Fundamentos de Ginecolgia* . Editorial Medica Panamericana.

Jaime Arias, M. A.-M. (2004). *Propedeutica quirurgica*. Tebar.

Juan Pablo Hollman-Montiel, G. R. (enero - abril de 2014). www.medigraphic.org.mx.
Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2014/imi141f.pdf>

Latarjet, R. L. (2005). *Anatomia humana* . Editorial Medica Panamericana.

Le, V. L. (2020). *Te Linde Ginecologia quirurgica 12 edicion* .

- Lee Js, C. J. (2012). *Urologic complications following obstetric and gynecologic surgery*. Korean J Urol.
- López P, G. J. (Ecuador, 2014 – 2015). *Estudio Retrospectivo: Histerectomía Abdominal vs Histerectomía Vaginal, Análisis de Complicaciones Hospitalarias. Hospital San Francisco de Quito. Quito – . . Quito : Rev Med HJCA 2018.*
- Nieboer TE, J. N. (s.f.). Garry R et al, Surgical approach to hysterectomy for.
- Novak. (s.f.). *Tratado de Ginecología* .
- Opinio, A. C. (209). choosing the route of hysterectomy for benign disease, Obstet Gynecol.
- Osler M, Daugbjerg S, Frederiksen BL, Ottesen B, BodyB. (s.f.).
- Recari E, O. L. (2009). Complicaciones de la cirugía ginecológica, .
- Rock, J. I. (s.f.). *Te Linde Ginecología quirúrgica 9º edición* . New Orleans : Panamericana.
- salvador, C. d. (s.f.). *Cosntitución de la Republica de El Salvador*. El Salvador.
- Shanthini NF, P. G. (s.f.). Evaluation of complications of abdominal and vaginal .
- Stany MP, F. J. (2008). *Complications of gynecologic surger*. Norteamerica.
- Tabassum R, H. S. (2010). Morbidity and post operative recovery of terectomy cases, J Surg Pakistan .
- Uccella S, C. M. (2012). *Vaginal cuff dehiscence in a series*.
- (. Mendonza Coutiño SC, 2016)

ANEXOS

Anexo 1: Presupuesto

RUBRO	COSTO
IMPRESIONES.	\$75.00
PAPELERIA.	\$50.00
TRANSPORTE.	\$50.00
LOGISTICA/CATERING.	\$150.00
EMPASTADO.	\$100.00
TOTAL:	\$425.00

Anexo 2: Instrumento lista de cotejo

TEMA: “CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA Y CLINICA DE PACIENTES CON HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL DE CIRUGIA ELECTIVA EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA, EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2024”



OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Describir las características clínicas y epidemiológicas de paciente sometidas a histerectomía abdominal total, en el servicio de ginecología del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Indicación Subraye el literal que corresponde según el enunciado para el cotejo y recolección de datos de expediente clínico, colocar el número de expediente clínico,

Código de identificación: _____

- ✓ Determinar características epidemiológicas de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

1- Edad de la paciente

- a) <30años
- b) 30-40 años
- c) 41-50 años
- d) 51-60
- e) >61 años

2-Procedencia

- a) Rural
- b) Urbano

3- Nivel educativo:

- a) Primaria

- b) Secundaria
- c) Bachillerato
- d) Nivel superior
- e) Analfabeta

4- Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Acompañada
- d) Viuda

5- Condición social de la paciente

- a) Privada de libertad
- b) Población móvil

6- Determinar nacionalidad de procedencia de la paciente sometida a histerectomía abdominal total del servicio de ginecología en el hospital san Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2024

- a) Salvadoreña
- b) Guatemalteca
- c) Hondureña
- d) Otras _____

✓ Determinar las características clínicas de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

7- Paridad

- a) Nulípara
- b) 1-3 partos
- c) > 3 partos

8- Patologías crónicas asociadas

- a) Hipertensión arterial crónica
- b) Diabetes tipo II
- c) Hipotiroidismo
- d) Obesidad
- e) Ninguna
- f) Otras

9- Antecedente de Cirugía previa

- a) Si
- b) No

10- Si la respuesta anterior fue Si especifique tipo de cirugía previa de la paciente sometida a histerectomía abdominal total

- a) Cesárea
- b) Esterilización
- c) Laparotomía exploratoria

11- Necesidad de evolución por especialista o subespecialistas

- a) Si Medicina interna___ Neumología___ Urología___ Nefrología___
- b) No

✓ Establecer las principales indicaciones de histerectomía abdominal total, en pacientes del servicio de ginecología

12- Diagnostico de la paciente sometida a histerectomía abdominal total del servicio de ginecología en el hospital san Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de junio a diciembre de 2024.

- a) Miomatosis uterina.
- b) Hiperplasia endometrial.
- c) Carcinoma epidermoide en situ.
- d) Adenomatosis.

- e) Endometriosis.
- f) Quiste de ovario de malignidad desconocida

13-Diagnostico postoperatorio según resultado histopatológico de la paciente sometida a histerectomía abdominal total

- a) Miomatosis uterina
- b) Hiperplasia endometrial sin atipia
- c) Hiperplasia endometrial con atipia
- d) Carcinoma epidermoide in situ de cuello uterino
- e) Endometriosis.
- f) Adenomiosis.
- g) Quiste de ovario de malignidad desconocida
- h) Cervicitis crónica

✓ Correlacionar la indicación clínica de histerectomía abdominal con el resultado histopatológico posterior a procedimiento

14-Concordancia entre la indicación quirúrgica y el resultado histopatológico de la paciente sometida a histerectomía abdominal total

- a) Si
- b) No

✓ Identificar las principales complicaciones posterior a histerectomía abdominal total en pacientes del servicio de ginecología.

15-Compliacion quirúrgica de la paciente sometida a histerectomía abdominal total

- a) Infección superficial de sitio quirúrgico
- b) Infección profunda de sitio quirúrgico
- c) Lesión vesical
- d) Ligadura de uréter
- e) Lesión intestinal
- f) Hemorragia transquirurugica
- g) Dehiscencia de Cúpula

- h) Hematoma de herida operatoria
- i) Ninguna

16- La cirugía había sido reprogramada de la paciente sometida a histerectomía abdominal total del servicio de ginecología en el hospital san Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de junio a diciembre de 2024.

- a) Si
- b) No

17- Reingreso hospitalario por complicación quirúrgica de la paciente sometida a histerectomía abdominal total

- a) Si
- b) No

18- Días de estancia hospitalaria de la paciente sometida a histerectomía abdominal total

- a) 1-3 días
- b) 4-5 días
- c) >6 días

19-Transfusiones sanguíneas previo de la paciente sometida a histerectomía abdominal

- a) Si
- b) No

20-Transfusión sanguínea posterior de la paciente sometida a histerectomía abdominal

- a) Si
- b) No