



# **UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POST GRADO**



**“Frecuencia de complicaciones de histerectomía en el  
Hospital Regional de Lambayeque durante el periodo  
2021 -2022”.**

## **PROYECTO DE INVESTIGACION PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**AUTOR:**

**MC. Carlos Jhonatan Vidaurre Carlos**

**ASESOR:**

**MC Jorge Luis Sosa Flores**

**LAMBAYEQUE – PERÚ  
2022**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POST GRADO**



**“Frecuencia de complicaciones de histerectomía en el  
Hospital Regional de Lambayeque durante el periodo  
2021 -2022”.**

**PROYECTO DE INVESTIGACION  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

---

**MC. Carlos Jhonatan Vidaurre Carlos  
AUTOR**

---

**MC Jorge Luis Sosa Flores  
ASESOR**

## **DEDICATORIA**

A mis padres, quienes me dan la fortaleza desde siempre para perseguir mis sueños con ahínco y perseverancia, por el apoyo moral, ser el soporte de mis días.

A mis hermanos, quienes me motivan a crecer profesionalmente. A María, por creer en mí, por ser cómplice y ayudarme a terminar esta etapa de vida; motivando a crecer diariamente.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por siempre darme las oportunidades de crecer y decirme presente en los momentos más complicados de mis días.

A mis tutores de Residencia, quienes me han enseñado no solo conocimiento sino además principios y me han brindado su amistad. A todos porque cada uno me dio enseñanza de vida.

Al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Lambayeque, por acogerme estos 3 años y ayudarme a seguir forjando mi personalidad.

# INDICE

<b>I.</b>	<b>GENERALIDADES .....</b>	<b>8</b>
<b>II.</b>	<b>ASPECTO INFORMATIVO .....</b>	<b>9</b>
<b>A.</b>	<b>REALIDAD PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>9</b>
1.	PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
2.	FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION .....	10
3.	JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE ESTUDIO.....	10
4.	OBJETIVOS.....	11
<b>B.</b>	<b>MARCO TEORICO.....</b>	<b>11</b>
1.	ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	11
2.	BASE TEORICA.....	14
3.	DEFINICION DE TERMINOS .....	16
<b>III.</b>	<b>MARCO METODOLOGICO .....</b>	<b>17</b>
1.	TIPO DE ESTUDIO.....	17
3.	POBLACION, MUESTRA.....	17
4.	CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	18
5.	TECNICAS, PROCEDIMIENTO.....	19
<b>IV.</b>	<b>ASPECTO ADMINISTRATIVO .....</b>	<b>20</b>
<b>V.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>21</b>
<b>VI.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>25</b>

## RESUMEN

En los últimos años la histerectomía es un procedimiento quirúrgico muy común más en un centro de complejidad nivel III, por lo cual es necesario conocer sus complicaciones, su tasa de mortalidad en nuestra región de Lambayeque.

Ante ellos la presente investigación tiene por objeto determinar la frecuencia de complicaciones en pacientes histerectomizadas en el Hospital Regional Lambayeque.

Se realizará un estudio observacional – descriptivo tipo retrospectivo para lo cual se cuenta comuna muestra de 120 pacientes intervenidas quirúrgicamente de histerectomía en el área de ginecología del HRL en el periodo comprendido marzo 2021 – marzo 2022, con lo cual se realizará una base de datos que luego con la información agrupada se elaborará una base de datos en Microsoft Excel, para terminar, trasladándolo al software Stata. En la asociación de variables, se realizará mediante estadística inferencia, usando Test Chi Cuadrado y el Test ANOVA se usará para las diferencias de medidas.

**Palabras Claves:** Histerectomía, complicaciones operatorias, Hospital Regional Lambayeque

# **ABSTRACT**

In recent years, hysterectomy is a very common surgical procedure in a level III complexity center, for which it is necessary to know its complications, its mortality rate in our region of Lambayeque.

Before them, the present investigation aims to determine the frequency of complications in hysterectomized patients at the Lambayeque Regional Hospital.

A retrospective observational-descriptive study will be carried out, for which a sample of 120 patients who underwent hysterectomy surgery in the gynecology area of the HRL in the period between March 2021 - March 2022 is counted, with which a database will be created that then with the grouped information a database will be created in Microsoft Excel, to finish, transferring it to the Stata software. In the association of variables, it will be carried out through statistical inference, using the Chi Square Test and the ANOVA Test will be used for the differences in measurements.

Keywords: Hysterectomy, operative complications, Hospital Regional Lambayeque.

# **PROYECTO DE INVESTIGACION CIENTÍFICA**

## **I.- GENERALIDADES:**

### **1. TITULO:**

Frecuencia de complicaciones de histerectomía en hospital regional de Lambayeque durante el periodo 2021 - 2022.

### **2. PERSONAL INVESTIGADOR:**

#### **AUTOR:**

- Carlos Jhonatan Vidaurre Carlos (médico residente del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Lambayeque)

#### **ASESOR**

- Jorge Luis Sosa Flores (médico Asistente del Servicio de Pediatría del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo)

### **3. TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Observacional descriptivo, tipo retrospectivo

### **4. DISEÑO DE INVESTIGACION:** Analítico -Transversal

### **5. AREA DE INVESTIGACION:** Ginecología y Obstetricia

### **6. LOCALIDAD E INSTITUCION DE EJECUCION:**

6.1. Localidad: Ciudad de Chiclayo

6.2. Institución: Hospital Regional Lambayeque

### **7. DURACION DE EJECUCION DEL PROYECTO:** MARZO 2021 A MARZO DEL 2022.

## **II. ASPECTOS DE LA INFORMACION.**



## **A. REALIDAD PROBLEMÁTICA.**

### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En el servicio de ginecología, el procedimiento quirúrgico con frecuencia es la cesárea y segundo lugar se encuentra la histerectomía; que es la extirpación quirúrgica del útero, ya sea de manera parcial o total, como técnica se ha ido desarrollando en las últimas décadas con cambios en la vía de acceso quirúrgico, siendo importante también el desarrollo en otras áreas como la anestesiología, y conocimientos modernos en el uso de profilaxis antibiótica de forma racional (1).

Con 4 enfoques quirúrgicos posibles; vaginal, abdominal, laparoscópica y asistido por robot. Como con cualquier procedimiento quirúrgico, pueden surgir diversas complicaciones, las cuales varían de acuerdo con la ruta y técnica quirúrgica, como las infecciosas, tromboembólico venosas, lesiones del tracto gastrointestinal y genitourinario, lesiones neurológicas, hemorragia, y dehiscencia del manguito vaginal.

Los principales factores de riesgo que incrementan las complicaciones son los antecedentes de cirugías previas, edad, obesidad, anemia, etc. (2) (3).

En general se sabe que la mortalidad por acto quirúrgico de ginecología es menor del 1%, y sus complicaciones oscilan entre el 0,2% - 26%. Particularmente la histerectomía, el abordaje vaginal tiene una baja tasa de complicaciones, el abordaje abdominal es el más utilizado (75%) en todo el mundo, en comparación con la vía vaginal (22%) y laparoscopia (3%) (4) (5).

En Perú la mayoría de histerectomías por patología benigna se reparten en un 80% en miomas uterinos, endometritis, distopia genital, hiperplasia endometrial (6).

Dentro de las complicaciones intraoperatorias primarias se reportan los daños vasculares y viscerales. Las frecuencias para las hemorragias son de 2,4% y las de daño urológico entre el 1- 17% respectivamente. La fiebre post quirúrgica ocurre en 11% de las pacientes y puede disminuir con el uso de antibiótico

profilaxis. En la histerectomía por abordaje vaginal, dentro de las complicaciones con mayor frecuencia es la infección pélvica; dentro de las cuales esta celulitis pélvica, celulitis de cúpula, absceso de cúpula, y absceso pélvico; con un cuatro por ciento de los intervenidos quirúrgicamente aproximadamente (2) (7) (8) (9).

La importancia de conocer cuáles son las principales complicaciones relacionadas con la histerectomía, es que nos permite prevenir e identificar de manera precoz alguna de ellas, pues en el caso contrario su no resolución afecta en gran medida la morbilidad de las pacientes, esto sin hacer menos importante el factor económico que afecta tanto al paciente, su ambiente familiar y el sistema de salud en general (10).

## **2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Cuál es la frecuencia de complicaciones de histerectomía en el Hospital Regional de Lambayeque en el período 2021 – 2022?

## **3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:**

Siendo el HRL un centro de referencia, el cual no presenta trabajos en complicaciones por histerectomía, este trabajo será importante como base para conocer las frecuencias de complicaciones y ver cuáles de ellas generan mayor morbimortalidad en nuestros pacientes; con ello tratar en lo posible de crear plan estratégico para amenorar riesgos quirúrgicos, disminuyendo también los costos económicos por complicaciones de esta cirugía, estos datos son importantes para contrastar con realidades a nivel nacional e internacional.

## **4. OBJETIVOS.**

### **Objetivo general:**

Determinar la frecuencia de complicaciones por histerectomía en pacientes intervenidas quirúrgicamente en el área de ginecología del Hospital Regional de Lambayeque durante

el periodo comprendido 2021 – 2022.

**Objetivos específicos:**

1. Identificar a las pacientes sometidas a histerectomía en área de ginecología del HRL durante el periodo comprendido 2021 – 2022.
2. Describir las características epidemiológicas de las pacientes con complicaciones sometidas a histerectomía en el área de ginecología del HRL durante el periodo comprendido 2021 – 2022.
3. Identificar las complicaciones quirúrgicas en las pacientes sometidas a histerectomía en el área de ginecología del HRL durante el periodo comprendido 2021 – 2022.
4. Identificar las complicaciones clínicas en las pacientes sometidas a histerectomía en el área de ginecología del HRL durante el periodo comprendido 2021 – 2022.

## **B. MARCO TEÓRICO.**

### **1. ANTECEDENTES**

Manríquez et al (2013)

Realizaron un estudio retrospectivo sobre las histerectomías por vía abdominal y vaginales de causa benigna, en la “Unidad de Piso Pélvico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile”, sus principales indicaciones y las complicaciones intraoperatorias, en el periodo comprendido 2006-2012. Encontrando que las principales complicaciones con mayor relevancia durante la intervención quirúrgica en histerectomías vaginales, fueron lesiones vasculares con un 1,2 % seguida de las vesicales con un 0,6%. Concluye que la histerectomía vaginal, es la mejor vía de abordaje quirúrgico en especial para la patología benigna uterina, debido a la menor tasa de complicaciones, una evolución favorable, un gasto menor y con una rápida integración a sus actividades cotidianas (11).

Sánchez-Hernández et al (2018)

Realizaron un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes intervenidas de histerectomía por vía vaginal durante la época 2013 - 2017 en el Centro de Especialidades Médicas “Dr. Rafael Lucio”, cuyo objetivo fue describir las principales complicaciones postoperatorias por histerectomía vaginal en dicho nosocomio. Hallaron que la primordial indicación para el abordaje vaginal fue la distopia genital, y que las principales complicaciones encontradas en orden de frecuencia fueron la formación de granulomas (54%), la infección de vías urinarias (10%), fiebre sin causa aparente (10%) y absceso perineal (2%). Concluyen que la inusual cifra de granulomas como complicación debe orientar hacia analizar otros factores: el tipo de sutura que se utilizó, la técnica quirúrgica realizada, el cierre o no de la cúpula vaginal, que influye en su presencia (12).

Naveiro M. (2018)

Realizó un estudio descriptivo observacional, cuyo objetivo fue evaluar las complicaciones de histerectomía, según las vías de abordaje quirúrgica (abdominal, vaginal, laparoscópica). Los resultados de su estudio arrojan que la vía quirúrgica más frecuente fue la abdominal y a su vez la que mayor frecuencia de complicaciones de todo tipo presentó, intraoperatorias (4,6 %), postoperatorias (33%). La vía vaginal tuvo inferior número de complicaciones durante el acto operatorio y mayores, pero la segunda en postoperatorias. La vía laparoscópica, tiene menor riesgo de complicaciones postoperatorias, pero el inconveniente nada despreciable de mayor riesgo de complicaciones mayores. El investigador concluye que factores como la experiencia del cirujano juegan un rol importante en la reducción de complicaciones de todo tipo, así como la obesidad del paciente, que incrementa significativamente el riesgo de complicaciones por vía abdominal (13).

Bornios (2019)

Realizo un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia e incidencia de histerectomía después de un evento obstétrico, factores asociados y complicaciones en el "Hospital Regional ISSSTE de Puebla" en el periodo comprendido del 2016 - 2019. Encontrando que la prevalencia de histerectomía fue de 15% y la incidencia fue de 10%, y que la hemorragia obstétrica fue el principal factor asociado. La histerectomía en bloque fue la que presentó menor número de complicaciones; sangrado (1.5 %) y estancia hospitalaria prolongada (2%). Concluye que el tratamiento conservador en base técnica quirúrgica como sutura compresiva, el cual tiene como resultado la disminución de la hemorragia y extirpación del útero (14).

Pintos et al (2022)

Realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo con pacientes sometidas a histerectomía abdominal, en el "Hospital Regional de Pilar de Paraguay", durante el periodo comprendido del 2017 -2021, con el objetivo de reportar sus complicaciones. Sus resultados muestran a la miomatosis uterina (84%) como principal etiología para realizar histerectomía total, y al sangrado post operatorio como principal complicación por histerectomía seguida de infección de sitio quirúrgico (10).

## **2. BASE TEÓRICA.**

Según el diccionario del National Cancer Institute, la histerectomía se define como el procedimiento quirúrgico para extirpar el útero y, a veces, solo una parte de este. Se llama total cuando se extirpan el útero y el cuello uterino, y cuando se extirpa solo el útero, se le denomina parcial. Existen distintas rutas en las que esto se puede lograr, y por ello varias opciones para pacientes y cirujanos con respecto al tipo de histerectomía y, si corresponde, salpingectomía y ooforectomías concomitantes (15) (16).

La selección de la histerectomía como tratamiento se ve influenciado por problemas no quirúrgicos, así como también de potenciales complicaciones de esta, además se podría afirmar que la histerectomía es seleccionada cuando tratamientos alternativos para múltiples problemas ginecológicos no han resuelto con éxito los síntomas de las pacientes. Se conocen en la literatura 5 amplias categorías de intervención por histerectomía (17) (18) (19) (20):

- Miomatosis uterina.
- Hemorragia uterina anormal.
- Distopia genital
- Infección o dolor pélvico (Ejemplos: Endometriosis, Enfermedades pélvicas inflamatoria).
- Enfermedad maligna y premaligna.

En histerectomía aparte de sus indicaciones es importante la elección de abordaje quirúrgico puesto que esto dependerá, según pocos reportes, en mejoras de calidad de vida, estética y aspecto sexual (21) (22).

Los resultados de la histerectomía se pueden evaluar en términos de alivio de los síntomas, problemas psicosexuales y satisfacción del paciente. La histerectomía generalmente mejora los síntomas más comunes que conducen a la cirugía, incluidos el sangrado vaginal problemático, el dolor pélvico o de espalda, la limitación de la actividad, los trastornos del sueño, la fatiga, la incontinencia urinaria y el abultamiento vaginal (23) (24).

La histerectomía ha evolucionado en diferentes tipos de abordajes, cada uno con sus propios beneficios y limitaciones. Además del abordaje tradicional por vía abdominal (laparotomía), se puede llevar a través de otras vías de acceso quirúrgico como la vaginal y laparoscopia, sin restar que el desarrollo del sistema con cirugía robótica ha añadido variantes a cada una (25) (26).

Actualmente para la patología benigna de útero, la vía de abordaje de elección es la vaginal, puesto que presenta bajas tasas de complicaciones, sin embargo el abordaje abdominal, sigue siendo el más frecuente, con una tasa general del 66

%, a pesar de ser el abordaje más invasivo y tener mayor tasas de morbilidad (27).

La histerectomía vaginal es el método más escogido para la mayoría de las pacientes, cuando es técnicamente factible, por sus ventajas registradas y sus relativas bajas tasas de complicaciones. Comparado con la ruta abdominal tiene la ventaja de disminución de estancia hospitalaria en un día y de regreso a las actividades normales en 12 días menos. Comparado con laparoscopia tiene una duración operatoria más corta. Al no poder realizar una histerectomía vaginal, por limitación de esta vía de acceso, tamaño uterino de más de 14 cm, síndrome adherencia por cirugías previa u otra causa, se optará por una histerectomía laparoscópica (28) (29) (30).

La histerectomía laparoscópica en comparación con histerectomía abdominal permite un regreso más rápido a las actividades normales en más de 15 días, ingreso hospitalario más breve de uno a tres días, y reducción de la infección de heridas o de la pared abdominal en aproximadamente un 70 %. En comparación con la histerectomía vaginal, la laparoscopia se asocia con mayores riesgos de dehiscencia del manguito vaginal y conversión a laparotomía, y comparado con la laparotomía tiene un riesgo dos veces mayor de daño al tracto urinario (vejiga o uréter) (31).

Dentro de las indicaciones potenciales, la histerectomía laparoscópica es particularmente útil en pacientes con acceso vaginal limitado, útero inmóvil fijo o que desean una histerectomía supracervical. Como el abordaje laparoscópico proporciona una visualización directa de la cavidad intraperitoneal en comparación con la cirugía transvaginal, el abordaje laparoscópico puede ser particularmente útil para las personas con endometriosis documentada, dolor pélvico crónico, enfermedad pélvica adhesiva (conocida o sospechada) y patología benigna que requiere extirpación (ej., masa anexial o quiste) (32) (33).

Referente a la histerectomía robótica, solo mencionaré que esta ha ganado fama debido a sus potenciales virtudes, como ofrecer mayor precisión, movilidad y destreza. Además, su visión 3D mejora la visión del ginecólogo del campo operatorio, contribuyendo a reducir la fatiga del cirujano, sentado en una

consola, alejado del paciente. La evidencia no ha demostrado la superioridad de la cirugía robótica en comparación con la cirugía laparoscópica para las histerectomías benignas. Sin embargo, en los casos complejos que incluyen obesidad y úteros grandes, la cirugía robótica ha mostrado un beneficio (34) (35).

Dentro de las complicaciones intraoperatorias tenemos

Hemorragia: Su frecuencia es alrededor del 2.4 por ciento. Su importancia radica en la consecuente anemia postoperatoria, que eleva significativamente la morbilidad perioperatoria. Además, que es un factor importante para la conversión de cirugía laparoscópica a una abdominal (laparotomía) (36).

Lesión del tracto urinario: Las tasas de lesión intraoperatoria y pos-operatoria del tracto urinario por cada 1000 histerectomías varían de 1 a 4% para lesión ureteral y de 5 a 17% para lesión vesical. Siendo la frecuencia en cada abordaje la siguiente (37):

Lesión del tracto urinario	ABDOMINAL	VAGINAL	LAPAROSCOPICO
URÉTER (%)	2,6	0,4	3,1
VEJIGA (%)	5,8	5,1	7,3

Lesión visceral (asa intestinal, intestino delgado, intestino grueso, recto): se lesiona con frecuencias de acuerdo al abordaje de histerectomía (abdominal 1%, vaginal 0,5%, laparoscópica 0,2 - 0,4%) (38).

Conversión a laparotomía: 3,9 por ciento (39).

Dentro de las complicaciones postoperatorias tenemos:

Sangrado: Puede haber manchitas vaginales por algunas semanas, si el sangrado es rojo brillante es necesario una evaluación. El sangrado vaginal abundante requiere una evaluación urgente de una dehiscencia del manguito vaginal o una interrupción de un pedículo vascular. En laparoscopia se puede originar un hematoma en la pared abdominal que suele resolverse de 10 a 14 días postoperatorio (40).

Retención urinaria: Con más frecuencia en histerectomía vaginal (41).



Incontinencia urinaria: Los estudios han informado un impacto variable de la histerectomía en la incontinencia urinaria (42) (43) (44).

Distopia genital: Los estudios han informado resultados mixtos sobre el papel de la histerectomía en el desarrollo de prolapso de órganos pélvicos posterior (45) (46) (47).

Fístula de órganos pélvicos: Fístulas del tracto urinario inferior (44) (48).

Obstrucción intestinal e Íleo paralítico: En la cirugía abdominal, una de las complicaciones más frecuentes es el íleo.

Obstrucción intestinal: Después de una histerectomía abdominal, el riesgo de obstrucción intestinal es de 13,6 casos por cada 1000 (49) (50).

Infecciones (infección del sitio operatorio, absceso, fiebre): Las infecciones más frecuentes son de las vías urinarias con 1,6 %, del sitio operatorio y abscesos de la cúpula vaginal.

Dehiscencias: La dehiscencia de herida operatoria, es más frecuente por el acceso por vía abdominal y seguida la dehiscencia de la cúpula vaginal la que suele ocurrir por histerectomía por cualquier vía (35) (51).

### **3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES:**

**COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA:** En el campo de la medicina, problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos.

VARIABLE	DIMENSION DE VARIABLE	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
	Epidemiológico	Edad	Años	Razón	Historia Clínica
		Nivel de Instrucción	Primaria (Completa/Incompleta) Secundaria Completa/Incompleta) Superior (Universitaria/ no universitaria	Ordinal	
		Gestación	Cantidad de embarazos	Razón	
		Paridad	Cantidad de cesáreas	Razón	
		Obesidad	Si o no	Nominal	
		Patología asociada	Si o no	Nominal	
		Antecedente quirúrgico	Si o no	Nominal	
	Quirúrgico	Tipo de intervención quirúrgica	Cesárea, apendicetomía, laparotomía, hernioplastia.	Nominal	
		Motivo de histerectomía	Leiomiomatosis Sangrado uterino anormal Hiperplasia endometrial, Endometriosis del útero.	Nominal	
	Laboratorial	Estudio histopatológico	Si o no	Nominal	
		Reporte de anatomía patológica	Si o no	Nominal	
	Clínico	Desenlace de la complicación	Curación Secuela Muerte	Nominal	
		Días de desenlace de la complicación	Días	Razón	
		Fiebre o alza térmica	Si o no	Nominal	
		ISO	Si o no	Nominal	
		Profilaxis antibiótica	Si o no	Nominal	
		Hemorragia	Mililitros	Razón	
		Hemorragia post-operatoria	Si o no	Nominal	
		Transfusión	Si o no	Nominal	
		Numero de paquetes globulares	Numero de paquetes globulares	Razón	
		Lesión Vesical	Si o no	Nominal	
		Lesión Ureteral	Si o no	Nominal	

		Lesión Intestinal	Si o no	Nominal	Historia Clínica
		Absceso de pared	Si o no	Nominal	
		Íleo paralítico	Si o no	Nominal	
		Trombosis	Si o no	Nominal	
		ITU	Si o no	Nominal	
		CID	Si o no	Nominal	
		Fistula Recto vaginal	Si o no	Nominal	
		Fistula Vesicovaginal	Si o no	Nominal	

### III. MARCO METODOLOGICO.

#### 1. TIPO DE ESTUDIO

- Diseño: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal.

#### 2. POBLACIÓN Y MUESTRA

**2.1. Población diana:** Histerectomías realizadas en la región Lambayeque

## **2.2. Población de estudio:**

Esta constituida por 120 las pacientes intervenidas quirúrgicamente de histerectomía en el área de ginecología del HRL en el periodo 2021 – 2022.

## **2.3 Unidad de Análisis:**

Historias clínicas de pacientes intervenidas quirúrgicamente de histerectomía en el área de ginecología del HRL en el periodo 2021 – 2022.

## **2.4. Muestra:**

Está constituida por la población, de estudio, 120 pacientes intervenidas quirúrgicamente de histerectomía en el área de ginecología del HRL en el periodo comprendido 2021 – 2022.

## **3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente a histerectomía por patología ginecológica en el Hospital Regional de Lambayeque en el periodo comprendido 2021 – 2022.

## **4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Pacientes que fueron sometidas a histerectomía por enfermedad obstétrica o gineco oncológica en el Hospital Regional de Lambayeque en el periodo comprendido 2021 – 2022.

## **5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

### **5.1. Instrumento de recolección de datos.**

Se utilizará una ficha de recolección de datos (Anexo 1), la fuente de ellos será la historia clínica.

### **5.2 Técnica (procedimiento).**

A las pacientes intervenidas quirúrgicamente de histerectomía, por patología ginecológica se revisarán sus historias clínicas

La revisión de historias clínicas nos proporcionara información que se basara en las variables presentadas con anterioridad, consecutivamente se agrupara en la ficha de recolección de datos (Anexo 1), luego con la información agrupada se elaborara una base de datos en Microsoft Excel, para terminar, trasladándolo al software Stata.

### **5.3 Análisis estadístico de datos:**

Con la base de datos ordenada y procesada mediante el programa Stata.

En el análisis se empleará es estadística descriptiva, en variable cuantitativas se empleará medidas de resumen, en variable cuantitativas se empleará medidas de frecuencia y proporción.

En la asociación de variables, se realizará mediante estadística inferencia, usando Test Chi Cuadrado y el Test ANOVA se usará para las diferencias de medidas.

### **5.4 Aspectos éticos:**

El presente estudio se obtiene en base a una educación médica continua, que evoluciona en durante el transcurso del tiempo y que contribuirá a actualizaciones futuras.

Siguiendo las directrices fijadas sobre los principios bioéticos y reglas para la protección de los seres humanos involucrados con fines de investigación científica, según el informe de Belmont, la presente

investigación no representa ningún riesgo bioético, moral o físico alguno, para el investigador y los pacientes de estudio.

Los datos personales de los pacientes tomados de las historias clínicas serán confidenciales mediante la asignación de un código a cada paciente, garantizando el anonimato y mostrando los resultados solo de manera global, tampoco se usarán dichos datos para fines no relacionados con la presente investigación; y al usar historias clínicas no requiere de consentimiento informado.

El presente trabajo contara con la aceptación del Comité de Ética de la UNPRG, como profesional de la salud e investigador, existe el compromiso de presentar los resultados, las consecuentes conclusiones de esta investigación, con la finalidad académica.

## IV. ASPECTO ADMINISTRATIVO.

### 4.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO	2021											2022		
Meses	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		1	2	3
FASES DEL LA INVESTIGACIÓN														
A)FASE DE PLANTEAMIENTO														
1.-REVISIONES BIBLIOGRÁFICA	X	X	X	X										
2.-ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN				X	X	X								
3.-PRESENTACIÓN DEL PROYECTO INVESTIGACIÓN Y OBTENCIÓN DE PERMISOS						X	X	X						
B)FASE DE EJECUCIÓN														
4.-REGISTRO DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN									X					
5.-ANÁLISIS ESTADÍSTICO									X					
6.-INTERPRETACIÓN DE DATOS										X	X			
C)FASE DE COMUNICACIÓN														
7.-ELABORACIÓN DEL INFORME												X		
8.-PRESENTACIÓN DEL INFORME												X		
9.-PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL													X	

#### **4.2 FINANCIAMIENTO:**

El investigador se hará cargo de los gastos para la realización del proyecto.



## V.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dedden S, Geomini P, Huirne J, Bongers M. Vaginal and Laparoscopic hysterectomy as an outpatient procedure: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017 Setiembre; 216: p. 212-223.
2. Mark D, Cecile F. Hysterectomy: Patient-important issues and surgical complications. [Online].; 2022 [cited 2022 Mayo 5. Available from: UpToDate.
3. Ramdhan R, Loukas M, Tubbs R. Anatomical complications of hysterectomy: A review. *Clin Anat.* 2017 Octubre; 30(7): p. 946-952.
4. Recari E, Oroz LC, Lara JA. Complicaciones de la cirugía ginecológica. *Anales Sis San Navarra.* 2009 Mayo; 32(1): p. 65-79.
5. Donnez O, Jadoul P, Squifflet J, Donnez J. A series of 3190 laparoscopic hysterectomies for benign disease from 1990 to 2006: evaluation of complications compared with vaginal and abdominal procedures. *BJOG.* 2009 Marzo; 116(4): p. 492-500.
6. Ortega Moscol CAM. Histerectomía convencional y laparoscópica beneficios y complicaciones en hospitales de Piura 2018 - 2019. Tesis. Piura: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2021.
7. Foust-Wright C, R Berkowitz L. Vaginal hysterectomy. [Online].; 2021 [cited 2022 Mayo 3. Available from: UpToDate.
8. G Stovall T, J Mann W. Abdominal hysterectomy. [Online].; 2022 [cited 2022 Mayo 6. Available from: UpToDate.
9. L Cohen S. Laparoscopic hysterectomy. [Online].; 2022 [cited 2022 Mayo 7. Available from: UpToDate.
10. Pintos FP, Fernández UA, Suarez RN, Gimenez AF, Domínguez TD. Complicaciones de la histerectomía total por patologías benignas en el servicio de cirugía general y ginecología del hospital regional de pilar periodo 2017-2020. *Ciencia Latina.* 2022 Febrero; 6(1): p. 4577-4585.
11. Manríquez V, Naser M, Gómez M. Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas. Experiencia de seis años, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013; 78(6): p. 432-435.

12. Sánchez Hernández VL, Rodríguez Parissi I, Gómez-Landero Tello MM, Alvarado Carrasco H. Principales complicaciones posoperatorias de la histerectomía vaginal en el Centro de Especialidades Médicas 'Dr. Rafael Lucio'. *Avan Cien. Sal Med.* 2018 Enero; 5(1): p. 3-9.
13. Naveiro FM. Complicaciones de la histerectomía en función de su vía de abordaje y otros factores. Tesis. Granada: Universidad de Granada, Programa de Doctorando en Medicina Clínica y Salud Pública; 2018.
14. Bornios Galeana LF. Prevalencia e incidencia de Histerectomía post evento obstétrico, factores asociados y complicaciones en el Hospital Regional ISSSTE, Puebla de marzo de 2016 a marzo de 2019. Tesis. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Medicina; 2019.
15. NIH. Cancer. [Online].; 2022 [cited 2022 Mayo 6. Available from: <https://www.cancer.gov/>.
16. Sabiston. Textbook of Surgery. 21st ed. Townsend C, editor. USA: Elsevier; 2021.
17. Learman L. Hysterectomy 2014: indications and techniques. *Clin Obstet Gynecol.* 2014 Marzo; 57(1): p. 1-2.
18. Belilovets A, Gopal N, Stockwell E, Pedroso J, Brotherton J, Volker K, et al. Patient Understanding of Uterine Fibroids and the Different Surgical Approaches to Hysterectomy. *Womens Health Rep (New Rochelle).* 2020 Agosto; 1(1): p. 252-258.
19. Xu Y, Wu H, Huang C, Lu L. Clinical value of traditional laparotomy, extensive vaginal hysterectomy, and laparoscope-assisted vaginal hysterectomy in the treatment of patients with cervical intraepithelial neoplasia III. *Transl Cancer Res.* 2021 Mayo; 10(5): p. 2409-2415.
20. Elliott C, Murji A, Matelski J, Adekola A, Chrzanowski J, Shirreff L. Unexpected malignancy at the time of hysterectomy performed for a benign indication: A retrospective review. *PLoS One.* 2022 Abril; 17(4): p. e0266338.
21. Tavana Z, Askary E, Poordast T, Soltani M, Vaziri F. Does laparoscopic hysterectomy + bilateral salpingectomy decrease the ovarian reserve more than total abdominal hysterectomy? A cohort study, measuring anti-Müllerian hormone before and after surgery. *BMC Womens Health.* 2021 Setiembre; 21(1): p. 329.

22. Skorupska K, Wawrysiuk S, Bogusiewicz M, Miotła P, Winkler P, Kwiatkowska A, et al. Impact of Hysterectomy on Quality of Life, Urinary Incontinence, Sexual Functions and Urethral Length. *J Clin Med*. 2021 Agosto; 10(16): p. 3608.
23. Magrina J. Quality outcomes after hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2014 Mayo; 21(3): p. 317-318.
24. Chapman G, El-Nashar S, Billow M, Duarte-Thibault M, Sheyn D, Mahajan S. Predictors of goal achievement in patients undergoing hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol*. 2019 Marzo; 234: p. 1-5.
25. Aarts J, Nieboer T, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol B, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Agosto; 2015(8): p. CD003677.
26. Committee Opinion No 701. Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease. *Obstet Gynecol*. 2017 Junio; 129(6): p. e155-e159.
27. Chen B, Ren D, Li J, Li C. Comparison of vaginal and abdominal hysterectomy: A prospective non-randomized trial. *Pak J Med Sci*. 2014 Julio; 30(4): p. 875-879.
28. Sandberg E, Twijnstra A, Driessen S, Jansen F. Total Laparoscopic Hysterectomy Versus Vaginal Hysterectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017 Febrero; 24(2): p. 206-217.e22.
29. International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO. [Online].; 2022 [cited 2022 Mayo 12. Available from: <https://www.figo.org/minimal-access-gynecological-surgery>.
30. Janda M, Armfield N, Kerr G, Kurz S, Jackson G, Currie J, et al. Patient-Reported Experiences After Hysterectomy: A Cross-Sectional Study of the Views of Over 2300 Women. *J Patient Exp*. 2020 Junio; 7(3): p. 372-379.
31. Chang E, Mandelbaum R, Nusbaum D, Violette C, Matsushima K, Klar M, et al. Vesicoureteral Injury during Benign Hysterectomy: Minimally Invasive Laparoscopic Surgery versus Laparotomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020 Setiembre; 27(6): p. 1354-1362.
32. Lee S, Oh S, Cho Y, Han M, Park J, Kim S, et al. Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy: a systematic review and meta-

analysis. *BMC Womens Health*. 2019 Junio; 24(19): p. 83.

33. Fortin C, Hur C, Falcone T. Impact of Laparoscopic Hysterectomy on Quality of Life. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019 Febrero; 26(2): p. 219-232.

34. Carbonnel M, Moawad G, Tarazi M, Revaux A, Kennel T, Favre-Inhofer A, et al. Robotic Hysterectomy for Benign Indications: What Have We Learned from a Decade? *JSLs*. 2021 Marzo; 25(1): p. e2020.00091.

35. Marchand G, Taher Masoud A, Ware K, Govindan M, King A, Ruther S, et al. Systematic review and meta-analysis of all randomized controlled trials comparing gynecologic laparoscopic procedures with and without robotic assistance. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021 Octubre; 265: p. 30-38.

36. van der Meij E, Emanuel M. Hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Womens Health (Lond)*. 2016 Junio; 12(1): p. 63-69.

37. Teeluckdhar B, Gilmour D, Flowerdew G. Urinary Tract Injury at Benign Gynecologic Surgery and the Role of Cystoscopy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2015 Diciembre; 126(6): p. 1161-1169.

38. Wong J, Bortoletto P, Tolentino J, Jung M, Milad M. Urinary Tract Injury in Gynecologic Laparoscopy for Benign Indication: A Systematic Review. *Obstet Gynecol*. 2018 Enero; 131(1): p. 100-108.

39. Lim C, Mowers E, Mahnert N, Skinner B, Kamdar N, Morgan D, et al. Risk Factors and Outcomes for Conversion to Laparotomy of Laparoscopic Hysterectomy in Benign Gynecology. *Obstet Gynecol*. 2016 Diciembre; 128(6): p. 1295-1305.

40. Alshankiti H, Houlihan S, Robert M, Calgary, Women's Pelvic Health Research Group. Incidence and contributing factors of perioperative complications in surgical procedures for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2019 Noviembre; 30(11): p. 1945-195.

41. Siedhoff M, Wright K, Misal M, Molina A, Greene N. Postoperative Urinary Retention after Benign Gynecologic Surgery with a Liberal versus Strict Voiding Protocol. *J Minim Invasive Gynecol*. 2021 Febrero; 28(2): p. 351-357.

42. Pålsson M, Stjernerahl J, Granåsen G, Löfgren M, Sundfeldt K. Patient-reported lower urinary tract symptoms after hysterectomy or hysteroscopy: a study from the Swedish Quality Register for Gynecological Surgery. *Int Urogynecol J*. 2017

Setiembre; 28(9): p. 1341-1349.

43. Chen V, Shackelford L, Spain M. Pelvic Floor Dysfunction After Hysterectomy: Moving the Investigation Forward. *Cureus*. 2021 Junio; 13(6): p. e15661.

44. Madueke-Laveaux O, Elsharoud A, Al-Hendy A. What We Know about the Long-Term Risks of Hysterectomy for Benign Indication-A Systematic Review. *J Clin Med*. 2021 Noviembre; 10(22): p. 5335.

45. Sharma J, Kumar M, Roy K, Kumari R, Pandey K. Role of Preoperative and Postoperative Pelvic Floor Distress Inventory-20 in Evaluation of Posthysterectomy Vault Prolapse. *J Midlife Health*. 2021 Abril; 12(2): p. 122-127.

46. Ye P, Yan X, Bano Y, Zhao H, Xie F, Zhang F, et al. Management of pelvic organ prolapse of ruptured and extruded bladder from a rare complication of vaginal hysterectomy: a case presentation. *BMC Surg*. 2021 Enero; 21(1): p. 43.

47. Carlin G, Bodner-Adler B, Husslein H, Ritter M, Umek W. The effectiveness of surgical procedures to prevent post-hysterectomy pelvic organ prolapse: a systematic review of the literature. *Int Urogynecol J*. 2021 Abril; 32(4): p. 775-783.

48. Dallas K, Rogo-Gupta L, Elliott C. Urologic Injury and Fistula After Hysterectomy for Benign Indications. *Obstet Gynecol*. 2019 Agosto; 134(2): p. 241-249.

49. Minhem M, Mohsen Y, Saade C, Hallal A. Intestinal obstruction caused by a strangulating adnexa: a rare complication of ovarian sparing hysterectomy. *BMJ Case Rep*. 2018 Febrero; 2018: p. bcr2017223123.

50. Sheyn D, Bretschneider C, Mahajan S, Ridgeway B, Davenport A, Pollard R. Incidence and risk factors of early postoperative small bowel obstruction in patients undergoing hysterectomy for benign indications. *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Marzo; 220(3): p. 251.e1-251.e9.

51. Nezhat C, Kennedy Burns M, Wood M, Nezhat C, Nezhat A, Nezhat F. Vaginal Cuff Dehiscence and Evisceration: A Review. *Obstet Gynecol*. 2018 Octubre; 132(4): p. 972-985.

## **ANEXO N° 01**

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS – HISTORIA CLÍNICA

- a) EDAD (años):**
- b) NIVEL DE INSTRUCCIÓN:**  
**Primaria:** Completa/ Incompleta  
**Secundaria:** Completa/ Incompleta  
**Superior:** Universitario/ No universidad
- c) LUGAR DE ORIGEN:**
- d) ESTADO LABORAL ACTUAL:**

## II.CARACTERÍSTICA CLÍNICAS

- c) TIEMPO DE ENFERMEDAD:  
d) MOTIVO DE CONSULTA  
e) ANTECEDENTES MÉDICOS:  
NO: SI:

DM ( )  
HTA ( )  
INSUFICIENCIA VENOSA (IV) ( )  
Cardiopatía ( )

- f) ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: ¿Alguna cirugía abdominal?**  
NO: \_\_ SI: \_\_

Cesárea	( )
Apendicetomía	( )
Laparotomía	( )
Plastias por hernias	( )

- g) ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**  
**h) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

**G\_P\_\_\_\_\_**  
**TIPO DE PARTO:**  
**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS**  
**NO: SI:**

- i) PESO (kg)**  
**j) ESTATURA (metros)**  
**k) IMC**

### III.CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS

- ### 1)DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO:

**m) INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA**

- Leiomatosis Uterina ( )
- Sangrado Uterino Anormal ( )
- Hiperplasia endometrial ( )
- Endometriosis del Utero ( )
- Otros ( )

**o) LUGAR Y FECHA DE LA CIRUGÍA:**

**p) ANTIBIOTICOPROFILAXIS? NO: \_\_ SI: \_\_**

**q) TIEMPO QUIRURGICO:**

**r) COMPLICACIONES EN SALA OPERATORIA: NO: \_\_ SI: \_\_**

**s) RECIBIO TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA: NO: \_\_ SI: \_\_: \_\_\_\_\_**

**t) TIEMPO HOSPITALARIA POSTQUIRÚRGICA: (Días / horas) \_\_\_\_\_**

**u) COMPLICACIONES DESPUES DE LA CIRUGÍA:**

**NO: \_\_ SI: \_\_**

- Fiebre o alza térmica ( )
- Hemorragia post-operatoria ( )
- Lesión
  - Vesical ( )
  - Ureteral ( )
  - Intestinal ( )
- Íleo Paralitico ( )
- Hematoma de pared ( )
- Trombosis ( )
- ISO ( )
- Infección del tracto urinario ( )
- Fistula
  - Recto-vaginal ( )
  - Vesico-vaginal ( )
- CID ( )

**w) ANATOMIA PATOLÓGICA: \_\_\_\_\_**

## OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION DE VARIABLE	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
	Epidemiológico	Edad	Años	Razón	Historia Clínica
		Nivel de Instrucción	Primaria(Completa/Incompleta) Secundaria(Completa/Incompleta) Superior(Universitaria/no universitaria)	Ordinal	
		Gestación	Cantidad de embarazos	Razón	
		Paridad	Cantidad de cesáreas	Razón	
		Obesidad	Si o no	Nominal	
		Patología asociada	Si o no	Nominal	
		Antecedente quirúrgico	Si o no	Nominal	
	Quirúrgico	Tipo de intervención quirúrgica	Cesárea, apendicetomía, laparotomía, hernioplastia.	Nominal	
		Motivo de histerectomía	Leiomiomatosis Sangrado uterino anormal Hiperplasia endometrial, Endometriosis del útero.	Nominal	
	Laboratorial	Estudio histopatológico	Si o no	Nominal	
		Reporte de anatomía patológica	Si o no	Nominal	
	Clínico	Desenlace de la complicación	Curación Secuela Muerte	Nominal	
		Días de desenlace de la complicación	Días	Razón	
		Fiebre o alza térmica	Si o no	Nominal	
		ISO	Si o no	Nominal	
		Profilaxis antibiótica	Si o no	Nominal	
		Hemorragia	Mililitros	Razón	
		Hemorragia post-operatoria	Si o no	Nominal	



		Transfusión	Si o no	Nominal	Historia Clínica
		Numero de paquetes globulares	Numero de paquetes globulares	Razón	
		Lesión Vesical	Si o no	Nominal	
		Lesión Ureteral	Si o no	Nominal	
		Lesión Intestinal	Si o no	Nominal	
		Absceso de pared	Si o no	Nominal	
		Íleo paralítico	Si o no	Nominal	
		Trombosis	Si o no	Nominal	
		ITU	Si o no	Nominal	
		CID	Si o no	Nominal	
		Fistula Recto vaginal	Si o no	Nominal	
		Fistula Vesicovaginal	Si o no	Nominal	

## **CONSTANCIA DE APROBACION DE ORIGINALIDAD DE TESIS**

YO, Dr. Jorge Luis Sosa Flores Asesor del proyecto de tesis del residente en la especialidad de Ginecología y Obstetricia, CARLOS JHONATAN VIDAURRE CARLOS, titulado “FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA EN HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE DURANTE EL PERIODO 2021 – 2022.”

Que luego de la revisión exhaustiva del documento, constato que la misma tiene un índice de similitud del 15% verificable en el reporte de similitud del programa turnitin.

El suscrito analizo dicho reporte y concluyo que cada uno de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecida por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.



---

Jorge Luis Sosa Flores  
DNI 16534083

# “FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA EN HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE DURANTE EL PERIODO 2021 – 2022.”

## INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

[hdl.handle.net](http://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

5%

2

[repositorio.unprg.edu.pe](http://repositorio.unprg.edu.pe)

Fuente de Internet

3%

3

[cancerdecabezaycuello.org](http://cancerdecabezaycuello.org)

Fuente de Internet

1%

4

[repositorio.unprg.edu.pe:8080](http://repositorio.unprg.edu.pe:8080)

Fuente de Internet

1%

5

[ciencialatina.org](http://ciencialatina.org)

Fuente de Internet

1%

6

[pesquisa.bvsalud.org](http://pesquisa.bvsalud.org)

Fuente de Internet

1%

7

[1library.co](http://1library.co)

Fuente de Internet

1%

8

[www.imbiomed.com.mx](http://www.imbiomed.com.mx)

Fuente de Internet

1%

9	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
10	repositorioinstitucional.buap.mx Fuente de Internet	<1 %
11	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
12	www.medigraphic.com Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas      Activo  
Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias      < 15 words



## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Carlos Jhonatan Vidaurre Carlos  
Título del ejercicio: "FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA EN ...  
Título de la entrega: "FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA EN ...  
Nombre del archivo: PROYECTO\_TESIS\_VIDAURRE\_MEJORADO\_ULTIMO.docx  
Tamaño del archivo: 113.17K  
Total páginas: 27  
Total de palabras: 5,266  
Total de caracteres: 30,074  
Fecha de entrega: 22-ago.-2022 11:56a. m. (UTC-0500)  
Identificador de la entre... 1885569111

