



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Hospital Dr. “Fernando Vélez Paiz”**

**TEMA:**

**Evaluación de complicaciones post quirúrgicas con relación al tipo de  
cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua,  
Nicaragua; 2019 - 2021.**

**Autor:**

Dr. Juan Carlos Salinas Pérez

Médico Residente

Gineco-obstetricia

**Tutor Clínico:**

Dra. Cindy Anielka Briceño Santamaria

Médico Gineco-obstetricia

**Tutor Metodológico:**

Dra. Cindy Anielka Briceño Santamaria

Médico Gineco-obstetricia

**Managua, Nicaragua; febrero, 2023**

## INDICE

Opinión del tutor.....	i
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento .....	ii
Resumen .....	iii
1. Introducción .....	1
2. Antecedentes .....	2
3. Justificación.....	4
4. Planteamiento del problema.....	5
5. Objetivos .....	6
5.1 Objetivo general: .....	6
5.2 Objetivos específicos:.....	6
6. Marco teórico .....	7
6.1 Generalidades .....	7
6.2 Epidemiología de las infecciones postoperatorias en cirugías ginecológicas ....	8
6.3 Factores de riesgo .....	8
6.4 Factores de riesgo asociadas a las patologías ginecológicas .....	9
6.5 Principales patologías ginecológicas .....	10
6.6 Procedimientos .....	13
6.7 Complicaciones post quirúrgicas.....	16
6 Hipótesis.....	21
7 Diseño metodológico.....	22
7.1 Tipo de estudio: .....	22
7.2 Área de estudio: .....	22

7.3	Periodo de estudio: .....	22
7.4	Universo y muestra: .....	22
7.5	Criterios de selección.....	23
7.6	Variables por objetivo: .....	23
7.7	Matriz de operacionalización de variables .....	25
7.8	Métodos, técnicas, instrumentos y procedimiento para recolectar la información. 28	
7.9	Procesamiento y análisis de la información: .....	28
7.10	Consideraciones éticas:.....	29
8	Resultados .....	30
8.1	Características demográficas .....	30
8.2	Antecedentes personales y obstétricos .....	30
8.3	Diagnóstico y aspectos quirúrgicos .....	30
8.4	Evolución clínica .....	31
9	Análisis y discusión de datos .....	33
	Limitantes del estudio.....	36
10	Conclusiones.....	37
11	Recomendaciones .....	38
12	Bibliografía.....	39
13	ANEXOS .....	42
	Anexo no. 1: Instrumento de recolección de información.....	43
	Anexo no. 2: Tablas .....	44
	Anexo no. 3: Gráficas .....	63

## **Opinión del tutor**

La salud ginecológica de la mujer nicaragüense es atendida principalmente en las unidades de salud que dispone el Ministerio de Salud al servicio del pueblo; dentro las múltiples causas resaltan la necesidad de cirugías ginecológicas para contrarrestar varias patologías como la miomatosis uterina y los prolapsos vaginales que de acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud son parte de los principales motivos para intervenciones quirúrgicas. El estudio de la evolución clínica de las pacientes que son operadas en el Hospital Fernando Velez Paiz es relevante para el servicio porque permite visualizar la labor y correlaciones entre las complicaciones que se han presentado y las cirugías que se han realizado. Lo anterior servirá para la prevención y manejo oportuno de las pacientes. De ahí la pertinencia del estudio:

Evolución clínica en relación con el tipo de cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021.

Que tiene como autor al Dr. Juan Carlos Salinas Pérez, residente del cuarto año de ginecología y obstetricia.

Considero que este informe preliminar cumple con los requisitos mínimos académicos y científicos de una tesis monográfica y puede ser presentada para una defensa de tesis.

Atentamente

Dra. Cindy Anielka Briceño Santamaria  
Médico Gineco-obstetricia

## **Dedicatoria**

En primer lugar, dedico este estudio a Dios, a mi abuelita y madre que con un gran amor y paciencia me han apoyado todo este tiempo.

## **Agradecimiento**

Agradezco en primer lugar a Dios que siempre me doto de la perseverancia a lo largo de estos años desde que inicie mi carrera.

Agradezco a mis maestros por todas sus enseñanzas en el día a día para lograr ser un profesional de la salud mas al servicio del país.

## Resumen

La salud ginecológica de la mujer es importante en cualquier etapa de la vida, cuando se encuentran en edades entorno a la menopausia es cuando mayor riesgo tienen de presentar patologías que requieran de intervención quirúrgica durante su atención.

**Objetivo:** analizar evaluación de complicaciones post quirúrgicas en relación con el tipo de cirugía ginecológicas, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 – 2021.

**Metodología:** Observacional, correlacional, retrospectivo, conto con una muestra de 186 pacientes, se aplicaron pruebas de Phi y V de cramer, para valorar la evolución de las complicaciones se aplicó Kaplan-Meier.

**Resultados:** La edad media fue de 52.65 años, la principal patología previa fue hipertensión arterial 40.9%, el 33.3% tenían obesidad, el 58% había tenido más de tres hijos, el 42% había tenido cesárea, como diagnóstico pre quirúrgico el 70% fueron miomatosis uterina, al 77% se les realizó histerectomía abdominal total, el tiempo medio de la cirugía fue de 100 minutos, el 9.7% presentaron complicaciones, de las cuales el 5.5% fueron fistulas vesico – vaginal, se presentaron entre los días 20 y 30, solo el 1% requirió de reintervención quirúrgica.

**Conclusión:** Los resultados del seguimiento post operatorio evidencia la baja frecuencia de complicaciones y estas no están relacionadas al tipo de procedimiento realizado, pero si al tiempo quirúrgico.

**Palabras claves:** Complicaciones, ginecológicas, histerectomía, fistula.

## 1. Introducción

Las patologías que requieren atención ginecológica pueden ser múltiples, dentro de ellos se encuentran algunas que requieren tratamiento quirúrgico como la histerectomía, miomectomía, colpoplastias, colocación de mallas entre otras; cada una responde a la necesidad que presenta esta paciente para poder recuperar su salud ginecológica. Sin embargo, el paso por el quirófano representa riesgo y complicaciones, pero mientras se identifiquen de forma temprano su abordaje puede mejorar el pronóstico de estas pacientes.

Las cirugías ginecológicas son realizadas en zonas muy próximas a la vejiga, el recto, uréteres y grandes vasos de la pelvi, lo que representa un reto y un riesgo, dado que cualquier mínimo error puede generar un complicación, que solo en el 1% con lleva a muerte pero hasta un 26% a complicaciones, que pueden variar en dependencia de la edad, peso, comorbilidades, anemia, cáncer y cirugías previas de la paciente; estas últimas debido a que pueden distorsionar la anatomía de la cavidad (Urgelles Carreras, Álvarez Fiallo, Reyes Guerrero, & Acosta León, 2020).

El Ministerio de Salud de Nicaragua como parte de su compromiso con el pueblo realiza diversas actividades en el marco de la atención a la mujer, por lo cual las nicaragüenses pueden acceder a la atención médica y quirúrgica de sus afecciones. Dentro de este proceso participa el Hospital “Fernando Vélez Paiz” que brinda atención general a la población de Managua y departamentos cercanos, aquí se realizan jornadas quirúrgicas durante todo el año que despejan la agenda quirúrgica y tiempo de espera de las pacientes.

Considerando la valiosa labor que ejerce el hospital se considera esencial que se analice la evaluación del comportamiento post quirúrgico con relación al tipo de cirugías ginecológicas realizadas por el servicio de ginecología; para lograr evaluar e incidir en el manejo de las pacientes que requieren de los procedimientos quirúrgicos, lo que beneficiaría a las mujeres nicaragüenses y al hospital, dado que una menor tasa de complicaciones postquirúrgica es un indicador de la calidad de atención brindada y en dependencia de su control se pueden elevar los costos de atención tanto para la institución como para la familia.



## 2. Antecedentes

Chinolla y asociados (2021) México; Para valorar las complicaciones de la histerectomía total laparoscópica en pacientes de un hospital de alta especialidad, se realizó un análisis de una serie de casos del servicio de ginecología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de las pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica de diciembre de 2015 a diciembre de 2018, se incluyeron 79 pacientes con edad media de 44.2 años, tiempo de cirugía de 104.3 minutos y promedio de sangrado 102.8 ml. El 7.6% presentaron complicaciones intraoperatorias (lesiones, sangrado), el 8.8% tuvieron complicaciones posoperatorias de las cuales el 5.1% fueron reintervenidas.

Urgelles y asociados (2020) Cuba; con el objetivo de Determinar las principales complicaciones, su asociación con el diagnóstico preoperatorio, el tipo de operación realizada y la comorbilidad en pacientes intervenidas por afecciones ginecológicas se realizó un estudio descriptivo en 616 pacientes, encontrando que se produjeron complicaciones postquirúrgicas en 96 pacientes (15,5 %). Las de mayor frecuencia fueron el íleo paralítico (4,2 % de la serie y 26,04 % de las complicaciones) y el absceso de cúpula (2,75 % de la serie y 17,7 % de las complicaciones), fundamentalmente en quienes presentaron antecedentes de obesidad y asociación de factores de riesgo. Las principales complicaciones se dieron en pacientes operadas por mioma uterino y que fueron operadas por histerectomía total abdominal con y sin anexectomía.

Benavides (2019), Nicaragua; con el objetivo de analizar las complicaciones de las cirugías ginecológicas realizadas en el hospital SERMESA Bolonia en el periodo comprendido de julio del año 2018 a julio del año 2019, se realizó un estudio correlacional en 101 pacientes, donde se encontró que la esterilización quirúrgica convencional es el procedimiento más frecuente y las complicaciones principales son aquellas propias de la pared abdominal tales como el seroma, infección de sitio quirúrgico y dehiscencias, en correspondencia con los antecedentes relacionados están la hipertensión arterial y obesidad, con significancia estadística (P: 0.002, 0.001, 0.013) mediante la prueba de Phi (Benavides Martínez, 2019).

Morales y asociados (2016); Nicaragua. Realizaron un estudio en el Hospital Bertha Calderón para describir las complicaciones transquirúrgicas de la histerectomía abdominal, fue de tipo descriptivo, retrospectivo y se encontró que el tamaño del mioma está relacionado con las complicaciones, que las cuatro complicaciones más frecuentes encontradas, que fueron shock hipovolémico representan un 5.7 %, asociadas a diagnósticos establecidos de miomas de grandes elementos; seguido de una complicación por lesión ureteral que representa el 1.4%, que se obtuvo en una paciente que fue clasificado como mioma de medianos elementos.

### 3. Justificación

Conveniencia institucional: La salud de la mujer es una de las prioridades del Ministerio de Salud de Nicaragua por lo cual se implementan una serie de actividades dirigidas a la atención y prevención de las patologías ginecológicas más frecuentes, como parte de ello el Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz ofrece por medio del servicio de ginecología acceso a procedimientos quirúrgicos que se realizan desde su inicio en 2018, de ahí que se considere de importancia realizar estudios que permitan evaluar los resultados y factores vinculados a estos que se presentan en los procedimientos quirúrgicos realizados en la población femenina atendida en el hospital, de tal forma que se valore el brindar un seguimiento más estricto en pacientes con múltiples factores de riesgo para complicaciones post operatorias.

Relevancia social: Esta investigación representa un beneficio para la mujer nicaragüense que presentan afectaciones ginecológicas que le pueden generar diversos tipos de molestias que pueden incluso afectar su salud mental. Por ello se considera importante establecer los resultados de los procedimientos quirúrgicos a los que son sometidas las mujeres y las posibles complicaciones presentes para mejorar la salud de la mujer entorno a su estado ginecológico.

Valor teórico: Es un aporte científico en temas de salud materno – infantil, ayudará a una mejor atención en salud.

Unidad metodológica: Este estudio sienta las bases holísticas y sistémicas tanto en el hospital como en el país, para mejorar la forma de investigar este tipo de problemáticas usando este enfoque de investigación.

Por lo tanto, es importante analizar la evolución clínica en relación con el tipo de cirugía ginecológicas, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021; los resultados del estudio aportaran al control de los factores modificables que pudieran encontrar en el estudio de forma que se reduzcan las complicaciones, así como de las principales complicaciones que se presentan en este tipo de intervenciones de forma que se mejore la calidad de atención e indicadores hospitalarios y además de la reducción de gastos hospitalarios secundario a estos casos.

#### **4. Planteamiento del problema**

Caracterización: Todo procedimiento quirúrgico conlleva un riesgo de complicaciones que pueden influir en la morbi mortalidad de las pacientes que requieren la intervención para la atención de patológicas ginecológicas, aunque la mortalidad no es alta (1%), la morbilidad puede variar entre el 0,2 al 26%, estas se pueden presentar en el transoperatorio o posteriori (inmediatas, mediatas y tardías) siendo importante su identificación temprana para el manejo oportuno.

Delimitación: Dentro los principales factores de riesgo están la edad, las comorbilidades, obesidad, cirugías previas, anemias y cáncer. Considerando que estas cirugías se realizan en zonas cerca de la vejiga, recto, uréteres y grandes vasos el tipo de complicaciones que pueden presentarse van desde la infección del sitio quirúrgico hasta la lesión de uno de los órganos antes mencionados. Por lo tanto es relevante que el Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz, valore los factores que pueden tener las pacientes que acuden y requieren de procedimientos quirúrgicos ginecológicos.

Formulación: A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesta, se plantea la siguiente pregunta principal de la investigación: ¿Cuál es la evolución clínica en relación con el tipo de cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021?

Sistematización: Algunas interrogantes específicas para responder este planteamiento son:

1. ¿Cuáles son las características demográficas de las pacientes en estudio?
2. ¿Cuáles son los antecedentes personales y obstétricos de las pacientes en estudio?
3. ¿Cuáles son los principales diagnósticos y aspectos quirúrgicos de las pacientes en estudio?
4. ¿Cuál es la evolución de las pacientes asociado al evento quirúrgico realizado a las pacientes?

## **5. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general:**

Analizar evolución de complicaciones post quirúrgicas con relación al tipo de cirugía ginecológicas, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021.

### **4.2 Objetivos específicos:**

1. Caracterizar demográficamente a las pacientes en estudio.
2. Describir los antecedentes personales y obstétricos de las pacientes en estudio.
3. Identificar los principales diagnósticos y aspectos quirúrgicos de las pacientes en estudio.
4. Establecer la evolución de las pacientes asociado al evento quirúrgico realizado a las pacientes.

## **6. Marco teórico**

### **5.1 Generalidades**

La salud genitourinaria es un tema esencial que todo proveedor de atención médica debe abordar cuando atiende a mujeres durante toda su vida. Los trastornos del suelo pélvico, incluida la incontinencia urinaria y el prolapso de órgano pélvico, pueden afectar a mujeres de cualquier edad y afectar negativamente la propia imagen y su calidad de vida.

Los trastornos del suelo pélvico son diversos, los cuales incluyen la incontinencia urinaria, el prolapso de órganos pélvicos, la discontinuidad fecal y otras anomalías sensoriales y de vaciado del tracto urinario inferior y del tracto gastrointestinal, con el paso del tiempo se estima que para 2030, más de una quinta parte de las mujeres tendrán 65 años o más, a medida que aumente la población de mujeres de edad, la carga nacional relacionada con los trastornos del suelo pélvico en términos de costos de atención de la salud, pérdida de productividad y disminución de la calidad de vida, será considerable. (Ronquillo, 2021)

Los procedimientos quirúrgicos tienen riesgos y complicaciones, que determinan el pronóstico de los pacientes. Se relacionan con la gravedad de la complicación, su diagnóstico oportuno y manejo apropiado. Aunque la tasa de mortalidad operatoria en las intervenciones ginecológicas es baja, con frecuencia, la realización de disecciones minuciosas en zonas cercanas a la vejiga, el recto, los uréteres y los grandes vasos de la pelvis, hace que con cierta frecuencia se produzcan lesiones durante la cirugía pélvica.

La tasa de mortalidad de la cirugía ginecológica es inferior al 1 % y la de complicaciones varía de 0,2 a 26 %. Las complicaciones pueden ocurrir en el transoperatorio, fundamentalmente en la cirugía oncológica o cuando la anatomía está distorsionada debido a infección o endometriosis. También ocurren después de la cirugía (precoz o tardíamente), como las infecciones (de la herida quirúrgica, pélvicas, abscesos pélvicos, tromboflebitis pélvica séptica, infecciones de los catéteres, del tracto urinario y bronconeumonía), y otras como el íleo paralítico, la obstrucción intestinal, dehiscencias y evisceración, entre otras. (Complicaciones en la cirugía ginecológica, 2020).

## 5.2 Epidemiología de las infecciones postoperatorias en cirugías ginecológicas

En EEUU se estima que las infecciones nosocomiales quirúrgicas (INQ) son responsables de 20.000 muertes hospitalarias anuales, y producen un incremento de la estancia hospitalaria en 7,3 días con un coste adicional de unos 3000 dólares por paciente.

La prevalencia de INQ varía en función del tipo de cirugía (limpia, limpia-contaminada, contaminada o sucia). Se considera que las intervenciones quirúrgicas mayores más frecuentemente realizadas en ginecología y obstetricia (cesáreas e hysterectomías) son principalmente cirugía limpia-contaminada, o contaminada en casos de cirugía vaginal. En España se calcula una incidencia de INQ en Obstetricia y Ginecología cercana al 5%

En Obstetricia y Ginecología, las INQ corresponden, en la mayoría de los casos, a patología polimicrobiana, siendo las más frecuentes la endometritis y la infección de la herida quirúrgica superficial. (María Gádor Manrique F, 2013)

## 5.3 Factores de riesgo

Se reconocen factores que incrementan el riesgo quirúrgico, que son indispensables conocer, evaluar y tratar previos a la cirugía, ya que pueden dar al traste con la adecuada evolución de las pacientes; dentro de los cuales se mencionan las condiciones generales de las pacientes, la existencia de enfermedades crónicas descompensadas, la vía de acceso quirúrgico, el tiempo operatorio, la adecuada supervisión y/o ejecución del procedimiento quirúrgico, la edad, obesidad, cirugías previas, anemia y cáncer. (Sara Urgellés Carreras, 2021)

Edad el grupo etario que ha tenido cirugías ginecológicas con mayor frecuencia y que ha presentado complicaciones corresponde a la edad media de 62.02 +/- 72.91 años, 50% de las pacientes tenían entre 62 y 73 años.

La obesidad contribuye a mayores complicaciones tales como infección posoperatoria 3.7% (infección de herida 2.3%, IVU 1.8%, absceso de cúpula vaginal 0.5%), lesión a órgano vecino y shock hipovolémico 9.1%, así como riesgo de una nueva intervención, mayor tiempo quirúrgico; las dehiscencias de herida quirúrgica se presentaron en 3.2%. (Gamarra, 2022)

Los factores de riesgo para el fracaso de la reparación del prolapso vaginal anterior no se han estudiado específicamente por separado de los estudios de prolapso total. El prolapso vaginal, en general, recurre con el aumento de la edad y la duración del seguimiento, pero la frecuencia real es desconocida y tiende a variar con diferentes definiciones de prolapso. La recurrencia puede representar una falla en la identificación y reparación de todos los defectos de soporte, o debilitamiento, estiramiento o rotura de los tejidos de los pacientes, como ocurre con la edad avanzada y después de la menopausia. Otras características que pueden aumentar las posibilidades de recurrencia son la predisposición genética, el embarazo posterior, el trabajo pesado, la enfermedad pulmonar crónica, el tabaquismo y la obesidad. (Ronquillo, 2021)

Se sabe que el riesgo de re operación en estas pacientes es del 30% debido a un fallo primario y a una recurrencia secundaria. El compartimento anterior es más comúnmente afectado en el prolapso de los órganos pélvicos y también es el más propenso a la recurrencia después de la cirugía. Se sabe poco sobre los factores asociados con la re operación de la corrección quirúrgica de las alteraciones del suelo pélvico. Es posible que los mismos factores que se encuentran implicados en la génesis de la aparición del prolapso del órgano pélvico también puedan ser los factores de riesgo implicados en la recurrencia del prolapso después de la cirugía. Los factores de riesgo para el prolapso de los órganos pélvicos que se han descrito en la literatura son el envejecimiento, la paridad, la obesidad, los antecedentes familiares de prolapso y la debilidad del colágeno.

#### **5.4 Factores de riesgo asociadas a las patologías ginecológicas**

Factores predisponentes: se incluyen al parto vaginal, a embarazos múltiples o la multiparidad, cesáreas, debilidad de la musculatura perineal ya que son procesos que elevan el riesgo de una mujer de padecer prolapso genital con el tiempo.

La multiparidad incrementa el riesgo de POP hasta 4.5 veces cuando hubo más de dos partos vaginales. Durante el trabajo de parto, debido a que el vértice desciende a través de la vagina, es posible que las fuerzas físicas sobre los tejidos pélvicos sean intensas. Los músculos, vísceras, tejido conjuntivo y nervios están susceptibles a sufrir una posible lesión. Las fuerzas de compresión y distensión se combinan para dañar los nervios del piso pélvico, lo cual conduce a isquemia y neuropraxia. Las fibras miofasciales se pueden alterar o romper, debido a la distensión que ejercen la cabeza y cuerpo del feto. (González, 2017)



Numerosos estudios proponen una asociación entre parto y una denervación parcial del diafragma pélvico con su consecuente debilitamiento. Sin embargo, también se ha observado una total recuperación de la funcionalidad del diafragma pélvico en los meses que siguen al parto. Se ha planteado también que la cesárea podría disminuir en parte el riesgo de desarrollar posteriormente prolapso genital.

Factores promotores: tales como el estreñimiento, los hábitos laborales y recreativos, la obesidad. Se ha descrito la relación entre prolapso genital e hiperlaxitud articular, sugiriendo alteraciones del tejido conjuntivo como factor causal común.

Además debido a que la prevalencia del prolapso genital femenino involucra multiplicidad etiopatogénica, se incluye factores hormonales, mecánicos, genéticos, obstétricos, patológicos, que podrían interactuar con los hábitos y la condición de vida de cada mujer; no obstante las características étnicas de la mayoría de las poblaciones.

Factores descompensadores: la diabetes, la hipertensión arterial, insuficiencia vascular, la insuficiencia cardíaca, el sedentarismo, también se sostiene que desencadenan esta patología.

Factores favorecedores: la edad, las condiciones que incrementan la presión intraabdominal. Debido al estilo de vida, pero en especial por la actividad diaria o frecuente que realiza la mujer sin conocer sus consecuencias. Existe un aumento del 40% del riesgo de presentar prolapso genital por cada década de vida, causado por la alteración de los tejidos muscular y conjuntivo (Freire, 2017)

## **5.5 Principales patologías ginecológicas**

Los miomas uterinos también conocidos como leiomiomas o fibromas son los tumores benignos más comunes del tracto genital femenino y rara vez se asocian a mortalidad, siendo clínicamente evidentes solo en el 25 al 50% de las mujeres<sup>6</sup>, de las cuales puede presentarse de manera asintomática en el 50%, aunque en quienes se presenta sintomatología puede conducir a morbilidad severa e incluso compromiso de la calidad de vida. Las mujeres afrodescendientes

tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de miomatosis que el presentado por las mujeres blancas, así como la presencia de sintomatología más temprana (García Rueda & Russi Russi, 2017).

En Nicaragua se realizó un estudio para analizar las complicaciones de las cirugías ginecológicas realizadas en el hospital SERMESA Bolonia se encontró que el procedimiento más frecuente es la esterilización quirúrgica convencional y las complicaciones principales son aquellas propias de la pared abdominal tales como el seroma, infección de sitio quirúrgico y dehiscencias, también se encontró relación de asociación entre los antecedentes de hipertensión arterial y obesidad con las complicaciones que se presentaron, con significancia estadística (P: 0.002, 0.001, 0.013) mediante la prueba de Phi. Al correlacionar los procedimientos quirúrgicos histerectomía abdominal, cirugía de mama y esterilización quirúrgica y las complicaciones no se encontró correlación estadística entre las indicaciones de las cirugías y las complicaciones (Benavides Martínez, 2020).

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) se define como el descenso de uno o más órganos, entre los que se incluyen el útero, la vagina, la uretra, la vejiga, el recto, el colon sigmoide o el intestino delgado, desde su posición anatómica habitual. Este desplazamiento se produce como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y puede alcanzar diferentes grados. El POP es una patología importante dentro de las disfunciones del suelo pélvico (SP) con las que con frecuencia se asocia, requiriendo en muchas ocasiones un enfoque multidisciplinar. En la exploración ginecológica se manifiesta como un descenso del cuello uterino o de las paredes vaginales (anterior, lateral, posterior o superior) tras las cuales están los otros órganos prolapsados. Así, detrás del prolapso de la pared vaginal anterior pueden encontrarse la uretra y/o la vejiga, detrás de la pared posterior el recto y/o parte del intestino y detrás de la pared superior el útero y/o parte del intestino. El 11,8% de las mujeres son intervenidas por prolapso genital a lo largo de su vida. Supone hasta el 30% de la cirugía mayor ginecológica en nuestro entorno.

El Pelvic Organ Prolapse Quantification system está constituido por un conjunto ordenado de valores que permiten una descripción precisa del soporte pélvico sin necesidad de establecer un grado de severidad. Facilita la evaluación de la estabilidad o progresión del prolapso y está estandarizado y aprobado por diferentes asociaciones internacionales. El POPQ se basa en la medición de las distancias comprendidas entre seis puntos situados en la vagina y un punto fijo de referencia que es el himen. Se expresan en centímetros y van precedidas de un signo “-”

siempre que el punto se encuentre proximal o por encima del himen, o de un signo “+” cuando el punto está por debajo o distal al himen.

Cuando la posición de estos puntos coincide con el plano del himen se le da un valor cero. Se acepta una precisión de 0,5 cm. Los puntos vaginales son los siguientes:

Punto Aa: punto fijo localizado en la línea media de la pared vaginal anterior a 3 cm del meato uretral.

Punto Ba: este punto no es fijo y está representado por el punto más distal de la porción de la pared vaginal comprendida entre el fondo de saco vaginal anterior y el punto Aa.

Punto Ap: localizado en la línea media de la pared vaginal posterior, a 3 cm del himen.

Punto Bp: este punto no es fijo y está representado por el punto más distal de la porción de la pared vaginal comprendida entre el fondo de saco vaginal posterior y el punto Ba.

Punto C: es el punto más distal del cérvix o de la cúpula vaginal.

Punto D: es el punto más distal del fórnix vaginal posterior (fondo de saco de Douglas).

El POPQ incluye también otras medidas que nos describen la anatomía del SP:

- El gh (hiato genital): se mide desde la línea media del meato uretral y el himen posterior.
- El pb (cuerpo perineal): se mide desde el margen posterior del hiato genital hasta la mitad del orificio anal.
- El tvl (longitud vaginal total): se mide con el prolapso reducido.

Los valores que se obtienen con la exploración siguiendo el sistema POPQ se pueden agrupar en estadios que se asignan teniendo en cuenta la porción más severa del prolapso:

- Estadio I: la parte más distal del prolapso no alcanza el himen.
- Estadio II: la porción más distal del prolapso está entre 1 cm por encima del himen y 1 cm por debajo del mismo.
- Estadio III: la porción más distal del prolapso está más de 1 cm por debajo del himen, pero no es mayor que 2 cm menos de la longitud vaginal total.
- Estadio IV: se corresponde con la eversión completa de la longitud vaginal total. La porción más distal del prolapso protruye al menos la longitud vaginal total menos 2 cm (Sociedad Española de Ginecología y obstetrica, 2020).

## 5.6 Procedimientos

### 6.6.1 Colpocleisis:

El método de cierre vaginal conocido como "colpocleisis", es un término compuesto del vocablo "colpo" que significa vagina y la palabra "cleisis" derivada del griego, que significa obliterar, cerrar. *Geradin* lo reporta por primera vez en 1823; lo describe suturando entre sí las paredes vaginales anterior y posterior previamente denudadas.

Esta técnica fue modificada y descrita por Lefort (1877) lo que representó una opción muy efectiva con la intención de disminuir los riesgos quirúrgicos en ancianas frágiles en que la histerectomía vaginal suponía todo un desafío. El proceder, relativamente sencillo, consistía en la remoción de áreas de epitelio vaginal "en espejo" en caras anterior y posterior, luego se cerraba el terreno denudado entre sí para, de esta manera, ocluir el canal vaginal. Este autor lo divulga y generaliza, de una manera parecida a la que se practica actualmente, aunque siempre conservando el útero "in situ", porque la intención de dicha cirugía era resolver el prolapso genital en pacientes con alto riesgo quirúrgico debido a su facilidad y rapidez de ejecución, así como la posibilidad de utilizar anestésicos locales que permitían esperar una menor morbilidad.

A pesar de los avances en técnicas y diferentes opciones disponibles, aun es el abordaje menos invasivo; pero sobre todo, el más seguro y duradero. Su eficacia se reporta entre 90-100 % por los diferentes autores.

El punto más debatible en la práctica de esta cirugía está en torno a la posible aparición de incontinencia urinaria iatrógena, por la tensión del área próxima al cuello vesical. Actualmente, hay una investigación en fase final controlada y randomizada con el añadido de *slings* o malla de colocación medio uretral cuyos resultados estarían disponibles para años venideros, pero, de hecho se tiende a incorporar procedimientos anti incontinencia con el recurso que se disponga.

En este grupo de pacientes de edad avanzada y con grados severos de prolapso genital de largo tiempo de evolución, predomina la retención urinaria como queja. De existir incontinencia, suele ser predominantemente de urgencia y mixta, por lo que hay autores que aconsejan estudios urodinámicos o al menos, determinaciones confiables de orina residual.

La técnica utilizada se ajusta en lo fundamental a la descripción clásica de *Lefort* en lo referido a la disección de dos rectángulos en pared vaginal. Aunque se procura aproximarse bien al extremo pinzado en la pared anterior, manteniendo libres los 2-3 cm correspondientes a la uretra y su previsible unión uretro vesical y en el caso de la pared posterior en la forma tradicional. La aposición de los mismos crea una plataforma de tejido que al interponerse sostiene el prolapso apical. El área a reseca se encuentra en dependencia de la extensión del prolapso, y el no comprometer la unión uretro vesical permite, si se considera oportuno, algún proceder anti-incontinencia como la plicatura de Kelly, por no disponer regularmente de mallas o slings tipo TVT para su colocación transoperatoria como es la práctica habitual en otros servicios. Hay autores que utilizan cistoscopia durante su ejecución para asegurar que no ocurra daño a nivel vesical o uretral, posibilidad a tener en cuenta cuando se opera en un tejido tan adelgazado por la atrofia propia de estas edades. (Georgina Areces Delgado, 2016)

Los buenos resultados de la colpocleisis dependen de algunos factores:

1. Informar a la paciente sobre los beneficios y complicaciones de la técnica, es importante también la orientación a los familiares, ya que la mayoría de estas pacientes son muy mayores y generalmente dependientes. Informar sobre la imposibilidad de tener relaciones sexuales es obviamente obligatorio.
2. Evaluación minuciosa del cuello uterino y del endometrio. Tratar en el preoperatorio las escaras existentes.
3. Evaluación del estado clínico, prevención de infecciones, trombo embolismo y otras comorbilidades. La comunicación entre médico clínico, anestesiólogo y cirujano es imprescindible en el manejo de estas mujeres.
4. Cuestionarios de calidad de vida, síntomas urinarios y digestivos, cuantificación del prolapso con el POP-Q, es obligatoria en caso de asistencia en instituciones académicas.
5. Reglamentación de la técnica, preservando la mucosa suburetral. (Roncatti De Carli Virginia, 2018)

6.6. 2 colocación Malla TOT:

Delorme ideó el abordaje alternativo por vía obturatriz. El TOT (tension free trans obturator tape) consiste en colocar la malla suburetral pasándola, a cada lado, por el orificio obturador. Las ventajas son: la simpleza de la técnica quirúrgica y la baja frecuencia de complicaciones importantes, al evitar las incisiones abdominales y el paso retropúbico de la aguja, evita la apertura del espacio de Retzius, disminuyendo la probabilidad de lesiones de víscera hueca, hemorragias y hematomas en dicho espacio y haciendo innecesaria la realización de cistoscopia intraoperatoria ya que la cinta se ubica en un plano inferior a la vejiga. Por otro lado el objetivo de la colporrafia anterior es doblar las capas de la muscularis vaginal y la adventicia que recubren la vejiga (“fascia pubocervical”) o doblar y volver a unir el tejido paravaginal (Conislla, 2012).

### 6.6.3 Histerectomía

La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas más realizadas en el mundo. La incidencia es muy alta en Estados Unidos, con 510 procedimientos por cada 100.000 mujeres, pero menor en Europa, como en Francia con 179 histerectomías por cada 100.000 mujeres; la tasa más baja se observa en Dinamarca, con 12 histerectomías por cada 100.000 mujeres en 2018. Existen varios tipos de histerectomía dependiendo de si se conserva o no el cuello uterino y si se conservan o no los anexos, la histerectomía subtotal designa la preservación del cuello uterino y la histerectomía total la ablación concomitante del cuello uterino. La mortalidad perioperatoria de la histerectomía por lesiones benignas sigue siendo baja (0,86/1000), pero puede aumentar en presencia de factores de riesgo: edad mayor de 70 años (17-20,6/1.000), cirugía sobre útero grávido (2,9-3,2/1.000), cirugía de urgencia (3,2/1.000) (Brun, y otros, 2022).

Este procedimiento está indicado para enfermedad tanto benigna como maligna. En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología en 2009 se revisaron 555 histerectomías, de las cuales 226 fueron por vía laparoscópica, siendo la indicación más frecuente la miomatosis uterina (58.6%), seguida de la hemorragia uterina anormal (23.2%) y la adenomiosis (18.2%), coincidiendo estos datos con los reportados en un estudio en España, en el que otras indicaciones reportadas con menor frecuencia fueron endometriosis, hemorragia uterina anormal, neoplasia intraepitelial cervical III persistente e hiperplasia con atipias .

La principal desventaja es la necesidad de un mayor tiempo operatorio. Para hacer comparables los tiempos de la histerectomía total laparoscópica y de la histerectomía abdominal, el tiempo quirúrgico promedio debería estar por debajo de 100 minutos. Esto se logra a medida que aumentan los casos y se incrementa la experiencia del equipo quirúrgico. Las complicaciones, de acuerdo con el tiempo quirúrgico en que se producen, se pueden clasificar en complicaciones transoperatorias y posoperatorias (Chinolla-Arellano, Bañuelos-Rodríguez, Martínez-Sevilla, & García-Bello, 2021).

## 5.7 Complicaciones post quirúrgicas

Las enfermedades del aparato ginecológico son responsables de un número significativo de procedimientos quirúrgicos que se realizan en todo el mundo. Como toda intervención quirúrgica no está exenta de riesgos, y su evolución y pronóstico dependen del diagnóstico rápido y el manejo oportuno de las complicaciones. La tasa de mortalidad de la cirugía ginecológica es inferior al 1 %, y la de complicaciones varía entre 0,2 y 26 %.

La prevalencia de complicaciones quirúrgicas asociadas a la cirugía ginecológica varía en dependencia de varios elementos, entre los que se encuentran la experticia del centro, el tipo de cirugía practicada, el diagnóstico preoperatorio y los factores de riesgo y comorbilidades presentes en las poblaciones estudiadas. (Sara Urgellés Carreras, 2021)

### 6.7.1 Hemorragia postquirúrgica

La hemorragia post-operatoria puede manifestarse como una pérdida sanguínea por los drenajes o por hipovolemia manifestada con mareos-hipotensión o en control analítico, a las 4 -6 horas post intervención.

### 6.7.2 Hemorragia precoz

Puede producirse durante las primeras 24 horas (habitualmente durante las primeras 8-10 horas) en la pared abdominal, la cavidad abdominal, vagina, tejidos blandos de la pelvis, vejiga o de varios sitios al mismo tiempo. Se debe sospechar un hematoma de la pared abdominal si existe un dolor local, intenso, que puede deformar la pared. En hematomas pequeños es habitual una

actitud expectante. Los hematomas grandes, sobre todo si son progresivos, requieren intervención inmediata con ligadura vascular si es posible, limpieza y drenaje.

### 6.7.3 Hemorragia vaginal

Es más frecuente después de la histerectomía vaginal que de la abdominal. Suele comenzar varias horas después de la intervención y proceder de la rama cervical o vaginal de la arteria uterina, de los ángulos vaginales de la incisión o de las incisiones de la colporrafia. El taponamiento suele ser útil si el sangrado es leve pero si el sangrado es arterial es necesaria una exploración bajo anestesia.

### 6.7.4 Hemorragia extraperitoneal

La hemorragia en el tejido conjuntivo pélvico es difícil de tratar. Se caracteriza por una masa tensa y elástica en la pelvis, tumefacción a nivel del ligamento inguinal y una matidez sobre todo en los flancos. Afortunadamente suelen ceder espontáneamente. El sangrado suele ser venoso y su origen difícil de localizar. Generalmente es suficiente con la evacuación del hematoma y eliminación del tejido necrótico.

### 6.7.5 Hemorragia vesical

Suele producirse en intervenciones urológicas, por la colocación de un drenaje supra púbico o la lesión del órgano durante la cirugía. Se suele controlar con medidas conservadoras (sonda vesical, y lavados vesicales continuos). Si no fuese suficiente se debe tratar con una cistotomía suprapúbica.

### 6.7.6 Hemorragias tardías

Ocurren habitualmente entre el 7º y 21º días; habitualmente son hemorragias del muñón vaginal después de una histerectomía. Las causas más frecuentes son: reabsorción de los hilos de sutura, necrosis de los tejidos locales, tromboflebitis séptica, tratamiento anticoagulante y ocasionalmente coito antes de la cicatrización. Es recomendable la exploración bajo anestesia para localizar el punto sangrante. La intervención puede ser difícil por la friabilidad y debilidad de los tejidos. En casos excepcionales es necesario realizar una laparotomía y ligar la arteria uterina en su origen.



La profilaxis antibiótica ha sido ampliamente adoptada en ginecología, sobre todo después de que diferentes estudios prospectivos en la década de los 80 han demostrado su efectividad para reducir la tasa de infecciones postoperatorias.

Los agentes usados con más frecuencia en ginecología para la profilaxis antibiótica son las cefalosporinas. Son efectivas, bactericidas, no tóxicas y baratas. Ningún estudio ha demostrado que antibióticos más recientes (y más caros), sean más efectivos. Es suficiente una dosis administrada durante las dos horas previas a la incisión, sin que haya evidencia (excepto para aquellas intervenciones que se alargan en el tiempo) de mayor eficacia de dosis repetidas.

#### 6.7.7 Infecciones urinarias

Su frecuencia puede alcanzar el 40% sin profilaxis antibiótica. La mayoría son leves, siendo rara la pielonefritis. El tratamiento consiste en la antibiòticoterapia adecuada.

#### 6.7.8 Infecciones respiratorias

La neumonía post-operatoria no es frecuente, debido a que la mayoría de pacientes suelen tener una buena condición preoperatoria y al frecuente uso de la anestesia locorregional. Se consideran factores de riesgo la intubación orotraqueal y anestesia general, obesidad, edad avanzada, enfermedades previas y uso de tabaco. Su prevención incluye la movilización precoz, la estimulación de la paciente a toser y a realizar respiraciones profundas.

#### 6.7.9 Flebitis

La incidencia de infecciones secundarias a catéteres endovenosos puede ser hasta del 30%. Su prevención incluye su colocación estéril, bajo indicación estricta, reemplazo cada tres días y retirada precoz. El tratamiento es sintomático.

#### 6.7.10 Sepsis

La sepsis es una respuesta sistémica a la infección. Se considera severa cuando existe algún signo de disfunción orgánica (como acidosis metabólica, encefalopatía, oliguria, hipoxemia,

hipotensión, o alteraciones de la coagulación). Cuando la respuesta sistémica es muy importante puede producirse un shock o incluso, cuando falla la perfusión orgánica, se produce el llamado síndrome de sepsis o síndrome orgánico múltiple. La sepsis está producida por los mismos gérmenes que producen las infecciones descritas antes, por lo que suele tratarse de infecciones polimicrobianas en las cuales las bacterias y sus toxinas han alcanzado el torrente circulatorio y circulan por él.

### 6.5.3 Complicaciones digestivas

#### 6.5.3.1 Íleo paralítico y obstrucción intestinal

En la mayoría de casos el aparato digestivo recupera su función normal al tercer día del postoperatorio; de hecho se calcula que el intestino delgado recupera su funcionalismo en 6 a 12 horas, el estómago en 12 a 24 horas y el intestino grueso en 48 a 72 horas, aunque la manipulación excesiva del intestino durante la cirugía, el uso de narcóticos y otras circunstancias pueden alargar estos periodos. Sin embargo, el inicio precoz (a las 6 horas de la intervención) de la ingesta hídrica o dieta ligera no se ha asociado con un aumento de la incidencia de íleo paralítico.

El íleo implica disminución o ausencia de la función propulsiva intestinal debido a parálisis u obstrucción mecánica. Si persiste, el intestino comienza a distenderse y su contenido queda secuestrado con gran pérdida de agua, electrolitos y albúmina ocasionando hipovolemia, elevación del diafragma, insuficiencia respiratoria y shock. Se produce en el 2% de todas las histerectomías abdominales por patología benigna y sólo en el 0,2% de las vaginales, aunque puede llegar al 4% cuando se tienen en cuenta todas las cirugías.

La obstrucción intestinal tiene una incidencia del 0,1-1% y puede aumentar hasta el 20% cuando se añaden factores de riesgo como cirugía oncológica o radioterapia postoperatoria. Las adherencias son 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%). Existen datos que sugieren que la histerectomía es una de las operaciones previas más frecuentes en estas pacientes.

### 6.5.4 Dehiscencias y evisceración

Para producirse una dehiscencia es preciso que exista una infección, junto con factores mecánicos asociados a complicaciones abdominales y pulmonares. La incidencia es del 0 al 3%. Los factores son: tipo de incisión y técnica de sutura utilizada; demasiadas suturas excesivamente juntas o con tensión excesiva; aumento de presión intraabdominal (tos, vómito, íleo), las complicaciones de la herida (abscesos sobre todo si hay peritonitis, hematoma o serosa), o la obesidad mórbida. La edad, caquexia, déficit vitamínico, anemia y ciertos medicamentos tienen una implicación más controvertida.

La elección de la incisión y de la técnica de cierre apropiada ayuda a prevenir la dehiscencia y evisceración. Las características de las pacientes nos orientarán para tomar medidas convenientes para prevenir la complicación. (E. Recari, 2009)

Las complicaciones pueden clasificarse acorde con el tiempo en el que se presentan siendo las inmediatas las que se presentan en las primeras 24 horas posterior a la cirugía, mediatas durante la primera semana y tardías posterior a la semana.

## **6 Hipótesis**

**Hi:** Las complicaciones post quirúrgicas están relacionadas al tipo de cirugía ginecológicas, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021.

**Ho:** Las complicaciones post quirúrgicas son independiente del tipo de cirugía ginecológicas, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021.

## **7 Diseño metodológico**

### **6.1 Tipo de estudio:**

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional. De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2014, el tipo de estudio es correlacional. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo.

### **6.2 Área de estudio:**

El estudio se realizó dentro del programa de residencia médico- quirúrgicas del Hospital Dr. “Fernando Vélez Paiz”, ubicado contiguo al Banco Central de Nicaragua (BCN), hospital escuela de segundo nivel de resolución, centrada en pacientes atendidas en el servicio de ginecología.

### **6.3 Periodo de estudio:**

El trabajo de recolección de la información se llevará a cabo en el periodo comprendido entre 2019 a 2021.

### **6.4 Universo y muestra:**

Estará conformado por las pacientes que se realizaron cirugías ginecológicas por parte del servicio de ginecología del Hospital Dr. “Fernando Vélez Paiz”, 2019 a 2021 y cumplieron con todos los criterios de selección.

Unidad de análisis: Expedientes clínicos de las pacientes que se les realizó cirugía ginecológica por el servicio de ginecología y cumple los criterios de selección.

Determinación del tamaño de la muestra.

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	359
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

#### Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	186

#### Ecuación

Tamaño de la muestra  $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

### 6.5 Criterios de selección

#### Criterios de inclusión:

Expedientes de pacientes que requerían cirugías ginecológicas

Expedientes de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por el servicio de ginecología.

Expedientes de pacientes con seguimiento post quirúrgico por parte del servicio de ginecología del hospital.

#### Criterios de exclusión:

Expedientes clínicos con las variables en estudio incompletas.

### 6.6 Variables por objetivo:

**Para el objetivo 1:** Caracterizar demográficamente a las pacientes en estudio.

- Características demográficas

**Para el objetivo 2:** Describir los antecedentes personales y obstétricos de las pacientes en estudio.

- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes personales patológicos
- Antecedentes obstétricos

**Para el objetivo 3:** Identificar los principales diagnósticos y aspectos quirúrgicos de las pacientes en estudio.

- Diagnostico prequirúrgico
- Aspectos quirúrgicos

**Para el objetivo 4:** Establecer la evolución de las pacientes asociado al evento quirúrgico realizado a las pacientes.

- Tipo de complicación
- Tiempo de estancia hospitalaria
- Microorganismos
- Antibiograma
- Condición al egreso

## 6.7 Matriz de operacionalización de variables

Objetivos específicos	Variable conceptual	Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<b>Objetivo Específico 1</b> Caracterizar demográficamente a las pacientes en estudio.	Características demográficas	1.1. Edad	1.1.1 Tiempo de vida en años	Cuantitativa Discreta	
		1.2. Procedencia	1.2.1 Zona geográfica donde habita.	Cualitativa nominal	Rural Urbano
<b>Objetivo Específico 2</b> Describir los antecedentes personales y obstétricos de las pacientes en estudio.	Antecedentes personales no patológicos	1.1 Hábitos tóxicos	1.1.1 Consumo de Tabaco  1.1.2 Ingesta de alcohol  1.1.3 uso de drogas ilícitas	Cualitativa nominal	Si No
	Antecedentes personales patológicos	2.1 Enfermedades preexistentes	2.1.1 Enfermedades crónicas consignadas en el expediente clínico de la paciente.	Cualitativa nominal	Hipertensión Obesidad Otros
	Antecedentes obstétricos	3.1 Gestas	3.1.1 Número de veces que la mujer ha estado embarazada.	Cuantitativa discreta	
		3.2 Partos	3.2.1 Numero de veces que la mujer ha dado a luz vía vaginal.	Cuantitativa discreta	
3.3 Cesárea anterior		3.3.1 Numero de cirugías realizadas para extraer al feto del vientre de la madre.	Cuantitativa discreta		



<b>Objetivos específicos</b>	<b>Variable conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Variable Operativa ó Indicador</b>	<b>Tipo de Variable Estadística</b>	<b>Categorías Estadísticas</b>
	Antecedentes obstétricos	3.4 Tipo de cirugía ginecológicas previas	3.4.1 Mencionar el tipo de cirugía ginecológicas a las que ha sido sometida la paciente.	Cualitativa policotómicas	
<b><u>Objetivo Especifico 3</u></b> Identificar los principales diagnósticos y aspectos quirúrgicos de las pacientes en estudio.	Diagnostico	1.1 Diagnostico prequirúrgico	1.1.1 Mención del tipo de patología que con llevo a la cirugía uro ginecológica.	Cualitativa policotómicas	
	Aspectos quirúrgicos	2.1 Tipo de cirugía	2.1.1 Mención del tipo de cirugía realizada a las pacientes	Cualitativa policotómicas	
		2.2 Tiempo quirúrgico	2.2.1 Mención del tiempo utilizado durante la cirugía en minutos	Cuantitativa discreta	
		2.3 uso de antibiótico prequirúrgico	2.3.1 Mención del uso de algún antibiótico en la profilaxis de la cirugía.	Cualitativa nominal	Si No
		2.4 Eventualidad	2.4.1 Mención de alguna eventualidad presentada durante el procedimiento quirúrgico	Cualitativa nominal	Si No
<b><u>Objetivo Especifico 4</u></b> Establecer la evolución de las pacientes	Evolución	1.1 complicación	1.1.1 Complicación	Cualitativa nominal	Si No
			1.1.2 Tipo de complicación	Cuantitativa discreta	
			1.1.3 Momento de la complicación	Cualitativa policotómicas	

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Variable conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Variable Operativa ó Indicador</b>	<b>Tipo de Variable Estadística</b>	<b>Categorías Estadísticas</b>
asociado al evento quirúrgico realizado a las pacientes	Evolución	1.2 Estancia hospitalaria	1.2.1 Tiempo de estancia hospitalaria postcirugía en días	Cuantitativa discreta	
		1.3 Infección	1.3.1 Tipo de microorganismo	Cualitativa policotómicas	
		1.4 Reintervención	1.4.1 realización de procedimiento quirúrgico secundario a una complicación del procedimiento quirurgico uro ginecológico realizado.	Cualitativa nominal	Sí No
		1.5 Condición al egreso	1.5.1 Estado en el que la paciente es dada de alta considerando que su ingreso fue el día del procedimiento quirúrgico hasta su alta.	Cualitativa dicotómica	Viva Fallecida

## **6.8 Métodos, técnicas, instrumentos y procedimiento para recolectar la información.**

La presente investigación se adhiere al *Paradigma Socio-Crítico*, de acuerdo a esta postura, todo conocimiento depende de las prácticas de la época y de la experiencia. No existe, de este modo, una teoría pura que pueda sostenerse a lo largo de la historia. Por extensión, el conocimiento sistematizado y la ciencia se desarrollan de acuerdo a los cambios de la vida social. La praxis, de esta forma, se vincula a la organización del conocimiento científico que existe en un momento histórico determinado. A partir de estos razonamientos, la teoría crítica presta especial atención al contexto de la sociedad (Pérez Porto, 2014).

En cuanto al enfoque de la presente investigación, por el uso de datos cuantitativos y análisis de la información cualitativa, así como por su integración y discusión holística-sistémica de diversos métodos y técnicas cuantitativas de investigación, esta investigación se realiza mediante la aplicación del *Enfoque Filosófico cuantitativo de Investigación* (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, págs. 532-540).

Para lograr la integración metodológica antes descrita, se procedió a la recolección de la información mediante la revisión y documentación de los expedientes clínicos (técnica cuantitativa) de las pacientes intervenidas quirúrgicamente que forman parte de la muestra por lo tanto la fuente de la información fue secundaria, haciendo uso de una ficha de recolección de datos, conformada por 28 preguntas cerradas y abiertas, dividido en cinco secciones, el primero corresponde a las características demográficas, el segundo los antecedentes personales y obstétricos, el tercero a los aspectos quirúrgicos y el cuarto a la evolución de las pacientes. El instrumento se validado mediante prueba piloto a 10 expedientes que no formaran parte de la muestra.

## **6.9 Procesamiento y análisis de la información:**

Los datos obtenidos fueron ingresados a una base de datos creada en el paquete estadístico SPSS (Statistics Program for Social Sciences V 20.0), y luego se realizaron los cálculos estadísticos pertinentes, valoraciones de riesgos. Se elaboraron tablas de frecuencia (absolutas y porcentaje) de las variables cualitativas (categóricas). Los datos son presentados en forma de tablas de contingencia y gráficos de barras. Para variables cuantitativas se usaron estadígrafos

de tendencia central y de dispersión. Para establecer la asociación entre las variables cualitativas se aplicó Phi y V de Cramer con un valor de P menor a 0.05; considerando como variable dependiente la presencia de complicaciones y como variable independiente el tipo de procedimiento quirúrgico. Para establecer el tiempo en que se presentaron las complicaciones acordes con el tipo de cirugía realizada se aplicó Kaplan-Meier.

#### **6.10 Consideraciones éticas:**

La investigación se adhiere a principios éticos para todos los trabajos de investigación, especificados en las normas de Vancouver y de Helsinki. Debido a la naturaleza y características del estudio, este no transgredió de ninguna forma los derechos humanos de los pacientes, toda la información identificada permaneció en absoluta reserva. Para realizar este estudio se solicitó permiso a la dirección y la subdirección docente del Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz, el cual estuvo de acuerdo.

## **8 Resultados**

### **7.1 Características demográficas**

En las características demográficas de las pacientes la edad media fue de 52.65 años con un IC95% entre 50.98 a 54.32, un mínimo de 42 y máximo de 83. El 97.8% era de zonas urbanas y el 1% de zonas rurales (ver anexo tabla 1).

### **7.2 Antecedentes personales y obstétricos**

En los antecedentes personales el 1% fumaba, el 0.5% tomaba alcohol el 1% consumía drogas. En los antecedentes patológicos personales el 40.9% tenía hipertensión arterial, el 24.2% diabetes, el 33.3% obesidad, el 3.2% artritis reumatoide y el 6% otras patologías (Ver tabla 2).

En los antecedentes obstétricos el 3% era nuligesta, el 19% primigesta, el 63% multigesta y el 15% gran multigesta. El 18% era nulípara, el 23% primípara, el 36% multípara y el 23% gran multípara. El 58% no había tenido cesárea, el 28% había tenido al menos una, el 12% dos, el 2% tres, el 1% colpografía anterior, el 1% colpografía posterior, el 3% histerectomía abdominal y el 2% periplastia; el 93% no había tenido otras cirugías previas (Ver tabla 3).

### **7.3 Diagnóstico y aspectos quirúrgicos**

El diagnóstico prequirúrgico fue en el 2% engrosamiento endometrial, 2% incontinencia urinaria, 71% miomatosis uterina, 17% POP QX III – IV, el 4% quiste complejo anexial y el otro 4% otros (Ver tabla 4).

En el uso de antibiótico en el pre quirúrgico el 100% utilizo. El tipo de cirugía realizada fue Colpografía anterior o posterior/perinoplastia en el 2%, Histerectomía abdominal total en el 38%, Histerectomía abdominal total + SOOB en 39%, Histerectomía vaginal 5%, Histerectomía

vaginal + colporrafia anterior o posterior 10%, LAE+ histerectomía abdominal total + SOOB 4% y Malla TOT en el 2% (Ver tabla 4 y 5).

La media del tiempo quirúrgico en minutos fue de 100.7, con un IC95% entre 97.95 y 103.46, mínimo de 40 y máximo de 140. Como eventualidades el 0.5% tuvo una cirugía laboriosa, el 10% difícil hemostasia, el 1% adherencias, el 1% lesiones de la duramadre, el 87.5% ninguna, con un tiempo hospitalario de 1.4 días (ver tabla 7,8 y 9).

#### **7.4 Evolución clínica**

En la condición al egreso el 100% estaba viva, el 9.7% presento complicaciones el 91% no, el 5.5% era fistula vesico – vaginal, el 2.5% granuloma de cúpula y el 1% granuloma. La media del tiempo fue de 56.527 días para la presencia de complicaciones y el 1% requirió de reintervención quirúrgica (ver tabla 11, 12 y 13).

El tipo de cirugía vs la presencia de complicaciones el 4.8% de los que presentaron complicaciones se les realizo Histerectomía abdominal y el otro 4.8% Histerectomía abdominal total + SOOB, la prueba de Phi y V de Cramer fue de 0.08 para ambas con un valor de P mayor a 0.05 en ambos casos. No se presentaron complicaciones en resto de cirugías, siendo los valores de Phi y V de Cramer de 0.10 para Histerectomía vaginal + colporrafia anterior o posterior y un valor de P de 0.144, para Histerectomía vaginal un Phi y V de Cramer de 0.078 y un valor de P de 0.287, en las LAE+ histerectomía abdominal total + SOOB total el valor de Phi y V de Cramer de 0.66 con valor de P de 0.377; para la Colporrafia anterior o posterior/perinoplastia el Phi y V de Cramer fue de 0.044 y P de 0.508 y para la Malla TOT el valor de Phi y V de Cramer fue de 0.44 y P de 508 (ver anexo 14 - 20).

Al aplicar Kaplan-Meier para evaluar el momento en que se presentaron las complicaciones se encontró una media de días para los que se habían realizado la cirugía Histerectomía abdominal considerando la presencia de una complicación fue de 55.371 días y para las que se realizaron Histerectomía abdominal total + SOOB total fue de 55.371; iniciando las complicaciones entorno al día 20 del postquirúrgico (ver tablas 21 y 22).

Valorando el tiempo de la cirugía vs la presencia de complicaciones en las pacientes se encontró que en las pacientes cuyo tiempo quirúrgico fue mayor a 90 minutos es donde se presentaron

todas las complicaciones, resultando un valor de Phi y V de Cramer de 0.190 y un valor de P de 0.009; a estas variables se les aplico Kaplan-Meier donde resulto una media de 55.35, un Long Rank (Mantel – Cox) Chi cuadrado 6.525 y P: 0.011 (Ver tabla 23 y 24).

## 9 Análisis y discusión de datos

En las características demográficas de las pacientes que se realizaron cirugías ginecológicas se encontró que la edad media de las pacientes fue de 52 años, es decir el 50% de ellas tenía más o menos de esta edad con mínimo de 42 y máximo de 83 años y el 97.8% son de zona urbana. La esperanza de vida de las mujeres nicaragüenses es de 78 años para el año 2022 y debido a los cambios generados en los órganos externos femeninos propios de la edad más la influencia de los factores a los que se expone cada mujer se pueden iniciar a presentar patologías que requieren intervenciones quirúrgicas para lograr mejorar la calidad de vida de las pacientes, de acuerdo al Fondo de Población de las Naciones Unidas el acceso a una atención en salud con calidad que brinde resultados óptimos para las pacientes es un derecho humano al que todas deben tener acceso y gracias a las estrategias actuales de salud del gobierno cada año se logran realizar muchas cirugías uro ginecológicas en el país.

En este estudio no se encontraron datos relevantes entorno a los hábitos tóxicos de las pacientes y la principal patología previa es la diabetes e hipertensión arterial que de acuerdo a los datos del Ministerios de salud ambas son las principales enfermedades crónicas del Nicaragua; por otro lado el 33.3% de las pacientes tenían obesidad, de acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y alimentación (FAO) en Nicaragua un 55% de la población presenta obesidad y sobre peso en especial las mujeres. Por otro lado (Espitia de la Hoz, 2015) se ha establecido que la obesidad es uno de los principales factores presente en mujeres que presentan prolapso genital, incontinencia urinaria de esfuerzo verdadero lo que a su vez implica intervenciones quirúrgicas durante su proceso de atención en salud.

Otro aspecto relevante vinculado a la obesidad es que contribuye a mayores complicaciones en el postquirúrgico de las pacientes tales como infección posoperatoria 3.7% (infección de herida 2.3%, IVU 1.8%, absceso de cúpula vaginal 0.5%), lesión a órgano vecino y shock hipovolémico 9.1%, así como riesgo de una nueva intervención y mayor tiempo quirúrgico (Gamarra, 2022)

En los antecedentes obstétricos la mayoría eran multigestas y multíparas, factores que se han visto implicados con el desarrollo de prolapso uterino y otras patologías del aparato reproductor femenino y urinario. En Nicaragua actualmente gracias a los programas de planificación



familiar se ha logrado disminuir el número de mujeres multigestas y multíparas secundario a la mejora del nivel educativa de la mujer, sin embargo, el 50% de esta muestra tiene más de 50 años lo que refleja la realidad que tuvo el país años atrás donde las mujeres tenían un mayor numero de gestaciones y partos.

El 42% de las pacientes había tenia una cesárea y el 7% otro tipo de cirugía previa, este antecedente puede incrementar el riesgo de complicaciones hasta cinco veces mas en las pacientes, debido a que se pueden desarrollar bandas de tejido cicatricial o adherencias que pueden dificultar el procedimiento quirúrgico, aumentar el riesgo de una lesión de vejiga e intestino, así como sangrado excesivo (Barbosa R, 2015).

Los principales diagnósticos pre quirúrgico de las pacientes en primer lugar la miomatosis uterina, seguido del prolapso de los órganos pélvicos; De acuerdo a García Rueda (2017) los miomas uterinos pueden encontrarse entre el 13 a 75% de las mujeres y aunque en su mayoría suelen ser asintomáticos, algunos pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida de la mujer, debido a que pueden generar síntomas como hemorragia uterina anormal, dolor pélvico y alteraciones en el tracto urinario inferior, como aumento o disminución en la frecuencia urinaria, urgencia, retención e incontinencia; también se ha descrito dispareunia y alteraciones en la vida sexual. Los síntomas por lo general se relacionan con la localización, el número y tamaño.

Todas las pacientes recibieron un antibiótico en su prequirúrgico; en los procedimientos quirúrgicos de la mujer, se pueden encontrar microorganismos de la piel o de la vagina que son la fuente patógena más común en las infecciones del sitio quirúrgico. Por lo general, estos microorganismos son cocos grampositivos (por ejemplo, Staphylococci), pero puede también haber participación de la flora fecal cuando las incisiones se practican en proximidad a la región inguinal o perineal (es decir, anaerobios, bacilos gramnegativos, Enterococci). Dentro de los objetivos de uso de los antimicrobianos profilácticos está el reducir el uso de antibióticos terapéuticos, así como el tiempo y costos de hospitalización (García O, 2016).

Los principales tipos de cirugías realizadas son la histerectomía abdominal total + SOOB en primer lugar, seguido de Histerectomía abdominal total y vaginal, lo que concuerda con el principal diagnóstico encontrado en este estudio (miomatosis), la cirugía en estos casos elimina

los síntomas y la probabilidad de recurrencia, mejorando los síntomas del tracto urinario inferior hasta en un 40 – 50% (García Rueda & Russi Russi, 2017).

La media del tiempo quirúrgico fue de 100 minutos con un mínimo de 40 y un máximo de 140 minutos, sin mayores eventualidades, con tiempo de estancia media de 1.4 días egresando todas vivas, lo que concuerda con el tipo de cirugía mas frecuente realizada en este estudio que toma de una a dos horas. La importancia del tiempo quirúrgico radica en que el aumento del tiempo operatorio que ejerce una influencia negativa en el riesgo de infección del sitio quirúrgico incrementando la exposición a patógenos y el trauma de los tejidos (Fernández Sanromán & Muñiz Somoza, 2019).

Solo el 9.7% de las pacientes presento complicaciones de ellas solo el 1% requirió reintervención quirúrgica durante el seguimiento, siendo la fistula vesico-vaginal (FVV), lo cual es la comunicación anormal entre el epitelio vaginal y vesical, resultando en fuga continua de orina a través de la vagina. Alrededor de 75% de las FVV se presentan después de una histerectomía La incidencia global de FVV después de una histerectomía va de 0.5% a 1% (Martinez & Hernandez Castellanos, 2020).

El tiempo medio en días complicaciones de acuerdo con Kaplan – Meier es de 56 días, estas se presentaron entre los días 20 y 30. Las cirugías que presentaron las complicaciones son la histerectomía abdominal total y la Histerectomía abdominal total + SOOB, sin embargo, de acuerdo con la prueba de Phi y V de Cramer no se encontró una asociación entre la presencia de complicaciones y el tipo de cirugía además dado que el valor de P es mayor a 0.05 no se puede concluir que existe una diferencia significativa. Al aplicar Kaplan – Meier entre el uso de estos dos tipos de cirugía y el tiempo medio en días para complicaciones fue similar en ambos grupos siendo de 55.37 días.

Por todo lo anterior se rechaza la hipótesis alternativa y acepta la hipótesis nula de que las complicaciones post quirúrgicas son independiente del tipo de cirugía ginecológicas, Servicio de Ginecología, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 – 2021; de la que no existe una correlación significativa estadísticamente, aunque exista una relación de frecuencia.

Evaluando el tiempo quirúrgico vs la presencia de complicaciones se observó que existe una correlación positiva baja con significancia estadística dado que el valor de P es menor a 0.05 tanto para las pruebas de Phi y V de Cramer como para el Long Rank (Mantel – Cox) Chi cuadrado que resulto de 6.525, indicando una asociación entre las variables. En el estudio de Zapata Berrios en 2019 realizado en el Hospital Fernando Velez Paiz se encontró que la frecuencia de cirugías ginecológicas de mayor extensión y la duración de las cirugías fueron significativamente mayor en los casos que en los controles cuando el análisis no fue ajustado por otras variables.

### **Limitantes del estudio**

Una limitante del estudio es que se realizó de manera retrospectiva, con una revisión de lo reportado en los expedientes a través de notas médicas, motivo por el cual, algunas complicaciones pudieran estar subestimadas en caso de que no hayan sido reportadas de manera precisa en el expediente clínico. Por este motivo, se considera recomendable la realización de un estudio prospectivo para determinar de mejor manera la incidencia de estas complicaciones, así como los factores de riesgo relacionados a estas, con la finalidad de poder prevenirlas de manera más efectiva.

## 10 Conclusiones

1. En las características demográficas de las pacientes tenían una edad media de 52 años y provenían de zonas urbanas.
2. La mayoría de las pacientes no tenían hábitos tóxicos y los principales antecedentes patológicos son la hipertensión arterial, diabetes y obesidad. Como antecedentes obstétricos eran multigestas, multíparas, sin cesárea ni cirugías ginecológicas previas.
3. El principal diagnóstico prequirúrgico es la miomatosis uterina, en general habían utilizado antibiótico profiláctico, se les realizó histerectomía abdominal total, en un tiempo medio de 100 minutos, sin eventualidades, con un promedio de estancia hospitalaria de un día y egresadas vivas.
4. Sobre la presencia de complicaciones solo el 9.7% tenía, siendo la principal la fístula vesico – vaginal, se presentaron entre los días 20 y 30. No hay asociación entre el tipo de cirugía y las complicaciones presentes en este estudio, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la nula. Los resultados del seguimiento post operatorio evidencian la baja frecuencia de complicaciones y estas no están relacionadas al tipo de procedimiento realizado pero si al tiempo quirúrgico mayor a noventa minutos.

## **11 Recomendaciones**

- Garantizar que durante la valoración de riesgo preoperatorio se encuentren con adecuado control de sus patologías crónicas y el peso de las pacientes.
- Continuar aplicando las medidas de asepsia y antisepsia en los procedimientos quirúrgicos del área de ginecología.
- Educar a las pacientes sobre los cuidados en el postquirúrgico, con énfasis en la cura de la herida, con materiales estériles y la higiene de manos correcta.
- Continuar realizando estudios sobre los resultados post operatorio de las pacientes de forma que se pueda valorar la evolución y mejora de la calidad de vida de las pacientes.

## 12 Bibliografía

- Barbosa R, G. &. (2015). Prevalencia de complicaciones y factores predisponentes en cirugía ginecológica por patología benigna en el hospital universitario San Ignacio: Bogotá, Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(6), 456 - 461.  
doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000600005>
- Benavides Martínez, A. G. (2019). *Complicaciones de las cirugías ginecológicas realizadas en el hospital SERMESA Bolonia en el periodo comprendido de julio del año 2018 a julio del año 2019*. Managua: UNAN - Managua. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/13398/1/informe%20final%20imprimir.pdf>
- Benavides Martínez, A. G. (2020). *Complicaciones de las cirugías ginecológicas realizadas en el hospital SERMESA Bolonia*. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/13398/1/informe%20final%20imprimir.pdf>
- Brun, J., Chauvin, G., Griton, M., Coret, M., Naudin, J., & Hocké, C. (2022). Histerectomía por vía abdominal por lesiones benignas. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 1 - 14.  
doi:[https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(22\)46466-6](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(22)46466-6)
- Complicaciones en la cirugía ginecológica. (2020). *Revista Cubana de Medicina Militar*.
- Conislla, L. V. (2012). *Colocación de malla transobturatriz suburetral (TOT) versus colposuspensión retropúbica de Burch en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Angamos : octubre 2008 - abril 2012*. Lima – Perú .
- Costanzo, R. |. (2022). *Uroginecología*. Argentina: Universidad Nacional de La Plata (UNLP).
- E. Recari, L. O. (2009). Complicaciones de la cirugía ginecológica. *Anales Sis San Navarra vol.32 supl.1 Pamplona* , 79.
- Espitia de la Hoz, F. (2015). Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. 24(1). doi:10.1016/j.uroco.2015.03.003

- Fernández Sanromán, J., & Muñiz Somoza, S. (2019). Complicaciones perioperatorias y postquirúrgicas tempranas. *41*(1).  
doi:<https://dx.doi.org/10.20986/recom.2019.1034/2019>
- Gamarra, H. M. (2022). *Factores de riesgo y complicaciones quirúrgicas en pacientes operadas por disfunción del piso pélvico en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional*. Lima, Perú.
- García O, & M. (2016). *Manual de obstetricia y procedimientos medicoquirúrgicos*. McGraw Hill.
- García Rueda, S., & Russi Russi, V. (2017). *Miomatosis uterina, sintomatología urinaria y alteraciones sexuales en mujeres con indicación de tratamiento quirúrgico*. Bogotá: Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12353/MIOMATOSIS-UTERINA%2C-SINTOMATOLOGIA-URINARIA-Y-ALTERACIONES-SEXUALES-EN-MUJERES-CON-INDICACION-DE-TRATAMIENTO-QUIRURGICO-.pdf?sequence=1>
- Georgina Areces Delgado, M. S. (2016). Colpocleisis como opción para corregir los prolapsos de la cúpula vaginal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
- Kathya Jacqueline Mecias Quiñonez, L. A. (2016). *Infección de heridas quirúrgicas en procedimientos ginecológicos y obstetricos, en relación con el índice de masa corporal, en el servicio de ginecología y obstetricia en el Hospital Pablo Arturo Suarez y Hospital San Francisco de Quito*. Ecuador.
- María Gádor Manrique F, A. G. (2013). Incidencia de infección nosocomial quirúrgica en ginecología y obstetricia en un hospital comarcal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*.
- Martinez, J. A., & Hernandez Castellanos, V. (2020). Fístulas vesico-vaginales; diagnóstico y manejo; experiencia de 20 años. *Revista Mexicana de urologia*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-articulo-fistulas-vesico-vaginales-diagnostico-manejo-experiencia-X2007408511283237>
- Roncatti De Carli Virgínia, P. R. (2018). Colpocleisis para el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal grave. *SciELO*.

- Ronquillo, D. C. (2021). *Recidiva de prolapso de órganos pélvicos en pacientes post operadas de colpoplastia anterior en el hospital materno perinatal "Monica Pretelini Saenz"*. México.
- Sara Urgellés Carreras, M. Á. (2021). Factores de riesgo asociados a las complicaciones postquirúrgicas de la histerectomía abdominal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 12.
- Sociedad Española de Ginecología y obstetrica. (2020). *Guía de Asistencia Práctica*. Madrid: Revista oficial de la sociedad española de Ginecología y obstetrica. Obtenido de [https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11\\_Prolapso\\_de\\_los\\_organos\\_pelvicos\\_2019.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf)
- Urgelles Carreras, S. A., Álvarez Fiallo, M., Reyes Guerrero, E., & Acosta León, O. (2020). Complicaciones en la cirugía ginecológica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(4). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v49n4/1561-3046-mil-49-04-e781.pdf>
- Zapata Berríos, M. (2019). *Factores de riesgo asociados de infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) en mujeres sometidas a cirugía ginecológica y obstétrica en el Nuevo Hospital Occidental Fernando Vélez Paiz, entre febrero 2018 y enero del 2019*. Managua: UNAN - Managua. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/12520/1/MARJORIE%20LISSETH%20ZAPATA%20BERRIOS.pdf>



# **13 ANEXOS**

## Anexo no. 1: Instrumento de recolección de información.



### Ficha de recolección de la información

No: \_\_\_\_\_ Código del expediente: \_\_\_\_\_

#### I. Características demográficas

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Procedencia: a) Rural      b) Urbano

#### II. Antecedentes personales

3. Enfermedades preexistentes: a) HTA      b) Obesidad      c) diabetes
4. Hábitos tóxicos: a) Tabaquismo      b) Alcoholismo      d) Uso de drogas ilícitas      e)  
Negado
5. Gesta: \_\_\_\_\_.
6. Partos: \_\_\_\_\_
7. Cesárea anterior: \_\_\_\_\_.
8. Cirugía ginecológica previa: \_\_\_\_\_ cuando: \_\_\_\_\_

#### III. Datos quirúrgicos

9. Diagnostico quirúrgico: \_\_\_\_\_
10. Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_
11. Tiempo de cirugía en minutos: \_\_\_\_\_
12. Uso de profilaxis con antibiótico: \_\_\_\_\_
13. Eventualidad durante el procedimiento quirúrgico: \_\_\_\_\_

#### IV. Evolución

14. Complicación: a) Si      b) No
15. Momento de la complicación: a) Inmediata      b) Mediata      c) Tardía
16. Tipo de complicación: \_\_\_\_\_
17. Tiempo de estancia hospitalaria post cirugía en días: \_\_\_\_\_
18. Reintervención: a) Si      b) No
19. Condición al egreso: a) Viva      b) Fallecida

## Anexo no. 2: Tablas

Tabla 1: Características demográficas de las pacientes que se les realizó cirugía ginecológicas, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

	Frecuencia	Porcentaje
Media de la edad*	52.65 años	
Procedencia		
Rural	2	1%
Urbano	182	97.8%

\* IC95%: 50.98 – 54.32, mínimo: 42, máximo: 83

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 2: Antecedentes personales de las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Hábitos tóxicos</i>		
Fumado	2	1%
Alcohol	1	0.5%
Drogas	2	1%
<i>Antecedentes patológicos</i>		
Hipertensión arterial	76	40.9%
Diabetes	45	24.2%
Obesidad	62	33.3%
Artritis reumatoidea	6	3.2%
Otros	12	6%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 3: Antecedentes obstétricos de las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Gestas</i>		
Nuligesta	6	3%
Primigestas	35	19%
Multigesta	117	63%
Granmultigesta	28	15%
<i>Partos</i>		
Nulípara	33	18%
Primípara	42	23%
Multípara	68	36%
Gran múltipara	43	23%
<i>Numero de Cesárea</i>		
0	108	58%
1	52	28%
2	22	12%
3	4	2%
<i>Cirugías ginecológicas previas</i>		
Colporrafia anterior	2	1%
Colporrafia posterior	2	1%
Histerectomía abdominal	6	3%
Periplastia	4	2%
Ninguna	172	93%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 4: Diagnostico pre quirúrgico de las pacientes que se les realizo ginecológicas, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

	Frecuencia	Porcentaje
Engrosamiento endometrial	4	2%
Incontinencia urinaria	4	2%
Miomatosis uterina	131	71%
POP* QX III – IV	32	17%
Quiste complejo anexial	8	4%
Otros	7	4%

\*Prolapso de órganos pélvicos

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 5: Uso de antibiótico en el pre quirúrgico de las pacientes que se les realizo cirugía ginecológicas, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

Antibiótico	Frecuencia	Porcentaje
Si	186	100%
No	0	0%
Total	186	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 6: Tipo de cirugía realizada a las pacientes con patologías ginecológicas, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

	Frecuencia	Porcentaje
Colporrafia anterior o posterior/perinoplastia	4	2%
Histerectomía abdominal total	70	38%
Histerectomía abdominal total + SOOB	72	39%
Histerectomía vaginal	10	5%
Histerectomía vaginal + colporrafia anterior o posterior	18	10%
LAE+ histerectomía abdominal total + SOOB	8	4%
Malla TOT	4	2%

\*SOOB: salpingoforectomía bilateral, LAE: laparotomía, TOT: Trans obturador tape

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 7: Media del tiempo en minutos para realizar cirugía realizada a las pacientes con patologías ginecológicas, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

Media					
Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%		Mínimo	Máximo
		Límite inferior	Límite superior		
100.7	1.396	97.95	103.46	40	140

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 8: Eventualidad durante la cirugía realizada a las pacientes con patologías ginecológicas, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía laboriosa	1	0.5%
Difícil hemostasia	18	10%
Adherencias	2	1%
Lesión de la duramadre	2	1%
Ninguna	164	87.5%

Fuente: ficha de recolección de datos.



Tabla 9: Media del tiempo en días desde el ingreso al egreso de las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

Media					
Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%		Mínimo	Máximo
		Límite inferior	Límite superior		
1.41	.060	1.30	1.53	1	7

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 10: Condición al egreso de las pacientes cirugía realizada a las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

Condición al egreso	Frecuencia	Porcentaje
Viva	186	100%
Fallecida	0	0%
Total	186	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 11: Frecuencia y tipo de complicaciones en las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Presencia de complicaciones</i>		
Si	18	9.7%
No	168	91%
<i>Tipo de complicación</i>		
Fistula vesico-vaginal	11	5.5%
Granuloma de cúpula	5	2.5%
Granuloma	2	1%
Ninguna	168	91%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 12: Media del tiempo en días para que se presente una complicación en las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

<b>Media:</b>			
Media <sup>a</sup>			
Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite inferior	Límite superior
56.527	.784	54.990	58.064

Kaplan-Meier

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 13: Reintervención por una complicación en las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

Reintervención	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	1%
No	184	99%
Total	186	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 14: Histerectomía abdominal total vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

		Complicación				Total	
		No		Si		F	%
		F	%	F	%		
Histerectomía abdominal total	No	107	57.5%	9	4.8%	116	62.4%
	Si	61	32.8%	9	4.8%	70	37.6%

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.08			.255
	V de Cramer	.08			.255
N de casos válidos		186			
a. Asumiendo la hipótesis alternativa.					
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.					
c. Basada en la aproximación normal.					

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 15: Histerectomía abdominal total + SOOB vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

		Complicación				Total	
		No		Si		F	%
		F	%	F	%		
Histerectomía abdominal total + SOOB	No	106	57%	9	4.8%	115	61.8%
	Si	63	32.8%	9	4.8%	72	37.6%

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.081			.277
	V de Cramer	.081			.277
N de casos válidos		186			
a. Asumiendo la hipótesis alternativa.					
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.					
c. Basada en la aproximación normal.					

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 16: Histerectomía vaginal + colpografía anterior o posterior vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

		Complicación				Total	
		No		Si		F	%
		F	%	F	%		
Histerectomía vaginal + colpografía anterior o posterior	No	150	80.6%	18	9.7%	168	90.3%
	Si	18	9.7%	-	-	18	9.7%

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.10			.144
	V de Cramer	.10			.144
N de casos válidos		186			
a. Asumiendo la hipótesis alternativa.					
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.					
c. Basada en la aproximación normal.					

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 17: Histerectomía vaginal vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

		Complicación				Total	
		No		Si		F	%
		F	%	F	%	F	%
Histerectomía vaginal	No	158	84.9%	18	9.7%	176	94.6%
	Si	10	5.4%	-	-	10	5.4%
		Valor	Error	T	Sig.		
			típ.	aproximada <sup>b</sup>	aproximada		
			asint. <sup>a</sup>				
Nominal por nominal	Phi	.078				.287	
	V de Cramer	.078				.287	
N de casos válidos		186					
a. Asumiendo la hipótesis alternativa.							
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.							
c. Basada en la aproximación normal.							

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 18: LAE+ histerectomía abdominal total + SOOB total vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

		Complicación				Total	
		No		Si		F	%
		F	%	F	%	F	%
LAE+ histerectomía abdominal total + SOOB	No	160	86%	18	9.7%	178	96%
	Si	8	4%	-	-	8	4%
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada		
Nominal por nominal	Phi	.066			.377		
	V de Cramer	.066			.377		
N de casos válidos		186					
a. Asumiendo la hipótesis alternativa.							
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.							
c. Basada en la aproximación normal.							

Fuente: ficha de recolección de datos.



Tabla 19: Colporrafia anterior o posterior/perinoplastia vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

		Complicación				Total	
		No		Si		F	%
		F	%	F	%	F	%
Colporrafia anterior o posterior/perinoplastia	No	164	88.2%	18	9.7%	182	97.8%
	Si	4	2.2%	-	-	4	2.2%
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada		
Nominal por nominal	Phi	.044			.508		
	V de Cramer	.044			.508		
N de casos válidos		186					
a. Asumiendo la hipótesis alternativa.							
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.							
c. Basada en la aproximación normal.							

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 20: Malla TOT vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

		Complicación				Total	
		No F	%	Si F	%	F	%
Malla TOT	No	164	88.2%	18	9.7%	182	97.8%
	Si	4	2.2%	-	-	186	2.2%%
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada		
Nominal por nominal	Phi	.044			.508		
	V de Cramer	.044			.508		
N de casos válidos		186					
a. Asumiendo la hipótesis alternativa.							
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.							
c. Basada en la aproximación normal.							

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 21: Tiempo días para que se presente una complicación vs la histerectomía abdominal total realizada en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

<b>Media</b>				
HAT	Media <sup>a</sup>			
	Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
No	57.224	.895	55.469	58.979
Sí	55.371	1.453	52.523	58.220

Kaplan-Meier

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 22: Tiempo días para que se presente una complicación vs la histerectomía abdominal total + SOOB realizada en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

<b>Media</b>				
HAT + SOOB	Media <sup>a</sup>			
	Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
No	57.183	.909	55.400	58.965
Sí	55.371	1.424	52.674	58.255

Kaplan-Meier

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 23: Tiempo de la cirugía vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

			Complicación		Total
			No	Si	
Tiempo de la cirugía	Menor a 90 minutos	F	47	0	47
		%	25.3%	0.0%	25.3%
	Igual o mayor a 90 minutos	F	121	18	139
		%	65.1%	9.7%	74.7%
Total		F	168	18	186
		%	90.3%	9.7%	100.0%

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.190			.009
	V de Cramer	.190			.009
N de casos válidos		186			
a. Asumiendo la hipótesis alternativa.					
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.					
c. Basada en la aproximación normal.					

Tabla 24: Tiempo días para que se presente una complicación vs el tiempo de cirugía realizada en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

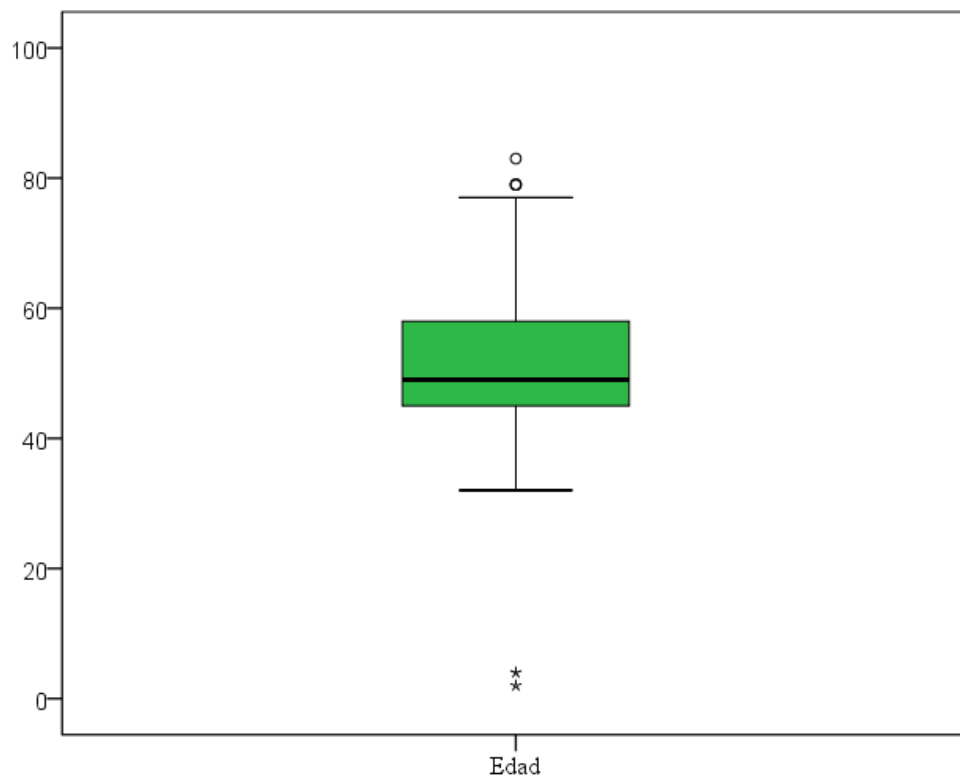
<b>Media</b>				
Tiempo quirúrgico	Media <sup>a</sup>			
	Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Mayor a 90 minutos	55.35	1.034	53.307	57.397
Long Rank (Mantel – Cox) Chi cuadrado 6.525, P: 0.011				

Kaplan-Meier

Fuente: ficha de recolección de datos.

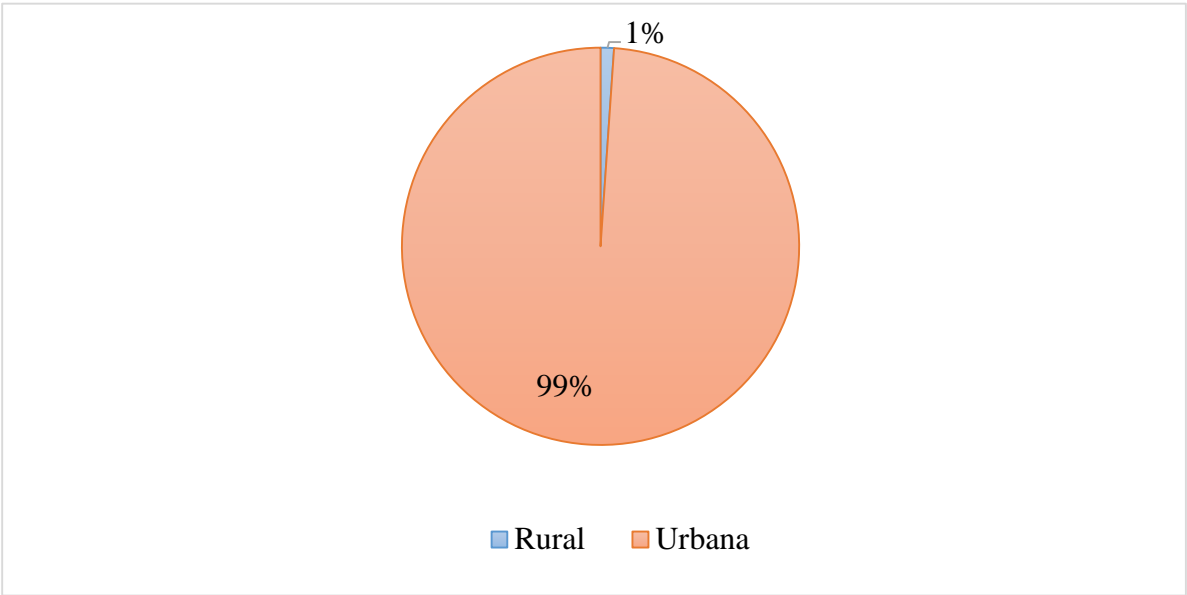
### Anexo no. 3: Gráficas

Gráfica 1: Edad de las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



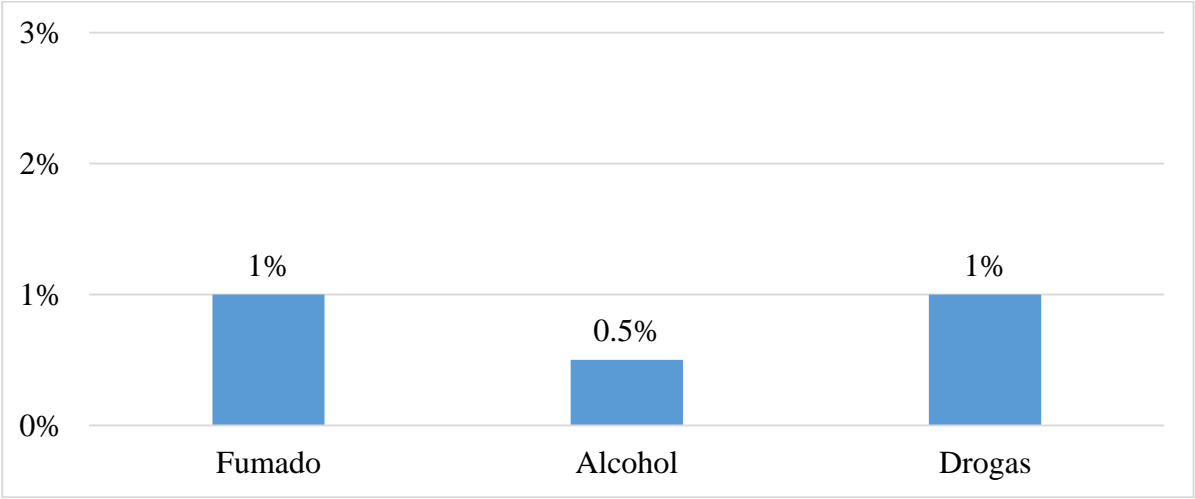
Fuente: Tabla 1

Gráfica 2: Procedencia de las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



Fuente: Tabla 1

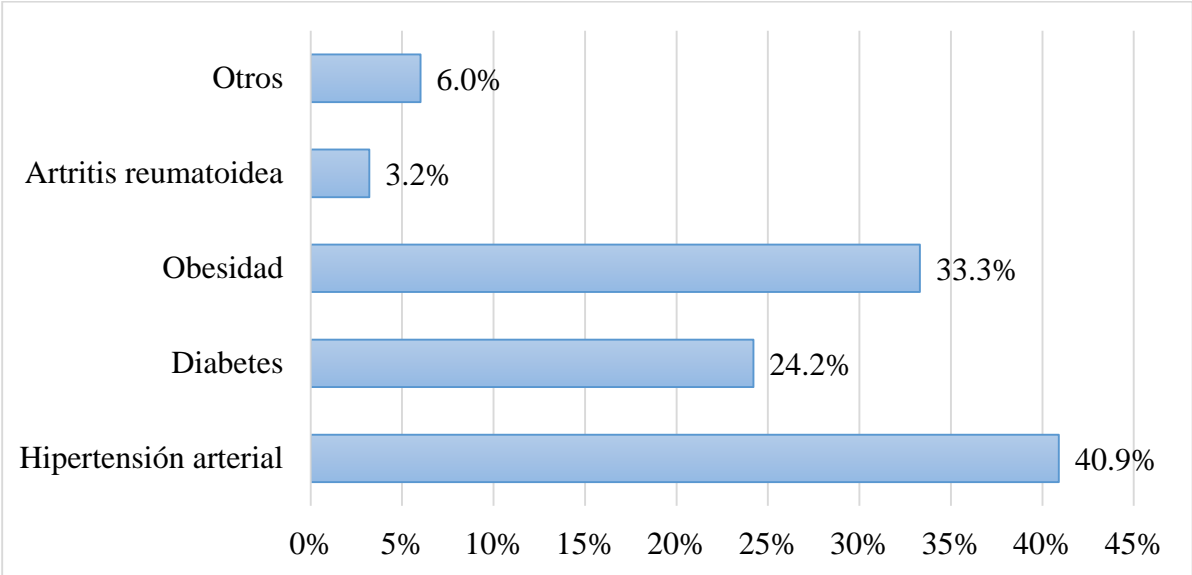
Gráfica 3: Antecedentes personales no patológicos de las pacientes que se les realizó cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



Fuente: Tabla 2

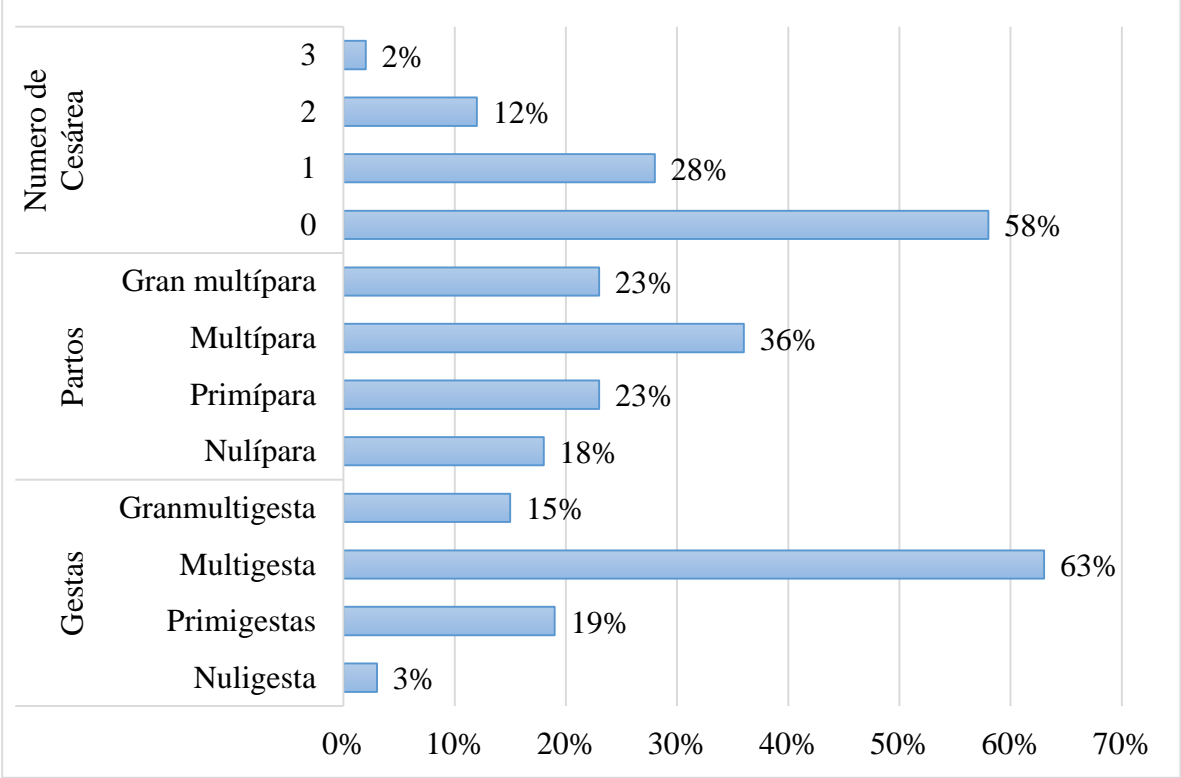


Gráfica 4: Antecedentes personales patológicos de las pacientes que se les realizó cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



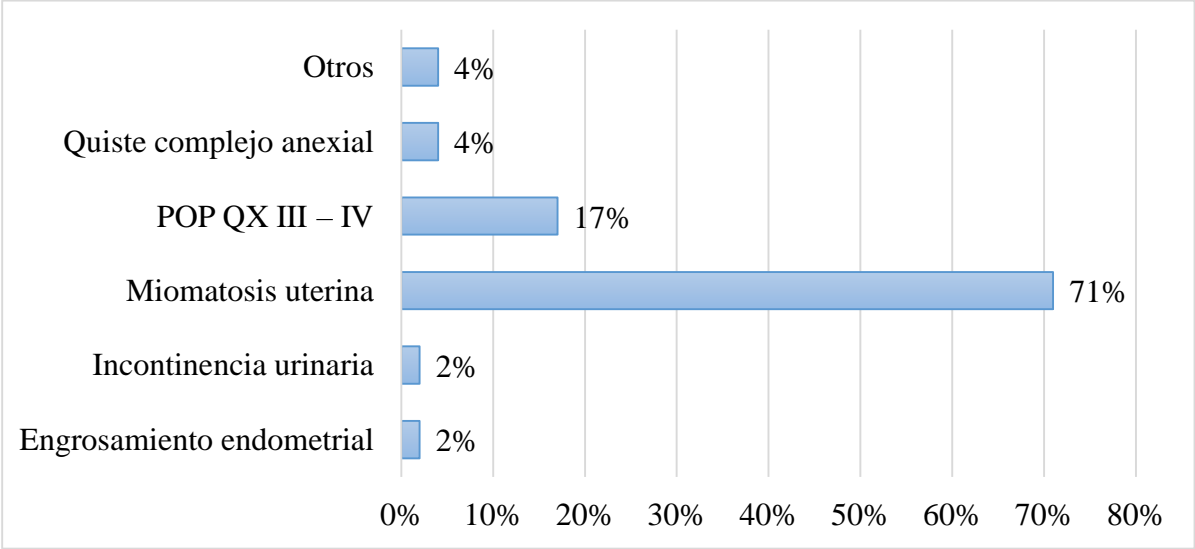
Fuente: Tabla 2

Gráfica 5: Antecedentes obstétricos de las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



Fuente: Tabla 3

Gráfica 6: Diagnostico pre quirúrgico de las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



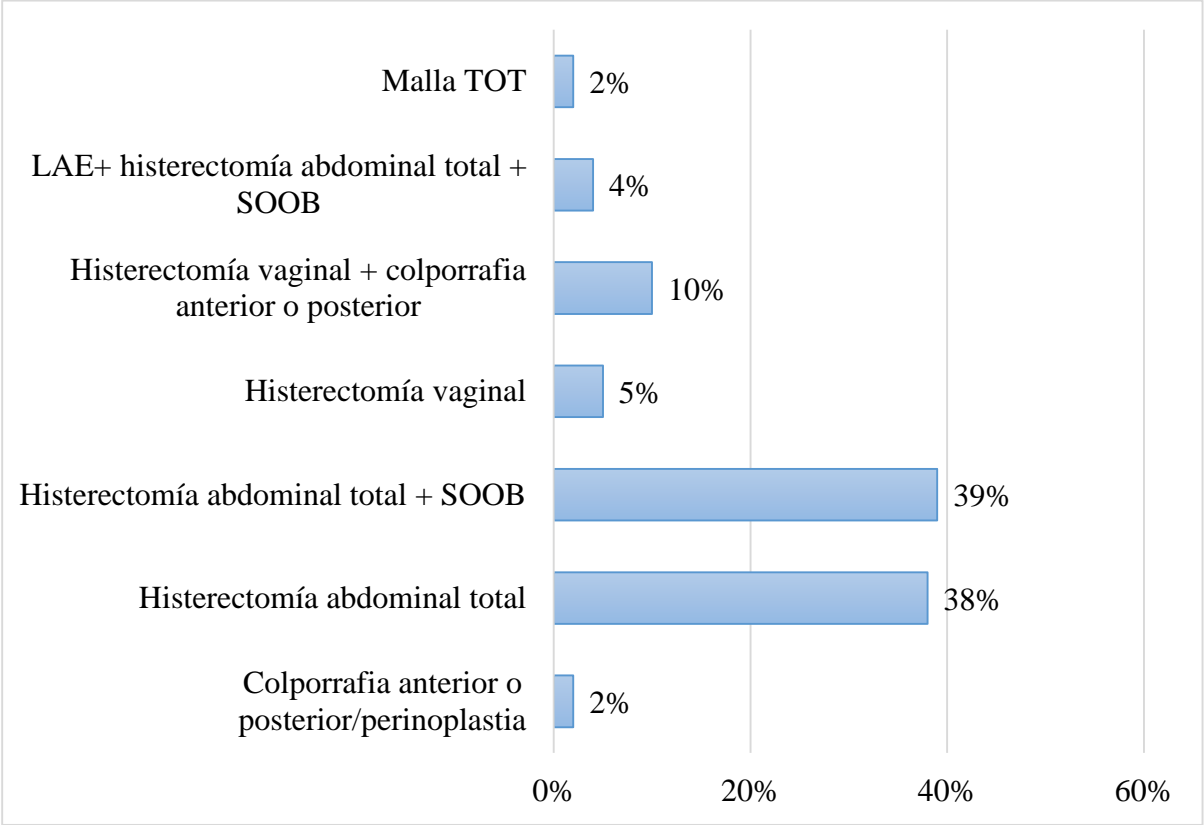
Fuente: Tabla 4

Gráfica 7: Uso de antibiótico en el pre quirúrgico de las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



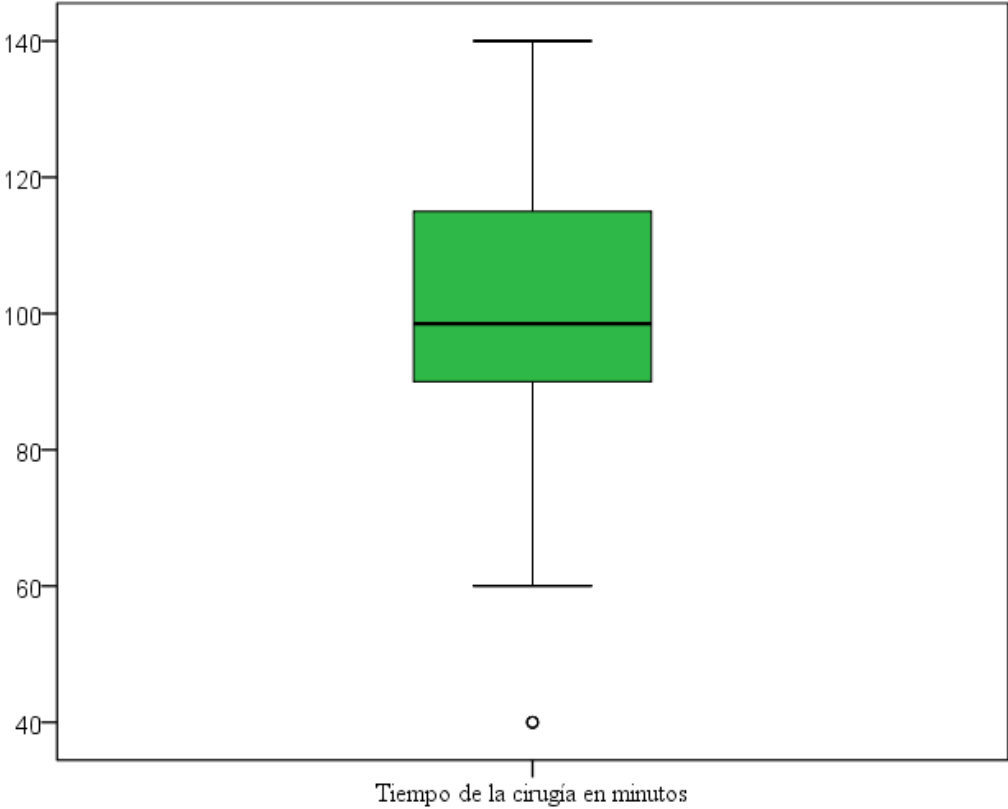
Fuente: Tabla 5

Gráfica 8: Tipo de cirugía realizada a las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



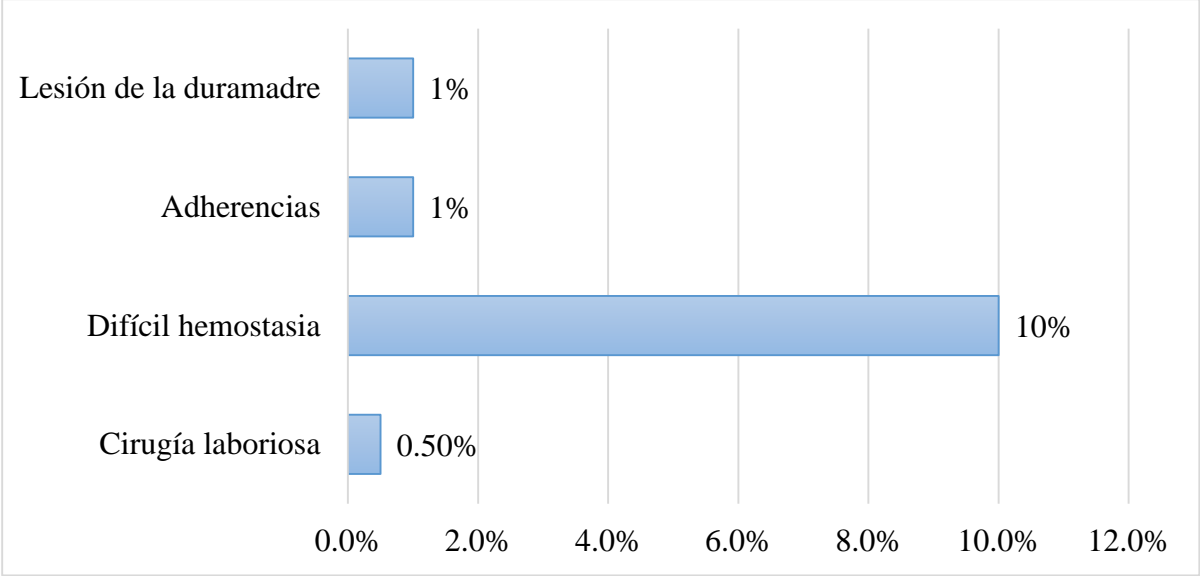
Fuente: Tabla 6

Gráfica 9: Media del tiempo en minutos para realizar cirugía realizada a las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



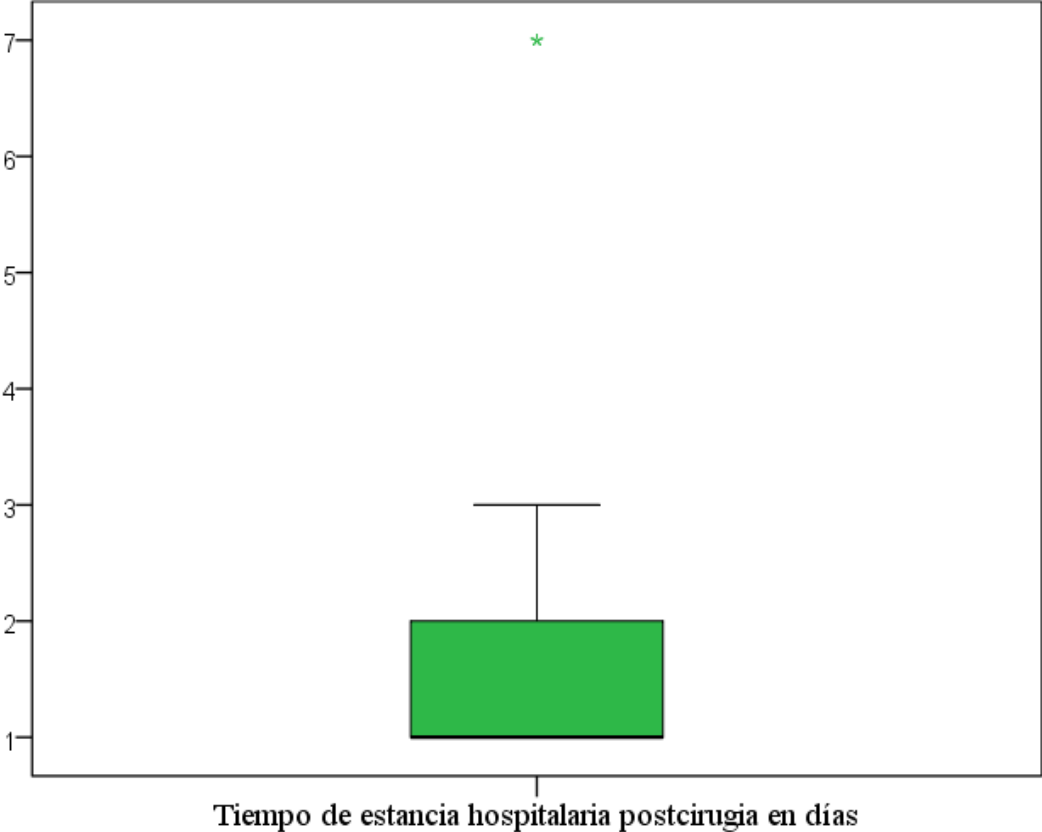
Fuente: Tabla 7

Gráfica 10: Eventualidad durante la cirugía realizada a las pacientes con patologías ginecológicas, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



Fuente: Tabla 8

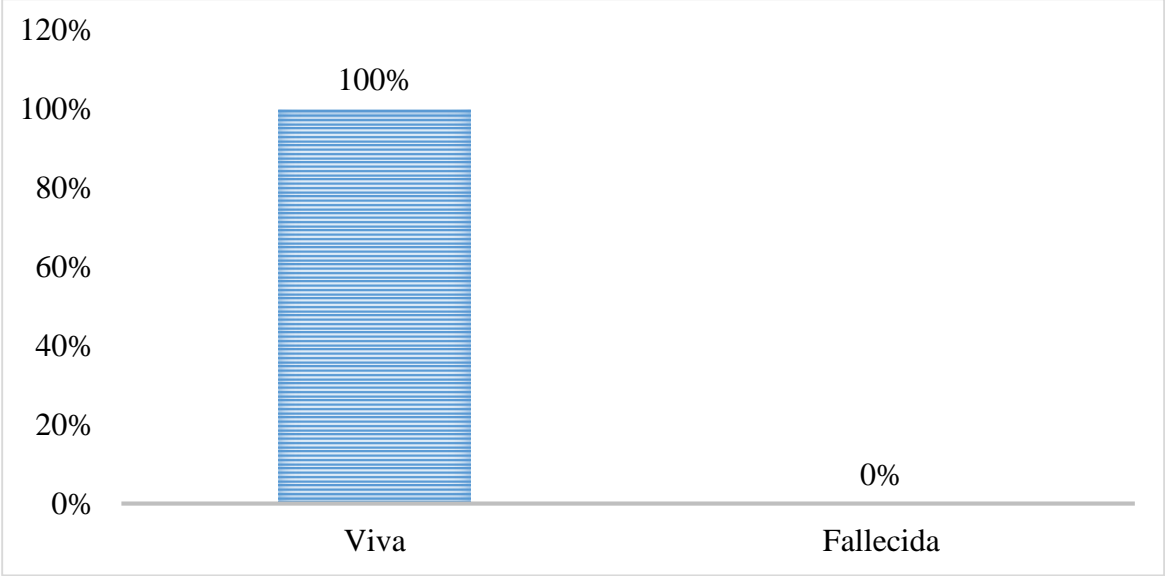
Gráfica 11: Media del tiempo en días desde el ingreso al egreso de las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



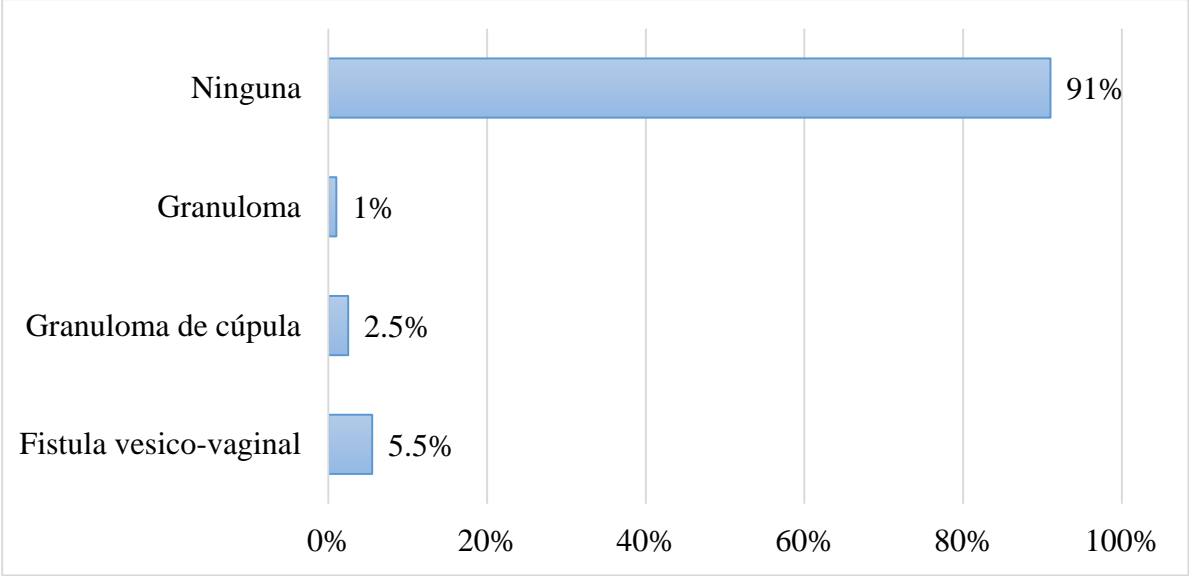
Fuente: Tabla 9



Gráfica 12: Condición al egreso de las pacientes cirugía realizada a las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186

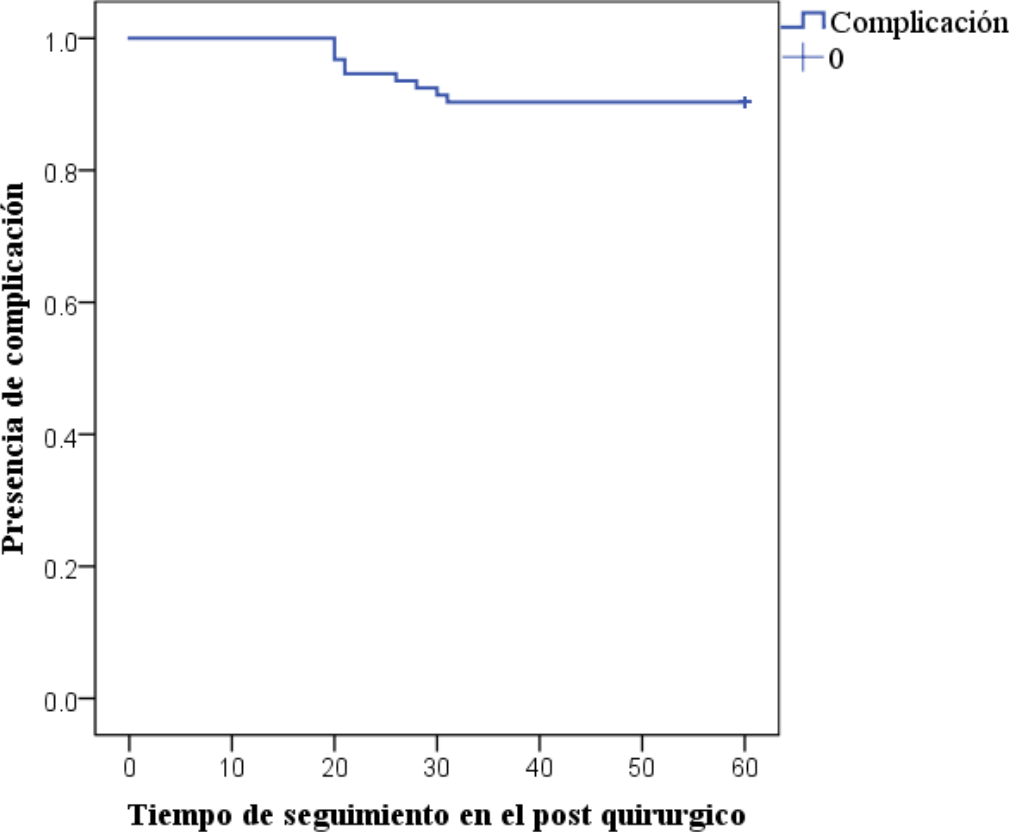


Gráfica 13: Frecuencia y tipo de complicaciones en las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



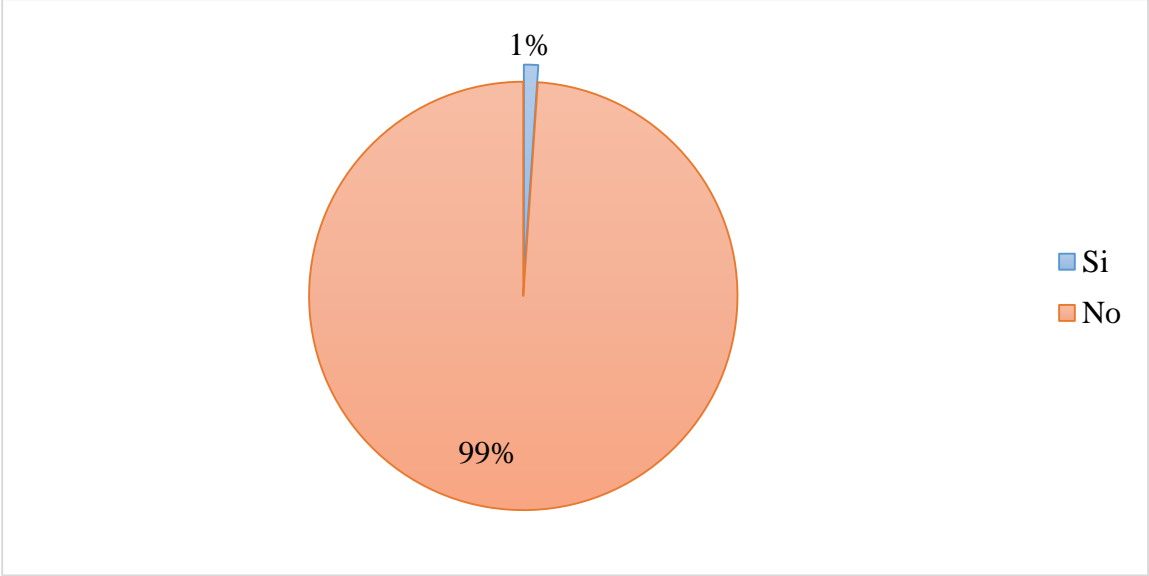
Fuente: Tabla 11

Gráfica 14: Tiempo en días para que se presente una complicación en las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



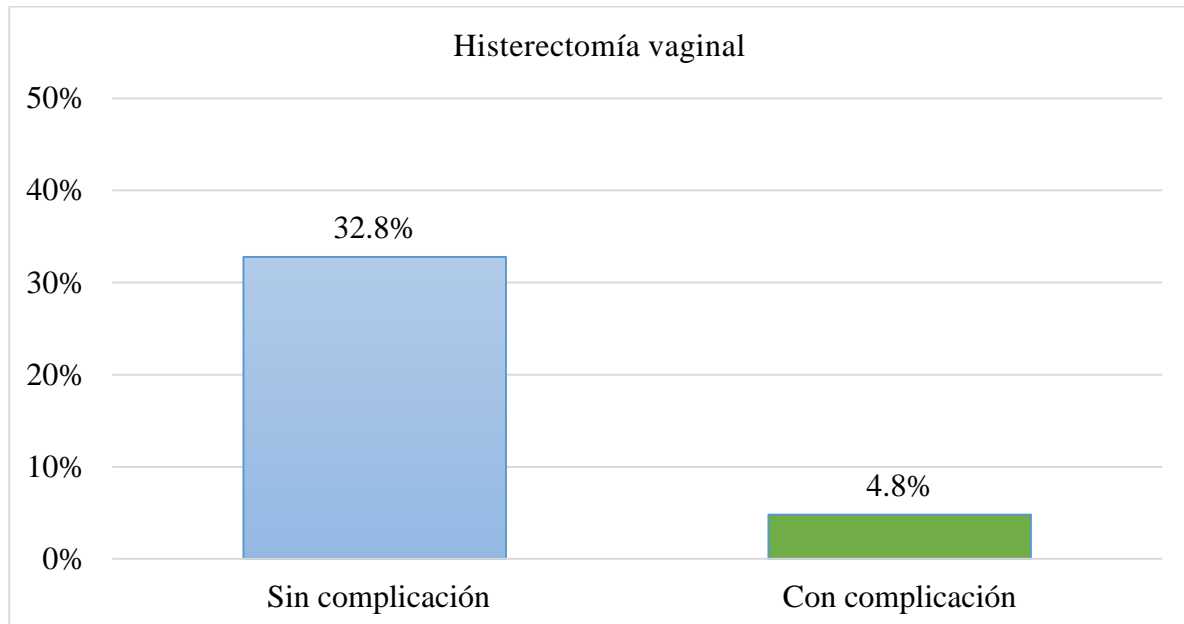
Fuente: Tabla 12

Gráfica 15: Reintervención por una complicacion en las pacientes que se les realizo cirugía ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



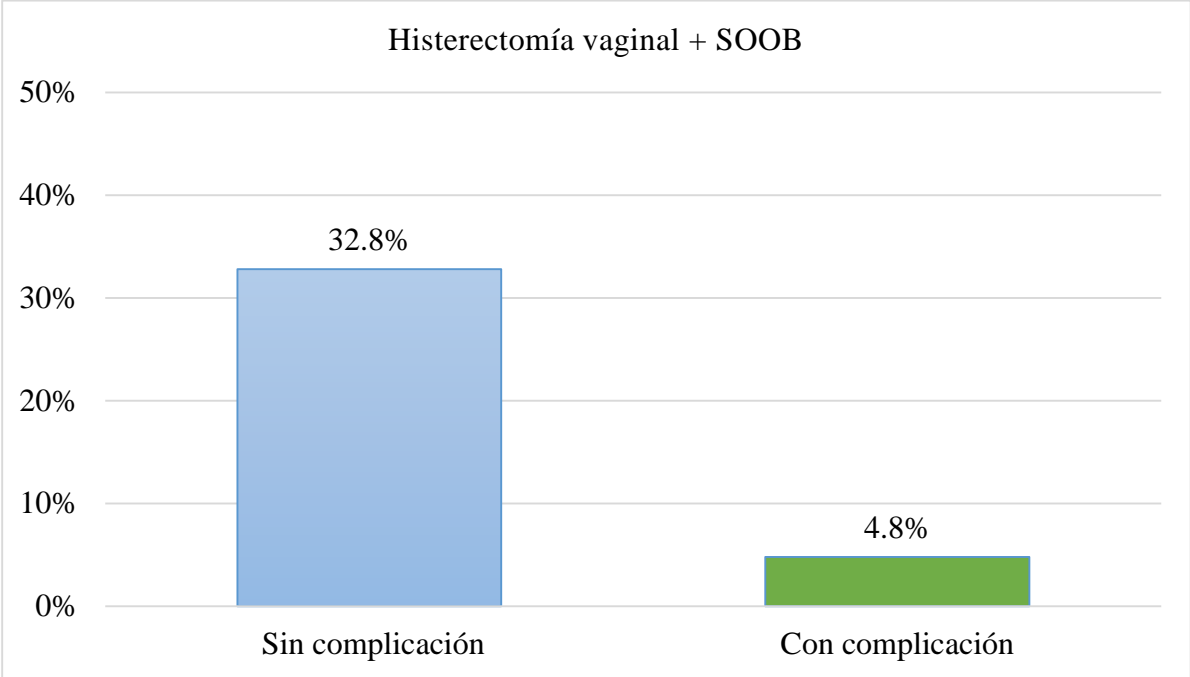
Fuente: Tabla 13

Gráfica 16: Histerectomía abdominal total vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



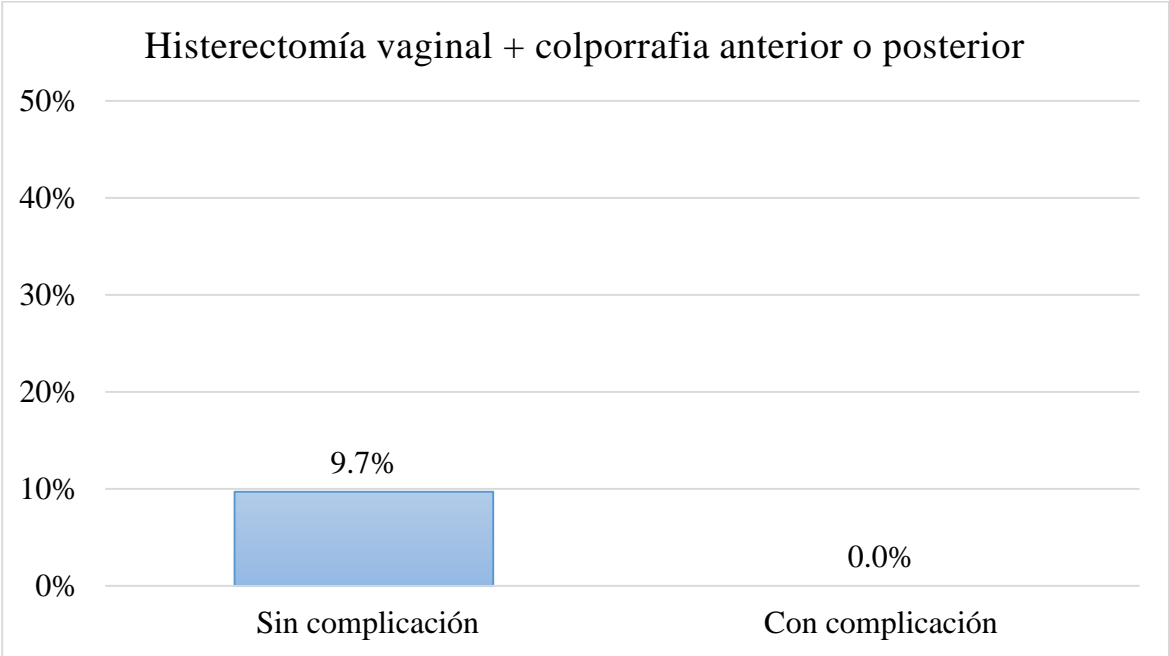
Fuente: Tabla 14

Gráfica 17: Histerectomía abdominal total + SOOB vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



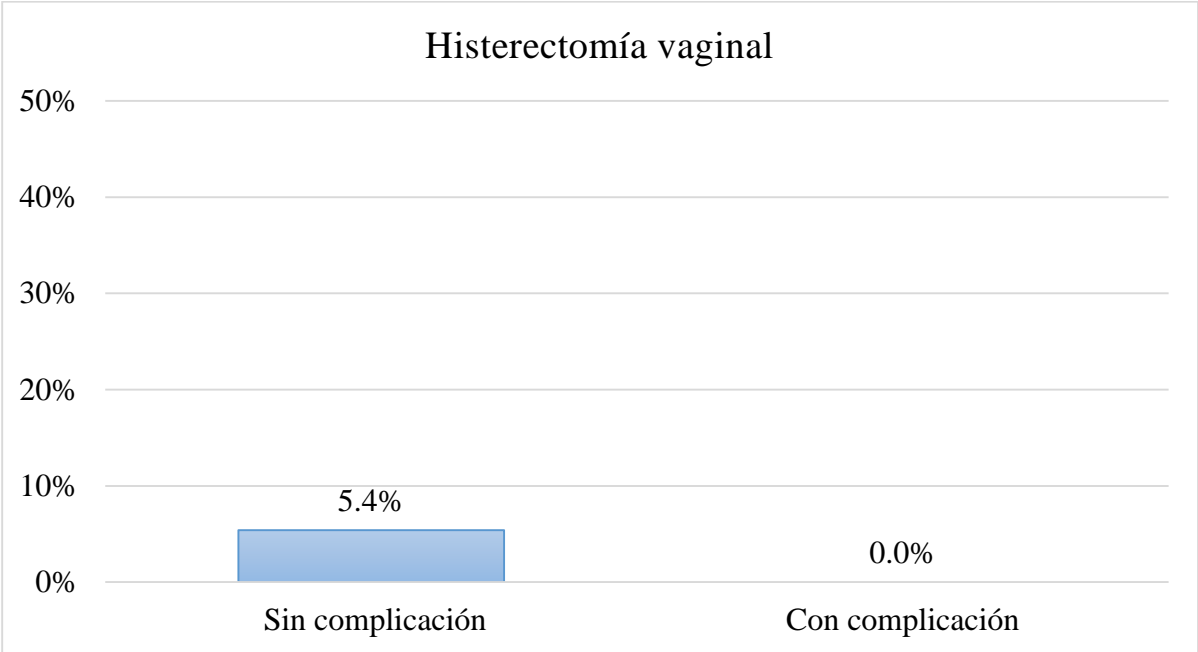
Fuente: Tabla 15

Gráfica 18: Histerectomía vaginal + colpografía anterior o posterior vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



Fuente: Tabla 16

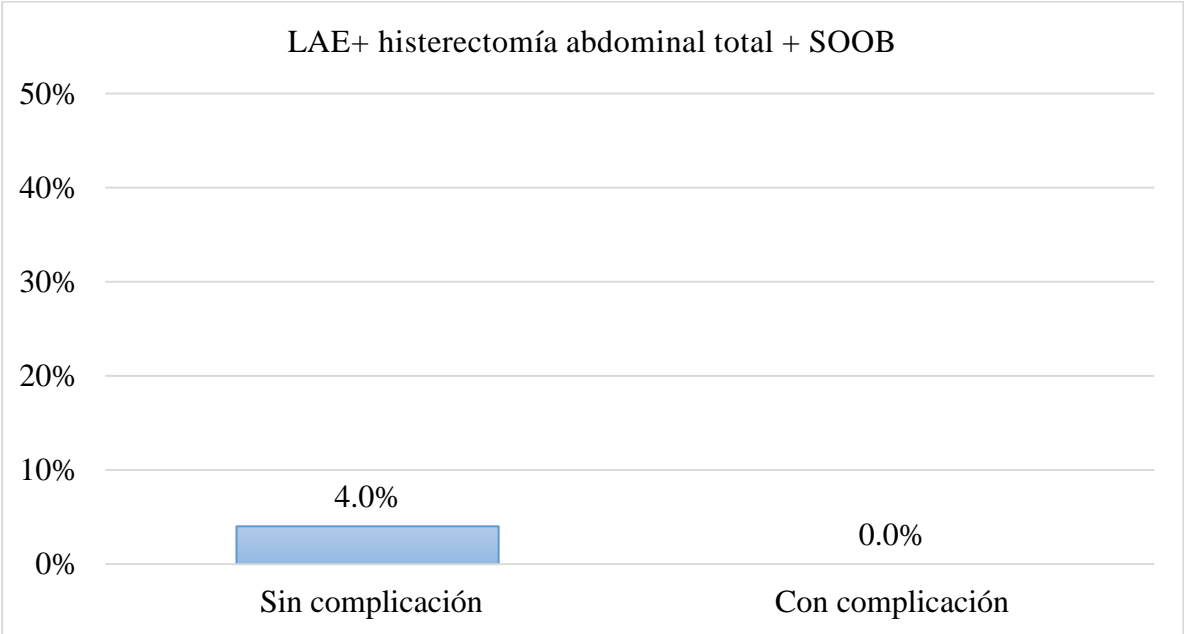
Gráfica 19: Histerectomía vaginal vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



Fuente: Tabla 17

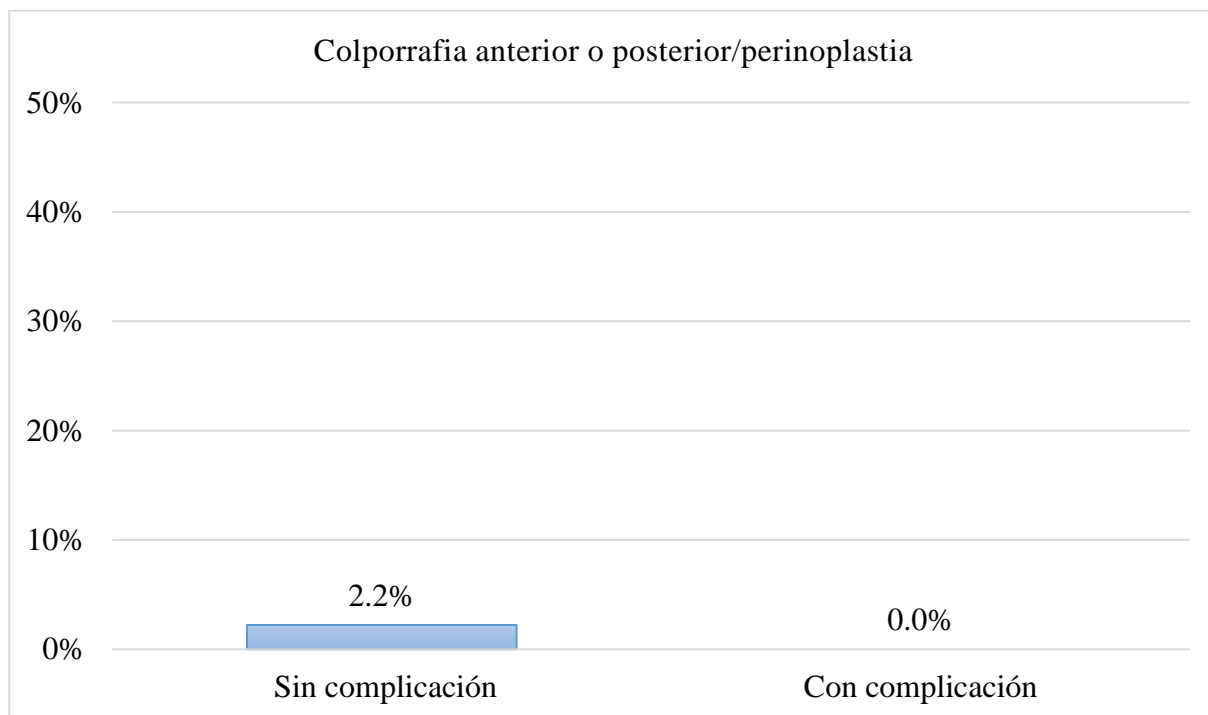


Gráfica 20: LAE+ histerectomía abdominal total + SOOB total vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



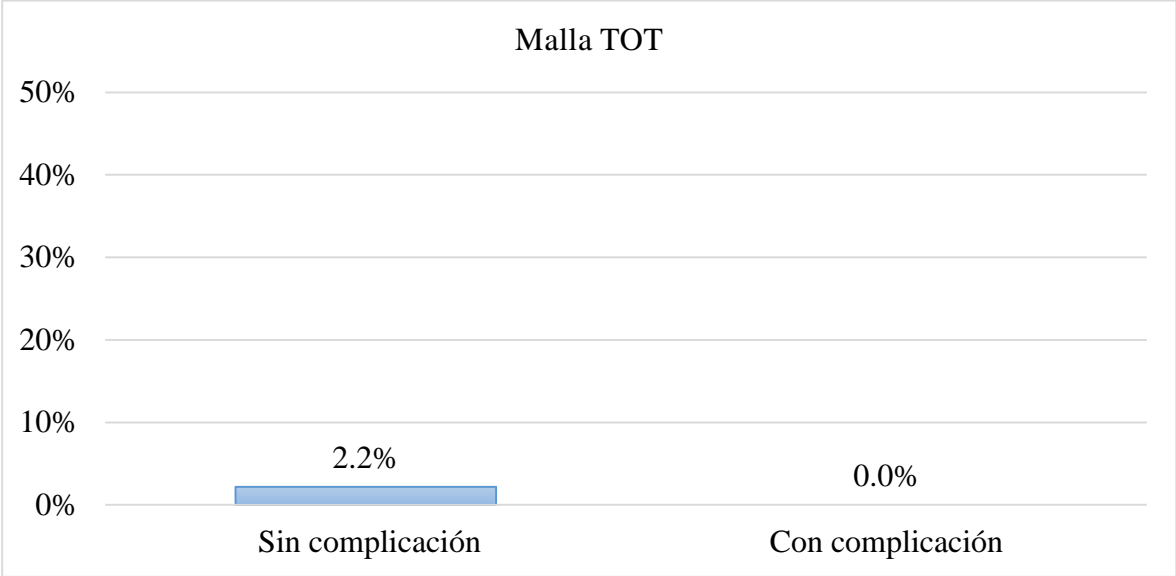
Fuente: Tabla 18

Gráfica 21: Colporrafia anterior o posterior/perinoplastia vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



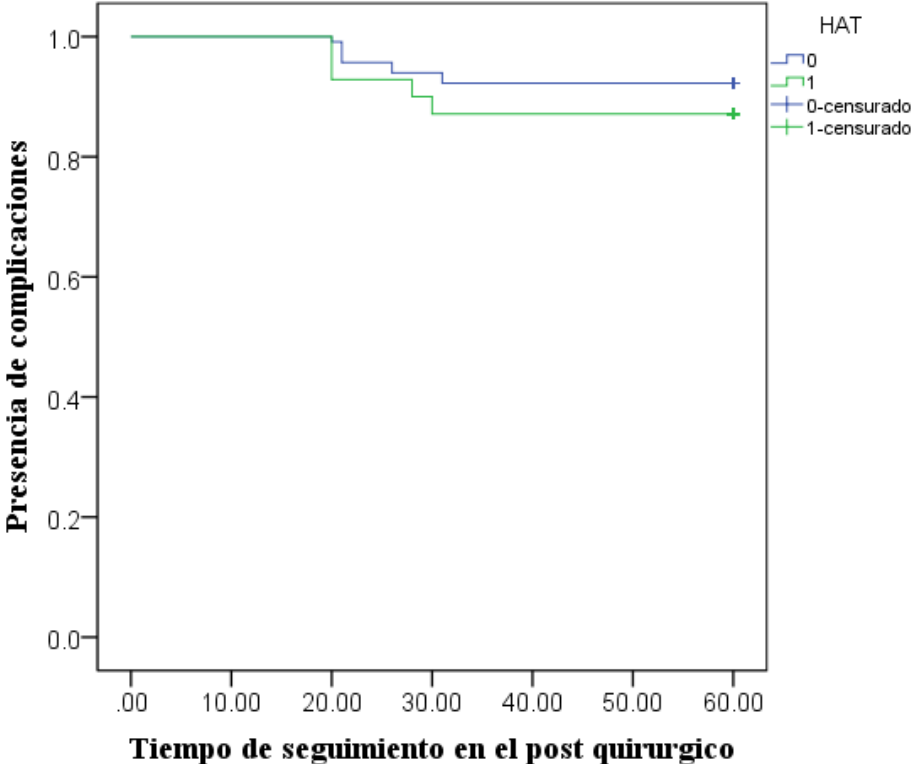
Fuente: Tabla 19

Gráfica 22: Malla TOT vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



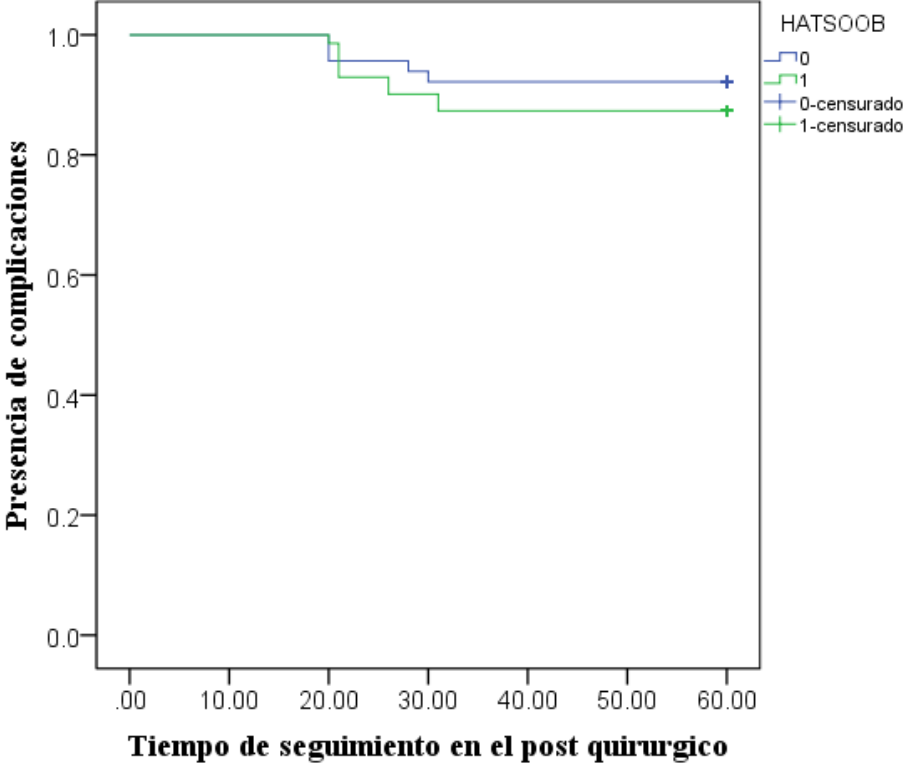
Fuente: Tabla 20

Gráfica 23: Tiempo en días para que se presente una complicación vs la histerectomía abdominal total realizada en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



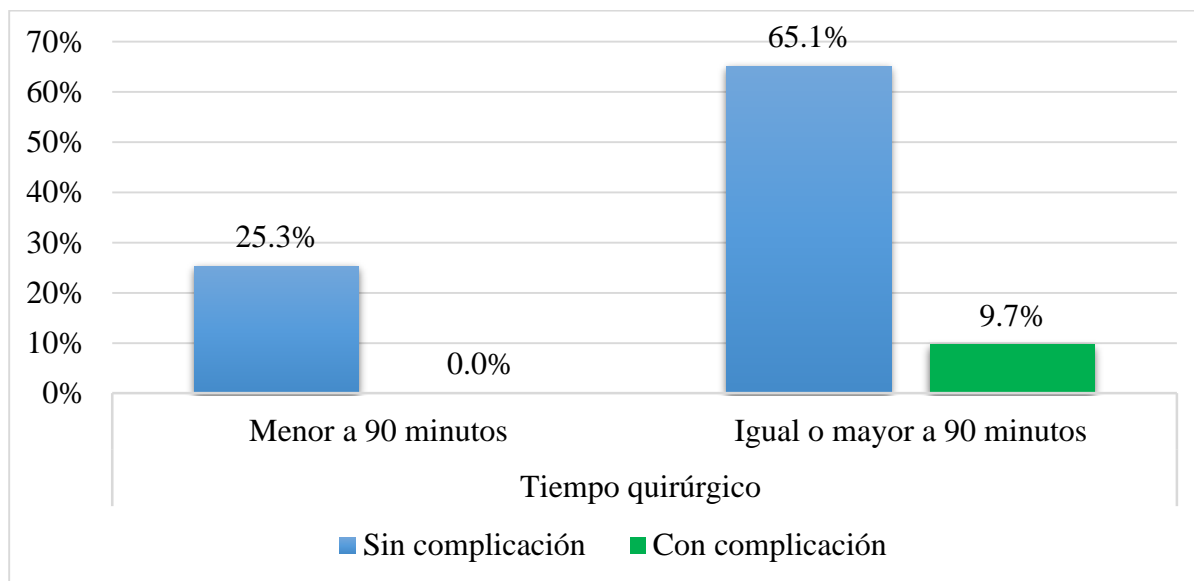
Fuente: Tabla 21

Gráfica 24: Tiempo días para que se presente una complicación vs la histerectomía abdominal total + SOOB realizada en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



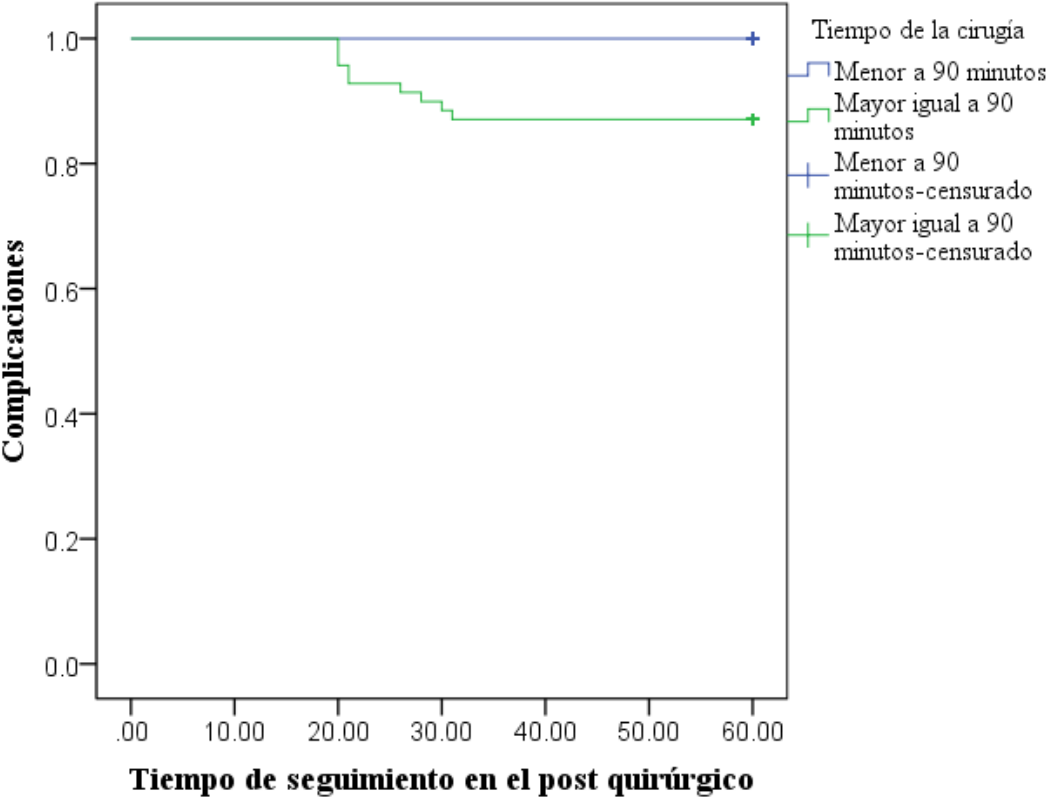
Fuente: Tabla 22

Gráfica 25: Tiempo de la cirugía vs la presencia de complicaciones en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



Fuente: Tabla 23

Gráfica 26: Tiempo días para que se presente una complicación vs el tiempo de cirugía realizada en las pacientes con patologías ginecológica, Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz de Managua, Nicaragua; 2019 - 2021. n:186



Fuente: Tabla 24