



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NUCLEO DE BOLIVAR  
CONSEJO DE ESTUDIO DE POSTGRADO NUCLEO BOLIVAR  
COMISION DEL PROGRAMA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.  
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD  
POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



CPGO- TG-03-2024

### ACTA DE DEFENSA DEL TRABAJO DE GRADO

Nosotros, **DR. LUIS MADRIZ, DR. JOSE GREGORIO MENDOZA y DRA. DAYANA CARRERA** la Comisión Coordinadora del Programa de Postgrado de Ginecología y Obstetricia, para examinar el Trabajo Especial de Grado Titulado: "Trabajo de Grado intitulado: **CARACTERIZACION CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL. SERVICIO DE GINECOLOGIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PAEZ" CIUDAD BOLIVAR- ESTADO BOLIVAR. ENERO 2023 – SEPTIEMBRE 2024.** Presentado por el ciudadano: **Dr. JOSE ENRIQUE GARCIA TERRIZZI**, portador(a) de la Cédula de Identidad N° 21.577.606, a los fines de cumplir con el requisito legal para optar al título de **ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**; hacemos constar que se realizó la evaluación del mencionado trabajo, además se procedió al examen público, exposición e interrogatorio del aspirante hoy 04 de Diciembre de 2024 a las 09:00 a.m. en el Salón de Clases de Ginecología y Obstetricia ubicada en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar–Estado Bolívar.

Finalizada la Defensa del Trabajo de Grado por parte del Postulante, el Jurado Examinador deliberó en privado y emitió por **UNANIMIDAD** el veredicto de: Sanobrado por considerar que se ajustó a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrados dictado en uso de sus atribuciones legales por el Consejo Universitario de la Universidad de Oriente–Venezuela.

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta, que avalamos y firmamos conformes conjuntamente con el Coordinador del Programa de Postgrado de Ginecología y Obstetricia, en Ciudad Bolívar a los 04 de Diciembre de 2024.

Jurado Examinador:

**DR. LUIS MADRIZ.** (Tutor)

**DR. JOSE GREGORIO MENDOZA**

**DRA. DAYANA CARRERA**

**DR. CARLOS RODRÍGUEZ SOTILLO**  
(Coordinador del Postgrado de Ginecología y Obstetricia)

**"CUIDAMOS A LA MUJER, PROTEGEMOS LA VIDA"**

**DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS**

Av. Germania – Hospital "Dr. Julio Criollo" (Tórax) 7mo Piso. Parroquia La Catedral/Ciudad Bolívar /Edo. Bolívar – Venezuela; Cód. Postal 8001; correo: [postginecologiaobstetricia@gmail.com](mailto:postginecologiaobstetricia@gmail.com) ; [www.bolivar.udo.edu.ve](http://www.bolivar.udo.edu.ve);



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
VICERRECTORADO ACADÉMICO  
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
NÚCLEO BOLÍVAR  
COORDINACIÓN DE POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LA  
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL. SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO  
UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR -  
ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2023 - SEPTIEMBRE 2024.**

**Asesor:**

Dr. Luis Madriz

**Presentado por:**

Dr: García Terrizzi José Enrique

C.I: 21.577.606

**Trabajo de grado como requisito parcial para optar al título de especialista en  
Ginecología y Obstetricia**

Ciudad Bolívar, diciembre 2024

# ÍNDICE

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| ÍNDICE .....                 | iii |
| AGRADECIMIENTOS .....        | v   |
| DEDICATORIA.....             | vi  |
| RESUMEN.....                 | vii |
| INTRODUCCIÓN.....            | 1   |
| JUSTIFICACIÓN.....           | 12  |
| OBJETIVOS.....               | 13  |
| Objetivo general.....        | 13  |
| Objetivos específicos .....  | 13  |
| METODOLOGÍA.....             | 14  |
| Tipo de estudio .....        | 14  |
| Universo .....               | 14  |
| Muestra.....                 | 14  |
| Criterios de inclusión ..... | 15  |
| Criterios de exclusión.....  | 15  |
| Procedimientos .....         | 15  |
| Análisis Estadístico.....    | 16  |
| RESULTADOS .....             | 17  |
| Tabla 1.....                 | 18  |
| Tabla 2.....                 | 19  |
| Tabla 3.....                 | 20  |
| Tabla 4.....                 | 21  |
| Tabla 5.....                 | 22  |
| Tabla 6.....                 | 23  |
| DISCUSIÓN.....               | 24  |
| CONCLUSIONES.....            | 27  |

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| RECOMENDACIONES .....           | 28 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 29 |
| APÉNDICES .....                 | 36 |
| Apéndice A.....                 | 37 |
| Apéndice B .....                | 38 |
| Apéndice C .....                | 39 |
| Apéndice D.....                 | 40 |

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por la vida, por guiarme, por permitirme llegar al logro de esta especialización, por darme fuerza en los momentos de caída.

Agradezco a mis padres, Carmela Terrizzi, y Jesús García por ser pilares y un estímulo fundamental en mi vida.

Agradezco al personal del servicio de ginecología del hospital universitario Ruiz y Páez por su buena disposición a lo largo de nuestra investigación.

Gracias a todo el equipo de profesores que contribuyeron a nuestra formación en este largo camino, para que pudiera culminar con éxito esta especialidad.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación va dedicado principalmente a Dios, por guiarme a diario en mis actividades.

A mis padres, Carmela Terrizzi, Jesús García y a mi hermano Jesús Enrique por su dedicación y paciencia.

A mis Abuelos, José Terrizzi, Rosa Previte, a mis tíos Pedro Terrizzi y José Terrizzi por su apoyo incondicional.

A mi asesor, Dr. Luis Madriz Por sus enseñanzas y orientación acertada durante el postgrado y por su valiosa colaboración en la realización de la tesis.

A mis profesores de la universidad de Oriente, pilares fundamentales de mi formación durante la especialización.

*José Enrique García Terrizzi*

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LA  
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA.  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD  
BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2023 - SEPTIEMBRE 2024.**

**Tutor: Dr. Madriz, L. Autor: Dr. García, J.  
2024**

## **RESUMEN**

La histerectomía abdominal (HA) sigue siendo un procedimiento común en ginecología, y profundizar en sus características clínicas y epidemiológicas es fundamental para mejorar la atención a las pacientes. **Objetivo:** Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de la histerectomía abdominal en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo enero de 2023 a septiembre de 2024. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de campo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 139 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que; 65,5% (n=91) tuvieron entre 40-49 años, con una media de 44,99 años. La patología preoperatoria más frecuente fue la miomatosis uterina en 87,1% (n=121). Se encontró la presencia de complicaciones intraoperatorias en 7,9% (n=11), siendo las únicas documentadas, síndrome adherencial severo en 81,8% (n=9) y lesión incidental de vejiga y sangrado en capas en 9,1% (n=1), respectivamente. Por su parte, se encontraron complicaciones postoperatorias en 15,8% (n=22), siendo prevalente la infección en sitio de herida quirúrgica en 81,8% (n=18). Se cuantificaron pérdidas sanguíneas de entre 300-399 cc en 30,2% (n=42), con una media de 423,38 cc. Hubo conservación de anexos en 46,0% (n=64) y 79,9% (n=111) estuvo hospitalizada entre 1-5 días, con una media de estancia de 5,40 días. Por último, hubo necesidad de analgesia transoperatoria en 95,0% (n=132) y analgesia postoperatoria en 97,8% (n=136) de los casos. **Conclusiones:** La miomatosis uterina fue la causa más frecuente de histerectomía en las pacientes hospitalizadas el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

**Palabras clave:** Histerectomía, histerectomía abdominal, miomatosis uterina.

## INTRODUCCIÓN

La histerectomía es la cirugía ginecológica que con más frecuencia se efectúa a nivel mundial, ocupando el segundo lugar después de la cesárea; y como procedimiento quirúrgico es más común en la edad fértil. Consiste en la exéresis del útero, de forma total o parcial, generando infertilidad definitiva, con clara evidencia de evolución en sus técnicas quirúrgicas a través del tiempo (Reboul et al., 2018).

La palabra histerectomía proviene del griego “hystera” que significa útero y “ektomia” que significa sacar por corte, es decir la extracción quirúrgica del útero. La pérdida del útero provoca la imposibilidad absoluta de continuar con la función reproductiva del ser humano, lo que conlleva a la esterilidad de una mujer y, puede además ir acompañado de una anexectomía, que consiste en la extirpación de trompas de Falopio y ovarios (Chang y Samayoa, 2018).

La histerectomía vaginal (HV) precedió en varios siglos a la histerectomía abdominal (HA), donde la cirugía que se realizaba hace dos siglos, estaba condicionada por las infecciones, las hemorragias y el dominio del dolor, considerándose la laparotomía extremadamente peligrosa y reservada para ciertas emergencias (Sotero et al., 2002).

La primera histerectomía por vía vaginal se le atribuye a Sorano de Efeso, natural de Alejandría, quien en el año 120 A.C. amputó un útero prolapsado gangrenoso por vía vaginal. Con respecto a estos precedentes, Mathieu en su obra Historia de la histerectomía refiere que "estas personas veían un útero invertido o prolapsado que protruía de la vagina y sin reconocer su naturaleza, terminantemente lo seccionaban". Esto explica que las primeras histerectomías vaginales se hicieron sin fundamento y todas en úteros prolapsados. Se produjeron múltiples intentos

posteriores tanto en Estados Unidos como en Europa de realizar la histerectomía por vía vaginal, y todos ellos fracasaron por falta de fundamentos técnico-quirúrgicos (Sotero et al., 2002).

La primera histerectomía informada se realizó mediante un abordaje vaginal por Conrad Langenbeck en 1813. Posteriormente, la histerectomía por vía abdominal comenzó a realizarse en el siglo XIX, ya que la laparotomía era considerada como un procedimiento muy peligroso. La apertura del abdomen solía complicarse con una hemorragia postoperatoria que con frecuencia era mortal. La primera HA fue realizada en Manchester por Charles Clay en el año 1843, pero desafortunadamente la paciente murió en el postoperatorio. Fue hasta 1853, cuando se llevó a cabo la primera HA exitosa por Ellis Burnham de Lowell en Massachusetts (García et al., 2014; Terzi et al., 2016; Eggemann et al., 2018).

Finalmente, Harry Reich realizó en 1989 la primera HV asistida por laparoscopia, lo que sin duda amplió más el uso de la técnica vaginal relegando la HA solo para aquellos casos donde la HV no fuera posible. Sin embargo, se han suscitado muchas reservas respecto a la HV, principalmente por la incomprensión de la misma, así como el desconocimiento de su historia y probabilidades. Tras la introducción de la anestesia, antisepsia, antibióticos y gracias al control de la hemorragia, la histerectomía abdominal se ha convertido hoy en día en un procedimiento muy frecuente y más seguro (Terzi et al., 2016).

La HA, consiste en la exéresis abdominal del útero, con lo que se obtiene una vía de acceso mayor campo operatorio. En el caso de enfermedad adherencial extensa, este tipo de vía se prefiere porque permite abordar los ovarios si se plantea realizar ooforectomía, al espacio de Retzius o espacio presacro cuando se planea llevar a cabo en forma simultánea procedimientos de uroginecología, o bien a la

porción superior del abdomen para la clasificación por etapas del cáncer (Wright y Young, 2016).

A medida que las técnicas mínimamente invasivas se han vuelto más accesibles, las tasas de histerectomía abdominal han disminuido, ya que los enfoques menos invasivos ofrecen beneficios como menos dolor postoperatorio, tiempos de recuperación más rápidos y mejor calidad de vida a corto plazo después de la cirugía, así como estadías hospitalarias más cortas y costos reducidos (Aarts et al., 2015).

Además, el uso de la histerectomía, en general, ha disminuido a medida que las alternativas a la histerectomía continúan ganando terreno, como la ablación endometrial para el sangrado uterino sintomático y la embolización de la arteria uterina para los leiomiomas uterinos. Aun así, la histerectomía sigue siendo la opción de tratamiento más adecuada para muchas pacientes (Laberge et al., 2015).

El gran tamaño uterino se ha citado como una razón común para elegir el abordaje abdominal para la histerectomía, ya que se ha pensado que un útero agrandado puede requerir una mejor visualización y exposición debido a mayores riesgos de pérdida de sangre, lesión de las vísceras vecinas y tiempos quirúrgicos prolongados. Sin embargo, no existen recomendaciones específicas sobre hasta qué peso o tamaño uterino debería calificar a una paciente para una histerectomía abdominal, y los estudios han demostrado que las técnicas mínimamente invasivas, como la laparoscopia, pueden extirpar de manera segura los úteros más grandes. A pesar de estos hallazgos, la histerectomía abdominal sigue siendo una vía de cirugía común, siendo la más comúnmente indicada para los fibromas uterinos, seguida de sangrado uterino anormal, prolapso y endometriosis (Ito et al., 2017).

A nivel mundial, las tasas de incidencia de histerectomía varían entre países, y las tasas son dos veces más altas en Australia y los Estados Unidos en comparación

con los países escandinavos. La incidencia general de histerectomía es importante para el cálculo adecuado de las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino y de endometrio, ya que solo las mujeres con un cuello uterino y un cuerpo uterino intactos, respectivamente, corren el riesgo de estas enfermedades. De manera similar, solo las mujeres con un útero intacto corren el riesgo de someterse a una histerectomía (Dyhr et al., 2021).

Según los datos de vigilancia de 1995-1996 en el Reino Unido, la mayoría de las histerectomías fueron abdominales (70 a 90%), donde sólo de 10% al 30% se realizaron por vía vaginal y menos de 5% por vía laparoscópica. Así mismo, un informe en Dinamarca mostró que el uso de HV aumentó de 12% a 34%, acompañado de una disminución en el uso de HA (Maresh et al., 2002; Nielsen et al., 2011).

Sin embargo, la HV está contraindicada en pacientes con útero de gran tamaño, porque la vía vaginal ofrece un espacio relativamente limitado para el procedimiento quirúrgico. Por lo tanto, los cirujanos tienen mayor confianza al operar por vía abdominal si se mantiene una hemostasia quirúrgica adecuada (Maresh et al., 2002; Nielsen et al., 2011).

En Europa, los reportes indican que el número de pacientes sometidas a histerectomía, no supera los 150 casos por cada 100.000 mujeres al año, siendo uno de los 15 procedimientos hospitalarios más realizados, especialmente entre los 40 a 44 años. Por su parte, en Estados Unidos, la cantidad de pacientes es superior a 600.000 procedimientos al año, con una tasa de mortalidad de 0,4%. En cuanto a las Américas, existe escasa información oficial sobre la frecuencia de este tipo de cirugías en los sistemas de salud, donde las principales indicaciones pueden ser patologías benignas o malignas, siendo la patología más frecuente el fibroma uterino (Fingar et al., 2014).

Existen varias vías de abordaje para la histerectomía, las más frecuentes son la vía abdominal, vaginal o laparoscópica, también pueden seleccionarse combinaciones de varias técnicas, como en el caso de la Histerectomía Vaginal asistida o combinada con Histerectomía Laparoscópica. En la mayoría de las pacientes, la elección de un procedimiento por vía vaginal o abdominal depende del diagnóstico y los datos clínicos encontrados. Sin embargo, dos tercios de las histerectomías son realizadas mediante abordaje abdominal (Manríquez et al., 2013; Aarts et al., 2015).

La histerectomía empieza, cuando se secciona en la parte media uno de los ligamentos redondos. Luego se penetra en el retroperitoneo, identificado primero al uréter y para tener acceso a la arteria uterina y el ligamento cardinal. El ligamento ancho, es el primero en ser diseccionado y con esta acción se separa dando origen a las hojas anterior y posterior (Anand et al., 2018). Los bordes internos y externos de la hoja anterior se sujetan con pinzas atraumáticas sin dientes, creando tensión sobre esos bordes. La hoja anterior elevada se corta en línea curva hacia la línea media y abajo, hasta el nivel del pliegue vésico-uterino. Los últimos dos pasos se repiten en el lado contralateral (Rodas, 2012).

Luego, se hace una incisión en la hoja posterior del ligamento ancho que se extiende en sentido inferomedial hacia los ligamentos úterosacros (Anand et al., 2018; García y García, 2019). Con las hojas del ligamento ancho abiertas, si se van a conservar los ovarios, se introduce el dedo índice bajo la trompa de Falopio y el ligamento uteroovárico. Se colocan dos pinzas de Heaney y otras apropiadas al lado del dedo, ambas dirigidas hacia el útero y se realiza una incisión en el segmento interpuesto de la trompa de Falopio y el ligamento uteroovárico entre las pinzas, luego se procede a suturar. Conforme se anuda de manera segura el material de sutura, se retiran las dos pinzas (Rodas, 2012).

Si se van a extirpar los anexos, se sujetan la trompa de Falopio y el ovario con una pinza de Babcock y se elevan alejándose del ligamento infundibulopélvico (IP). Se incide el peritoneo por fuera de este ligamento y se extiende el corte en dirección cefálica y lateral. Para el colgajo vesical, se corta el peritoneo que une el borde superior de la vejiga al istmo uterino cuando se abrió la hoja anterior del ligamento ancho. El pliegue véscouterino se sujeta y se eleva para crear tensión entre éste y el cuello uterino en el fondo. Al mismo tiempo, se crea contracción, jalando en sentido superior las pinzas de Kelly, colocadas previamente en el fondo. A continuación, se cortan con tijeras finas de Metzembbaum las bandas de tejido conjuntivo dentro de este espacio véscouterino (Hoffman, 2014).

Luego se identifican las arterias uterinas a lo largo de las caras laterales del útero a nivel del istmo y se realiza ligadura bilateral. Después de la ligadura bilateral de las arterias uterinas, si el útero es grande y voluminoso se separa en forma cortante del istmo y el cuello. Después de retirar el cuerpo, se colocan pinzas de Kocher de un solo diente sobre las paredes anterior y posterior del istmo uterino para elevar el cuello, luego se realiza la incisión de los ligamentos cardinales que yacen a los lados del útero y son inferiores con relación a los vasos uterinos. Finalmente, se realiza el corte transversal del ligamento úterosacro (Hoffman, 2014). Si el recto está adherido al cuello uterino posterior o a la vagina, se realiza una disección cortante para separarlo del útero posterior. Se procede a hacer la división de la vagina, colocando una serie de pinzas a lo largo de la misma, debajo del cuello uterino (Carugno y Fatehpi, 2023).

Luego, se divide la vagina por encima de las pinzas y por debajo del nivel del cuello uterino para liberar la pieza quirúrgica. Luego se realiza el cierre del manguito vaginal, colocando ligaduras de sutura en los ángulos, incorporando el ligamento uterosacro posteriormente para la suspensión del vértice vaginal, y se coloca una sutura en forma de ocho en el medio del manguito para un cierre completo. Por

último, se realiza el examen final y cierre, utilizando solución salina tibia para irrigar la pelvis y se realiza una inspección para detectar hemostasia y lesiones. Se confirman los recuentos quirúrgicos correctos y se completa la cirugía con el cierre de la incisión (Carugno y Fatehpi, 2023).

Las indicaciones para la HA abarcan variadas patologías, que pueden ser clasificadas en dos grupos, como enfermedades benignas y malignas que afectan los órganos pélvicos. Es fundamental establecer si la paciente manifiesta sintomatología como consecuencia de su patología o si, por el contrario, es asintomática. Las enfermedades benignas incluyen padecimientos inflamatorios e infecciosos, endometriosis y tumores uterinos como los fibromas (entre los más frecuentes). Así mismo, también está indicada en las enfermedades malignas del cérvix uterino, trompas de Falopio y ovarios (Ortiz y Garzaro, 2019).

Las contraindicaciones para la HA son cualquier factor que impida un abordaje quirúrgico seguro o que no ofrezca ningún beneficio para la paciente. Por ejemplo, la HA es curativa solo para el cáncer de cuello uterino microscópicamente invasivo. Se puede considerar una disección más extensa para asegurar márgenes negativos para tumores confinados al cuello uterino sin enfermedad metastásica. Sin embargo, para la malignidad avanzada del cuello uterino más allá del estadio IB, no hay ninguna función para la histerectomía antes de la quimiorradiación (Carugno y Fatehpi, 2023).

La HA total implica la extirpación de todo el útero, incluido el cuerpo uterino y el cuello uterino. Este enfoque difiere de la histerectomía subtotal o histerectomía supracervical, mediante la cual el cuello uterino se deja in situ después de que la porción superior del cuello uterino se secciona justo por debajo del nivel de los vasos uterinos (Carugno y Fatehpi, 2023).

Si bien la HA supracervical ha ganado aceptación entre el público en medio de las creencias de que la extirpación del cuello uterino afectará la función orgásmica y de la vejiga, estudios prospectivos y aleatorizados han revelado que, al comparar los dos enfoques, no hay diferencia en la satisfacción sexual, el prolapso vaginal o la disfunción intestinal y del tracto urinario (Thakar et al., 2002). Sin embargo, es importante destacar que las mujeres que conservan su cuello uterino requerirán una vigilancia continua para el cáncer de cuello uterino con detección de Papanicolaou y seguimiento adecuado. Además, puede haber sangrado posterior a la histerectomía asociado con el tejido cervical retenido. La histerectomía supracervical está contraindicada en presencia de malignidad o premalignidad uterina y se desaconseja enfáticamente cuando la indicación para la histerectomía es el dolor pélvico (Carugno y Fatehpi, 2023).

La decisión de extirpar los ovarios y las trompas de Falopio debe individualizarse para cada paciente después de una discusión detallada con el médico sobre las ventajas y desventajas. En ausencia de patología ovárica o un síndrome de cáncer familiar, la mayoría de las mujeres que se someten a una histerectomía por indicaciones benignas deben conservar sus ovarios, y debe haber una discusión sobre la extirpación de las trompas de Falopio. La salpingectomía profiláctica se considera un procedimiento seguro para prevenir el cáncer seroso de alto grado y se puede realizar durante cualquier tipo de histerectomía sin afectar la función ovárica o los resultados quirúrgicos (Morelli et al., 2013).

En mujeres premenopáusicas, la conservación ovárica se ha asociado con la posible prevención de osteoporosis, atrofia urogenital, cambios en la piel y posible reducción de la enfermedad vascular arteriosclerótica (Erekson et al., 2013).

La ooforectomía se considera razonable para las mujeres posmenopáusicas mayores de 65 años que dan mayor prioridad a la prevención del cáncer de ovario que

a otros riesgos de salud a largo plazo. Puede ser necesaria la terapia de reemplazo hormonal para prevenir los efectos hipoestrogénicos después de la menopausia quirúrgica y es una opción terapéutica segura cuando se utiliza en la dosis más baja posible (Berek et al., 2010).

La incorporación de los ligamentos uterosacros en el ángulo del manguito vaginal en el momento del cierre puede ayudar a minimizar la pérdida de soporte apical y el prolapso de los órganos pélvicos. Esta técnica requiere un tiempo adicional mínimo y se realiza con bajo riesgo durante la histerectomía abdominal. El riesgo de prolapso futuro de los órganos pélvicos es mayor en mujeres con prolapso preexistente, independientemente de los síntomas. Se recomienda realizar la suspensión apical en el momento de la histerectomía en mujeres con prolapso y en mujeres con soporte pélvico normal que tienen riesgos esperados de prolapso según factores individuales (Ross et al., 2017).

En general, la histerectomía no está exenta de complicaciones que pueden ocurrir durante el momento quirúrgico o postquirúrgico, las principales complicaciones son: la muerte, trombo embolismo, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, infección grave, hemorragia secundaria, fístula, obstrucción ureteral y daño visceral. La frecuencia de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias depende de los riesgos asociados a la presencia de otras enfermedades, los cuidados postoperatorios y experiencia del cirujano. Las tasas de mortalidad, se ha calculado que oscila entre 0,5% y 17% dependiendo de la vía seleccionada las complicaciones totales en varios estudios señalan que para HA es de 11,8% (Andres et al., 2017; López et al., 2018).

Los estudios revelan que la histerectomía, cuando está clínicamente indicada, se asocia con una mejora significativa en muchos índices de calidad de vida. La histerectomía abdominal sigue siendo una vía de histerectomía comúnmente

practicada a pesar de sus tiempos de recuperación y estadías hospitalarias más prolongados, tasas más altas de morbilidad y mortalidad y mayores tasas de complicaciones en general (Garry et al., 2004).

Hay una escasez de datos sobre los resultados a largo plazo en ensayos controlados aleatorios que comparen el abordaje quirúrgico con la histerectomía. Además, no existe consenso sobre las indicaciones para la vía de histerectomía. La decisión final debe ser compartida por el cirujano, en función de su experiencia, y la paciente (Carugno y Fatehpi, 2023).

En Cuba, Uguellés et al. (2021) realizaron un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a las complicaciones de la histerectomía abdominal, encontrándose que 39% se encontraba en el grupo etario de 46-55 años. Los factores de riesgo de mayor frecuencia fueron: hipertensión arterial (14,9%), hábito de fumar (13,7%), las pacientes con más de un factor de riesgo (9,1%) y anemia (6,8%). Además; 64,3% tuvo una duración de la operación de 60-90 minutos, con utilización de la incisión transversal (Pfannestiel) en el 70,1% de los casos.

En Nigeria, Geidam et al. (2010), determinaron la morbilidad asociada con la histerectomía abdominal total. Durante el estudio se registraron 101 casos de histerectomía abdominal total de 729 operaciones ginecológicas, lo que representó una tasa de 13,8%. En la mayoría de los casos (56,3%) la indicación de la histerectomía fue mioma uterino (sintomático). En general, 37 (45,1%) experimentaron algún tipo de complicación, de las cuales 26 (70,3%) fueron morbilidad febril. Encontrar un útero agrandado intraoperatoriamente ( $p=0,011$ ) y transfusión de sangre ( $p=0,032$ ), se asociaron significativamente con el desarrollo de las complicaciones.

En Perú, Toledo (2011) determinó las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal, encontrando un predominio en el grupo de 41 a 45 años (31%) y multíparas (96%). Las principales características clínicas fueron: dolor pélvico asociado a sangrado vaginal (40%) y sangrado vaginal (31%). La principal indicación fue: miomatosis uterina (85%), que predominó en multíparas (81%), hubo correlación con la ecografía en 95% y con anatomía patológica en 94%. La complicación más frecuente, fue fiebre e infección del tracto urinario con 6% e infección de herida operatoria (2%).

En Venezuela, la información que se encuentra en la literatura sobre el tema planteado, es escasa. Por tal motivo, y con base a lo antes mencionado, se consideró de gran interés plantear las siguientes interrogantes:

¿Cuáles serán las características clínicas y epidemiológicas de la histerectomía abdominal en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo enero de 2023 a septiembre de 2024?. ¿Los resultados obtenidos serán los mismos reportados en la literatura, o existirán variaciones en la población venezolana?

## JUSTIFICACIÓN

La histerectomía, es sin duda una de las cirugías ginecológicas mayores más frecuente pudiendo ser realizada por vía abdominal, vaginal, laparoscópica, siendo el mioma uterino el diagnóstico más frecuente de las patologías no neoplásicas del tracto genital femenino que ameritan esta intervención, llegando a diagnosticarse entre 20-35% en mujeres en edad reproductiva sobre todo en mayores de 30 años, pero alcanza niveles de 70-80% conformen pasan los años hasta el final de la edad reproductiva (Chen et al., 2014).

En cuanto a las ventajas, de la HA, se emplea en el tratamiento tanto de las enfermedades benignas como malignas del útero, permitiendo la cirugía anexial y es muy útil en caso de enfermedades pélvicas asociadas como endometriosis o adherencias. Sin embargo, muchos autores coinciden en que es una operación invasiva, sangrante, muy dolorosa en el postoperatorio y con un período de recuperación largo, que limita a la paciente en su reincorporación a sus tareas habituales y al trabajo (Aragón et al., 2011).

En la actualidad, la HA sigue siendo un procedimiento quirúrgico común en ginecología, y un análisis profundo de sus características clínicas y epidemiológicas puede aportar valiosos conocimientos para la práctica médica, la toma de decisiones clínicas y la investigación futura, comprender las indicaciones más comunes, las complicaciones asociadas y los factores de riesgo permitirá a los médicos tomar decisiones más informadas sobre cuándo y cómo realizar una histerectomía abdominal. Además, esta investigación, busca generar información que sirva de base a los profesionales de la salud de la institución sobre esta técnica para el abordaje de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología, cuyos resultados pudieran ayudar a diseñar el desarrollo de protocolos clínicos más eficientes y seguros.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de la histerectomía abdominal en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo enero de 2023 a septiembre de 2024.

### **Objetivos específicos**

1. Clasificar a las pacientes sometidas a histerectomía según edad.
2. Especificar las patologías preoperatorias.
3. Detallar la presencia de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.
4. Determinar las pérdidas sanguíneas.
5. Señalar la posibilidad de conservación de anexos.
6. Cuantificar el tiempo de estancia hospitalaria.

## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio**

Este estudio fue de tipo descriptivo, debido a que consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento; de corte transversal, ya que fue el estudio de un evento en un único momento de tiempo y, de campo, el cual consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, el investigador obtiene la información, pero no altera las condiciones existentes. De allí su carácter de investigación no experimental (Hurtado, 2010; Arias, 2012).

### **Universo**

Conformado por todas las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo enero de 2023 a septiembre de 2024.

### **Muestra**

Conformada por 139 pacientes sometidas a histerectomía en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo enero de 2023 a septiembre de 2024, que hayan aceptado su participación voluntaria en la presente investigación, siguiendo con los criterios de inclusión estipulados.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de miomas, patología endometrial benigna, prolapsos y hemorragia uterina sometidas a histerectomía.
- Pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

### **Procedimientos**

Se elaboró una carta dirigida al jefe del Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, así como a la coordinadora del Registro de Estadísticas en Salud, a fin de solicitar la autorización y colaboración para la realización del trabajo de investigación (Apéndice A). Posteriormente, se procedió a entregar a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, un consentimiento informado en el cual firmaron aceptando su participación voluntaria en el estudio (Apéndice B).

Por último, se realizó el llenado de la hoja de recolección de datos que fueron obtenidos de la historia clínica, con el fin de recoger datos como: edad, patologías preoperatorias, presencia de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, pérdidas sanguíneas, conservación de anexos, tiempo de estancia hospitalaria, analgesia transoperatoria y postoperatoria y, diagnóstico y tratamiento de otras

afecciones abdominales. Los datos fueron vaciados en una ficha de control diseñada para tal fin (Apéndice C).

### **Análisis Estadístico**

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia utilizando valores absolutos; realizados con el programa Microsoft Excel® 2010 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de los mismos. Se hizo uso del porcentaje como medida de resumen.

## RESULTADOS

De la muestra conformada por 139 pacientes hysterectomizadas; 65,5% (n=91) tuvieron entre 40-49 años, seguidas de aquellas que tuvieron entre 30-39 años, donde se encontró al 15,8% (n=22) de la muestra. La edad media fue 44,99 años (Tabla 1). La patología preoperatoria más frecuente fue la miomatosis uterina en 87,1% (n=121), seguido de prolapso genital en 5,8% (n=8) y tumor de ovario en 2,9% (n=4) (Tabla 2).

Se encontró la presencia de complicaciones intraoperatorias en solo 7,9% (n=11), frente al 92,1% (n=128) que no las presentaron, siendo las únicas documentadas, síndrome adherencial severo en 81,8% (n=9) y lesión incidental de vejiga y sangrado en capas en 9,1% (n=1), respectivamente. Por su parte, se encontraron complicaciones postoperatorias en 15,8% (n=22), siendo prevalente la infección en sitio de herida quirúrgica en 81,8% (n=18), seguido de cefalea post-punción, fístula Vesico-uterina, hematoma supraaponeurótico e íleo paralítico en 4,5% (n=1) para cada caso (Tabla 3).

Relativo a las pérdidas sanguíneas, se observó que en 30,2% (n=42) fue más frecuente una pérdida de entre 300-399 cc, seguido de 400-499 cc en 28,8% (n=40) de los casos, con una media de 423,38 cc (Tabla 4). Hubo conservación de anexos en 46,0% (n=64), frente al 54,0% (n=75) en donde no se mantuvieron los anexos (Tabla 5).

En referencia a la estancia hospitalaria; 79,9% (n=111) estuvo hospitalizada entre 1-5 días, seguido de 15,1% (n=21) que estuvo entre 6-10 días, con una media de estancia de 5,40 días (Tabla 6).

**Tabla 1**

**Pacientes histerectomizadas según edad. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2023 - septiembre 2024.**

| <b>Edad (años)</b> | <b>Pacientes</b>     |
|--------------------|----------------------|
|                    | <b>(n=139; 100%)</b> |
|                    | <b>n (%)</b>         |
| 20-29              | 3 (2,2)              |
| 30-39              | 22 (15,8)            |
| 40-49              | 91 (65,5)            |
| 50-59              | 15 (10,8)            |
| 60-69              | 7 (5,0)              |
| 70-79              | 1 (0,7)              |

**Fuente:** Datos obtenidos de la historia clínica.

**Media:** 44,99 años.

**Tabla 2**

**Pacientes histerectomizadas según patología preoperatoria. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2023 - septiembre 2024.**

| <b>Patología preoperatoria</b> | <b>Pacientes</b>     |
|--------------------------------|----------------------|
|                                | <b>(n=139; 100%)</b> |
|                                | <b>n (%)</b>         |
| Miomatosis uterina             | 122 (87,)            |
| Prolapso genital               | 8 (5,8)              |
| Tumor de ovario                | 4 (2,9)              |
| Patología endometrial          | 2 (1,4)              |
| Absceso tubo-ovárico           | 1 (0,7)              |
| Adenocarcinoma endometrial     | 1 (0,7)              |
| Síndrome de Rendu Osler Weber  | 1 (0,7)              |

**Fuente:** Datos obtenidos de la historia clínica.

Tabla 3

**Pacientes histerectomizadas según complicaciones intraoperatorias y postoperatorias. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2023 - septiembre 2024.**

| Complicaciones                                   | <b>Pacientes<br/>(n=139; 100%)<br/>n (%)</b> |
|--|--|
| <b>Presencia de complicación intraoperatoria</b> |  |
| Si   | 11 (7,9)                                     |
| No   | 128 (92,1)                                   |
| <b>Tipo de complicación intraoperatoria</b>      |  |
| Síndrome adherencial severo                      | 9 (81,8)                                     |
| Lesión incidental de vejiga                      | 1 (9,1)                                      |
| Sangrado en capas                                | 1 (9,1)                                      |
| <b>Presencia de complicación postoperatoria</b>  |  |
| Si   | 22 (15,8)                                    |
| No   | 117 (84,2)                                   |
| <b>Tipo de complicación postoperatoria</b>       |  |
| Infección en sitio de herida quirúrgica          | 18 (81,8)                                    |
| Cefalea post-punción                             | 1 (4,5)                                      |
| Fístula vé+sico-uterina                          | 1 (4,5)                                      |
| Hematoma supraaponeurótico                       | 1 (4,5)                                      |
| Íleo paralítico                                  | 1 (4,5)                                      |

**Fuente:** Datos obtenidos de la historia clínica.

**Tabla 4**

**Pacientes histerectomizadas según pérdidas sanguíneas. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2023 - septiembre 2024.**

| Pérdidas sanguíneas (cc) | Pacientes<br>(n=139; 100%) |
|--------------------------|----------------------------|
|                          | n (%)                      |
| 200-299                  | 5 (3,6)                    |
| 300-399                  | 42 (30,2)                  |
| 400-499                  | 40 (28,8)                  |
| 500-599                  | 36 (25,9)                  |
| 600-699                  | 7 (5,0)                    |
| 700-799                  | 9 (6,5)                    |

**Fuente:** Datos obtenidos de la historia clínica.

**Media:** 423,38 cc

**Tabla 5**

**Pacientes histerectomizadas según conservación de anexos. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2023 - septiembre 2024.**

| <b>Conservación de anexos</b> | <b>Pacientes</b>     |
|-------------------------------|----------------------|
|                               | <b>(n=139; 100%)</b> |
|                               | <b>n (%)</b>         |
| Si                            | 64 (46,0)            |
| No                            | 75 (54,0)            |

**Fuente:** Datos obtenidos de la historia clínica.

**Tabla 6**

**Pacientes histerectomizadas según estancia hospitalaria. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2023 - septiembre 2024.**

| Estancia hospitalaria (días) | Pacientes<br>(n=139; 100%) |
|------------------------------|----------------------------|
|                              | n (%)                      |
| 1-5                          | 111 (79,9)                 |
| 6-10                         | 21 (15,1)                  |
| 11-15                        | 3 (2,2)                    |
| 16-20                        | 1 (0,7)                    |
| ≥21                          | 3 (2,1)                    |

**Fuente:** Datos obtenidos de la historia clínica.

**Media:** 5,40 días (Rango: 2 - 72 días).

## DISCUSIÓN

Las enfermedades del aparato ginecológico son responsables de un número significativo de procedimientos quirúrgicos que se realizan en todo el mundo. La histerectomía es el procedimiento quirúrgico ginecológico que más se realiza después de la cesárea, y se ubica en el tercer lugar en frecuencia entre las operaciones de cirugía mayor electiva. En el 85 % de los casos, el mioma uterino es el diagnóstico preoperatorio (Urguellés et al., 2021).

En el presente estudio, la mayoría de las pacientes tuvieron entre 40-49 años, con una media de 44,99 años. Resultados similares a otros autores, en diferentes partes del mundo, quienes han establecido a lo largo del tiempo que, las pacientes sometidas a histerectomía, tienen una edad de entre 40 y 50 años; como es el caso de Toledo (2011) en Perú, quien evidenció un predominio en el grupo de 41 a 45 años (31%), Ortiz y Garzaro (2019), en Guatemala, donde 44% (n=113) de pacientes pertenecía al grupo etario de 41 a 50 años y, Urguellés et al. (2021), en Cuba, donde 39% se encontraba en el grupo etario de 46-55 años. De igual manera, En Estados Unidos, Iverson et al. (1996) determinaron una edad promedio de 39,2 años, Jacob et al. (2021) de 42 años. En Cuba, Márquez et al. (2014) cuantificaron una media de 37,5 años y, en Perú, Pinto (2015) de 42 años.

La patología preoperatoria más frecuente fue la miomatosis uterina. Siendo este resultado comparable a lo reportado en la literatura por autores como Chan et al. (1993), Geidam et al. (2010) en Nigeria, Toledo (2011), Márquez et al. (2014) en Cuba, Ortiz y Garzaro (2019) y Jacob et al. (2021), quienes determinaron una frecuencia de leiomiomatosis uterina como causa de histerectomía abdominal en 53%; 56,3%; 85%; 93,4%; 52% y 84,1% respectivamente. Asimismo, para Chan et al. (1993) la indicación más común fue leiomiomas uterinos, seguidos de

endometriosis pélvica y enfermedad premaligna, mientras que para Márquez et al. (2014) la segunda indicación con marcada diferencia fue el de hiperplasia quística endometrial (5,5%).

Para Uguellés et al. (2021) 77,01% de las pacientes también presentaron como diagnóstico preoperatorio el mioma uterino, seguido por el tumor de ovario con 13,7% y el adenocarcinoma de endometrio con 4,5%. Además, el NIC III-CIS y el carcinoma de cuello uterino tuvieron dos pacientes cada uno, que representaron 2,2% respectivamente.

Se encontró la presencia de complicaciones en pocas pacientes, siendo el síndrome adherencial severo la más frecuente de las intraoperatorias y la infección en sitio de herida quirúrgica de las postoperatorias. Desde el punto de vista intraoperatorio, Chan et al. (1993) establecieron que la hemorragia que requirió transfusión fue la complicación intraoperatoria más común y se produjeron procedimientos quirúrgicos no deseados en casi 3% de las pacientes. De igual manera, en Estados Unidos, Iverson et al. (1996) demostraron que hubo dos lesiones ureterales, una de vejiga, una de intestino y una del nervio femoral en las pacientes histerectomizadas y, para Uguellés et al. (2021) solo se produjo una lesión de vejiga que representó el 0,2%.

Desde el punto de vista postoperatorio, distintos investigadores mencionan la presencia de fiebre como la principal complicación en este tipo de pacientes, como bien lo establecen Iverson et al. (1996), Geidam et al. (2010) y Toledo (2011), con una frecuencia de fiebre de 49,4%; 70,3% y 6% respectivamente. Por su parte, Uguellés et al. (2021) determinaron que, las complicaciones infecciosas constituyeron el 35,6%, siendo los documentados el absceso de cúpula en 11,4%, infección de la herida quirúrgica en 11,4%, e infección del tracto urinario en 10,3%.

Otras complicaciones fueron íleo paralítico con 26,04% y la trombosis venosa profunda con 17,7%.

Según Márquez et al. (2014), no existieron complicaciones preoperatorias, pero en el período postoperatorio primó el hematoma de la herida en 4 pacientes (4,4%), de las cuales 2 presentaron luego sepsis de la herida y también se observó íleo paralítico y cefalea postraquídea.

Siguiendo otro orden de ideas, se cuantificaron pérdidas sanguíneas de entre 300-399 cc, con una media de 423,38 cc. En ese sentido, Iverson et al. (1996) cuantificaron una pérdida de sangre de 796 cc y, también en Estados Unidos, Clarke y Geller (2013) señalaron que las complicaciones hemorrágicas después de la histerectomía fueron raras, con un rango medio de pérdida de sangre estimada de 238-660,5 cc para las pacientes con histerectomía abdominal.

Hubo conservación de anexos en menos de la mitad de la muestra, lo cual se corresponde a lo publicado por Márquez et al. (2014) donde solo hubo conservación de anexos en 17 pacientes, lo que representó el 18,6%. En Perú, Pinto (2015) también encontró una frecuencia similar con 24,5% de conservación de anexos. Por otro lado, casi toda la muestra de pacientes estuvo hospitalizada entre 1-5 días, con una media de estancia de 5,40 días. En similitud con Ackroyd et al. (2020), en Estados Unidos, quienes establecieron que la duración de la hospitalización fue de una media de 5,69 días, mientras que, para Márquez et al. (2014) la estadía postoperatoria promedio resultó ser de 2,4 días.

Por último, hubo necesidad de analgesia transoperatoria postoperatoria en casi todas las pacientes histerectomizadas. No obstante, a pesar de haber realizado una búsqueda exhaustiva en revistas indexadas nacionales e internacionales, no se encontraron estudios en los cuales fuera evaluada esta variable.

## CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes tuvieron entre 40-49 años, con una media de 44,99 años.
2. La patología preoperatoria más frecuente fue la miomatosis uterina.
3. Se encontró la presencia de complicaciones en una minoría de la muestra, siendo el síndrome adherencial severo la más frecuente de las intraoperatorias y la infección en sitio de herida quirúrgica de las postoperatorias.
4. Se cuantificaron pérdidas sanguíneas de entre 300-399 cc, con una media de 423,38 cc.
5. Hubo conservación de anexos en menos de la mitad de la muestra.
6. Gran parte de las pacientes estuvieron hospitalizada entre 1-5 días, con una media de estancia de 5,40 días.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar jornadas de capacitación del personal médico sobre los riesgos y complicaciones de la histerectomía abdominal con el propósito de evitar desenlaces fatales.
2. Educar al personal médico sobre la adecuada información suministrada a las pacientes sobre el procedimiento y los riesgos asociados al mismo.
3. Realizar estudios retrospectivos más amplios que permitan el análisis de historias clínicas para identificar tendencias y factores de riesgo, así como estudios prospectivos y longitudinales para comparación de resultados.
4. Realizar seguimiento de cohortes de pacientes sometidas a histerectomía con el objetivo de evaluar resultados a largo plazo.
5. Realizar encuestas que permitan la recopilación de información sobre calidad de vida y satisfacción de las pacientes histerectomizadas.
6. Realizar estudios de metaanálisis que permitan una síntesis de la evidencia existente para obtener conclusiones más sólidas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarts J, Nieboer T, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol B, et al. Abordajes quirúrgicos de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; 8(1):20-45.
- Ackroyd, S., Hernández, E., Roberts, M., Chu, C., Rubin, S., Mantia, G., et al. Postoperative complications of epidural analgesia at hysterectomy for gynecologic malignancies: an analysis of the National Surgical Quality Improvement Program. *Int J Gynecol Cancer*. 2020; 30 (8): 1203-1209.
- Anand M, Duffy C, Vragovic O, Abbasi W, Bell S. Surgical Anatomy of Vaginal Hysterectomy-Impact of a Resident-Constructed Simulation Model. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2018; 24(2):176-82.
- Andres M, Borrelli G, Abrão M. Advances on minimally invasive approach for benign total hysterectomy: a systematic review. *F1000Research*. 2017; 6:1295.
- Aragón F, Expósito M, Fleitas O, Morgado A, Mirabal C, Aragón L. Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Cub Cir*. 2011; 50(1).
- Arias, F. G. 2012. El proyecto de investigación, introducción a la metodología científica. Editorial Episteme, C.A. Caracas – República Bolivariana de Venezuela. 6ta edición. pp 143.

- Berek. J., Chalas, E., Edelson, M., Moore, D., Burke, W., Cliby, W. et al. Prophylactic and risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy: recommendations based on risk of ovarian cancer. *Obstet Gynecol.* 2010; 116 (3): 733-743.
- Chan, Y., Ho, H. y Chen, C. Abdominal hysterectomy: indications and complications. *Singapore Med J.* 1993; 34 (4): 337-340.
- Chang, L. y Samoaya, L. Calidad de vida en pacientes sometidas a histerectomía. [Internet]. 2019. [Citado 29 sep 2024]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10748.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10748.pdf).
- Chen B, Ren D, Li J, Li C. Comparison of vaginal and abdominal hysterectomy:A prospective non-randomized trial. *Pak J Med Sci.* 2014;30(4): 875-979.
- Clarke, D. y Geller, E. Complications of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2013; 121 (3): 654-673.
- Dyhr, K., Kahlert, J., Damgaard, R., Mogensen, O. y Hammer, A. Trends in Hysterectomy Incidence Rates During 2000–2015 in Denmark: Shifting from Abdominal to Minimally Invasive Surgical Procedures. *Clin Epidemiol.* 2021; 13: 407-416.
- Eggemann H, Ignatov A, Frauchiger H, Amse T, Costa S. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy versus vaginal hysterectomy for benign uterine diseases: a prospective, randomized, multicenter, double-blind trial (LAVA). *Arch Gynecol Obstet.* 2018; 297(2):479-85.

- Erekson, E., Martin, D., Ratner, E. Oophorectomy: the debate between ovarian conservation and elective oophorectomy. *Menopause*. 2013; 20 (1): 110-114.
- Fingar K, Stocks C, Weiss A, Steiner C. Most Frequent Operating Room Procedures Performed in U.S. Hospitals, 2003-2012. *HCUP Statistical Brief*. 2014; 186.
- Fuentes C. Comparación entre histerectomía vaginal de útero no prolapsado y la Histerectomía abdominal, [Tesis de grado]. Perú: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Medicina; 2015. [Citado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/20.500.12727/1358/3/Fuentes\\_c.pdf](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/20.500.12727/1358/3/Fuentes_c.pdf)
- García E, Romero R, Perpiñán L. Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados en mujeres nulíparas. *AMC*. 2013; 17(3):347-55.
- García M, García M. Histerectomía vaginal. Apuntes históricos. *Gaceta Médica Espirituana*. 2019; 21(1).
- Garry, R., Fountain, J., Brown, J., Manca, A., Mason, S., Sculpher, M., et al. EVALUATE hysterectomy trial: a multicentre randomised trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy. *Health Technol Assess*. 2004; 8 (26): 1-154.
- Geidam, D., Audu, B. y Bukar, M. Morbidity of total abdominal hysterectomy at the University of Maiduguri Teaching Hospital, Maiduguri, Nigeria. *Niger J Med*. 2010; 19 (4): 467-470.

- Hoffman B. Williams Ginecología. Segunda edición. México: Editorial McGrawHill; 2014.
- Hurtado, J., 2010. Metodología de la investigación. Quirón Ediciones. Caracas, Venezuela. 4ta edición. pp 1309.
- Ito, T., Vargas, M., Moawad, G., Opoku, J., Shu, M., Marfori, C., et al. Minimally Invasive Hysterectomy for Uteri Greater Than One Kilogram. JSLS. 2017;21 (1).
- Iverson, R., Chelmow, D., Strohbehn, K., Waldman, L. y Evantash, E. Relative morbidity of abdominal hysterectomy and myomectomy for management of uterine leiomyomas. Obstet Gynecol. 1996; 88 (3): 415-419.
- Jacob, G., Mohammed, R. y Melkizedeck, K. Clinical indications for total abdominal hysterectomy among women seen in Dar es Salaam regional referral hospitals, Tanzania: a prospective, observational hospital-based study. Pan Afr Med J. 2021; 38: 10.
- Laberge, P., Leyland, N., Murji, A., Fortin, C., Martyn, P., Vilos, G., et al. Endometrial ablation in the management of abnormal uterine bleeding. J Obstet Gynaecol Can. 2015; 37 (4): 362-379.
- López, P., Guerrero, J., Quizhpe, E. Estudio Retrospectivo: Histerectomía Abdominal vs Histerectomía Vaginal, Análisis de Complicaciones Hospitalarias. Hospital San Francisco de Quito. Quito – Ecuador, 2014 – 2015. Rev Med HJCA 2018; 10 (2): 121 - 125.

- Manriquez G, Naser N, Gómez L. Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas. Experiencia de seis años, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013; 78(6): 432 – 435.
- Mareh M, Metcalfe M, McPherson K, Overton C, Hall V, Hargreaves J, et al. El estudio nacional VALUE de histerectomía: descripción de las pacientes y su cirugía. *BJOG.* 2002; 109 (3): 302–312.
- Márquez, J., Barrabi, A., Armas, B. y Rubinos, J. Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. *MEDISAN.* 2014; 18 (2).
- Morelli, M., Venturella, R., Mocciaro, R., Di Cello, A., Rania, E., Lico, D., et al. Prophylactic salpingectomy in premenopausal low-risk women for ovarian cancer: *primum non nocere.* *Gynecol Oncol.* 2013; 129 (3): 448-451.
- Nielsen S, Daugbjerg S, Gimbel H, Settnes A. Comité Directivo de la Base de Datos Danesa de Histerectomía Uso de la histerectomía vaginal en Dinamarca: tasas de indicaciones y características de las pacientes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011; 90 (9): 978–984.
- Ortiz J, Garzaro M. Complicaciones postquirúrgicas de las histerectomías transvaginales y abdominales. [Tesis de Grado]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2019. [Citado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2019/081.pdf>

- Pinto, J. Características de las hysterectomías y de las mujeres que se someten a ellas en el hospital regional de Loreto 2010-2013. [Tesis de Grado]. Quito, Ecuador. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de Medicina Humana. 2015. [Citado el 15 de octubre de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/3753/Jeanneeth\\_Tesis\\_Titulo\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/3753/Jeanneeth_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Reboul Q, Mehdi A, Chauleur C. Vaginal hysterectomy in outpatient procedure: Feasibility and satisfaction study]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018; 46(2):65-70.
- Rodas D. Caracterización de las pacientes con hysterectomía obstétrica, Estudio descriptivo realizado en el departamento de ginecoobstetricia Del hospital Roosevelt durante el periodo de enero a diciembre 2009. [Tesis de grado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 2012. [Citado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8945.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8945.pdf)
- Ross, W., Meister, M., Shepherd, J., Olsen, M., Lowder, J. Utilization of apical vaginal support procedures at time of inpatient hysterectomy performed for benign conditions: a national estimate. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 217 (4): 436.e1-436.e8
- Sotero, G., Yavorone, R., Laborde, A., Sosa, C., Domínguez, A. y Martínez, J. La hysterectomía vaginal en útero no prolapsado una vieja 'nueva' opción. *Dialnet*. 2002; 48 (2): 85-92.

- Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med.* 2002 Oct 24;347(17):1318-25
- Terzi, H., Biler, A., Demirtas, O., Guler, O., Peker, N., Kale, A. Total laparoscopic hysterectomy: Analysis of the surgical learning curve in benign conditions. *Int J Surg.* 2016; 35: 51-57.
- Toledo, G. Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010. (*Rev Horiz Med.* 2011; 11 (2): 70.
- Urgellés, C., Álvarez, F., Reyes, G., Duménigo, R., Fleites, A. Factores de riesgo asociados a las complicaciones postquirúrgicas de la histerectomía abdominal. *Rav Cubana Obstetr Ginecol.* 2021; 47 (1).
- Wright J, Young R. History of Gynecologic Pathology XXVIII: Dr C. Frederic Fluhmann. *Int J Gynecol Pathol.* 2016; 35(3):279-88.

## **APÉNDICES**

**Apéndice A**

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
VICERRECTORADO ACADÉMICO  
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
NÚCLEO BOLÍVAR  
COORDINACIÓN DE POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Ciudad Bolívar, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Dr. Antonio Russo**

Jefa del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseo solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarme para la elaboración de la investigación que lleva por título **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2023 - SEPTIEMBRE 2024.** Que será presentada a posteriori como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. En el mencionado trabajo de investigación contare con la asesoría del Dr. Luis Madriz. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente

---

**Dr. José García**  
Residente de Postgrado

---

**Dr. Luis Madriz**  
Tutor

**Apéndice B**

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**VICERRECTORADO ACADÉMICO**  
**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**NÚCLEO BOLÍVAR**  
**COORDINACIÓN DE POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Ciudad Bolívar, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Lcda. Nelly Ramírez**

Coordinadora del Registro de Estadísticas en Salud del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseo solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarme para la elaboración de la investigación que lleva por título **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2023 - SEPTIEMBRE 2024**. Que será presentada a posteriori como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. En el mencionado trabajo de investigación contare con la asesoría del Dr. Luis Madriz. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente

---

**Dr. José García**  
**Residente de Postgrado**

---

**Dr. Luis Madriz**  
**Tutor**

**Apéndice C**

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
VICERRECTORADO ACADÉMICO  
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
NÚCLEO BOLÍVAR  
COORDINACIÓN DE POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Ciudad Bolívar, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_, portadora de la Cédula de Identidad número \_\_\_\_\_, declaro que he sido informada sobre los objetivos y alcances de la investigación titulada **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2023 - SEPTIEMBRE 2024**, desarrollada por el Dr. José García, bajo la tutoría del Dr. Luis Madriz. Por medio de la presente declaro que conozco y comprendo la información que me ha sido suministrada y acepto participar como sujeto de investigación.

En Ciudad Bolívar, a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

**Firma**

## Apéndice D



**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LA  
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA.  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD  
BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2023 - SEPTIEMBRE 2024.**

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Nombre y apellido:** \_\_\_\_\_ **Edad:**

\_\_\_\_\_

**Patología preoperatoria:**

\_\_\_\_\_

**Complicaciones intraoperatorias:**

\_\_\_\_\_

**Complicaciones postoperatorias:**

\_\_\_\_\_

**Pérdidas sanguíneas:**

\_\_\_\_\_

**Conservación de anexos:**

\_\_\_\_\_

**Estancia hospitalaria:**

\_\_\_\_\_

## HOJAS DE METADATOS

### Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Título</b>    | Caracterización clínica y epidemiológica de la histerectomía abdominal. servicio de ginecología. complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez. ciudad Bolívar - estado Bolívar. enero 2023 - septiembre 2024. |
| <b>Subtítulo</b> |  |

Autor(es)

| <b>Apellidos y Nombres</b>   | <b>Código ORCID / e-mail</b> |                            |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| García Terrizzi José Enrique | <b>ORCID</b>                 |                            |
|                              | <b>e-mail:</b>               | jegarciaterrizzi@gmail.com |

**Palabras o frases claves:**

|                         |
|-------------------------|
| histerectomía           |
| histerectomía abdominal |
| miomatosis uterina      |
|                         |
|                         |
|                         |

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

| Área  | Subáreas                           |
|---|------------------------------------|
| Coordinación de Postgrado de Ginecología y Obstetricia      | Dpto. de Ginecología y Obstetricia |
| <b>Línea de Investigación:</b><br>Ginecología y Obstetricia |                                    |

### Resumen (abstract):

La histerectomía abdominal (HA) sigue siendo un procedimiento común en ginecología, y profundizar en sus características clínicas y epidemiológicas es fundamental para mejorar la atención a las pacientes. **Objetivo:** Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de la histerectomía abdominal en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo enero de 2023 a septiembre de 2024. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de campo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 139 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que; 65,5% (n=91) tuvieron entre 40-49 años, con una media de 44,99 años. La patología preoperatoria más frecuente fue la miomatosis uterina en 87,1% (n=121). Se encontró la presencia de complicaciones intraoperatorias en 7,9% (n=11), siendo las únicas documentadas, síndrome adherencial severo en 81,8% (n=9) y lesión incidental de vejiga y sangrado en capas en 9,1% (n=1), respectivamente. Por su parte, se encontraron complicaciones postoperatorias en 15,8% (n=22), siendo prevalente la infección en sitio de herida quirúrgica en 81,8% (n=18). Se cuantificaron pérdidas sanguíneas de entre 300-399 cc en 30,2% (n=42), con una media de 423,38 cc. Hubo conservación de anexos en 46,0% (n=64) y 79,9% (n=111) estuvo hospitalizada entre 1-5 días, con una media de estancia de 5,40 días. Por último, hubo necesidad de analgesia transoperatoria en 95,0% (n=132) y analgesia postoperatoria en 97,8% (n=136) de los casos. **Conclusiones:** La miomatosis uterina fue la causa más frecuente de histerectomía en las pacientes hospitalizadas el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

| Apellidos y Nombres       | ROL / Código ORCID / e-mail |                             |    |       |       |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----|-------|-------|
|                           | ROL                         | CA                          | AS | TU(x) | JU    |
| Dr. Luis Madriz           | ORCID                       |                             |    |       |       |
|                           | e-mail                      | madriz.luisdaniel@gmail.com |    |       |       |
|                           | e-mail                      |                             |    |       |       |
|                           |                             |                             |    |       |       |
| Dra. Dayana Carrera       | ROL                         | CA                          | AS | TU    | JU(x) |
|                           | ORCID                       |                             |    |       |       |
|                           | e-mail                      | dcarrera716@gmail.com       |    |       |       |
|                           | e-mail                      |                             |    |       |       |
| Dr. José Gregorio Mendoza | ROL                         | CA                          | AS | TU    | JU(x) |
|                           | ORCID                       |                             |    |       |       |
|                           | e-mail                      | ginecoobstetra74@gmail.com  |    |       |       |
|                           | e-mail                      |                             |    |       |       |

**Fecha de discusión y aprobación:** 2024/12/04

**Lenguaje:** spa

## **Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6**

**Archivo(s):**

NBOTES\_ GTJE2024

Alcance:

**Espacial:**

Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

**Temporal:**

Enero de 2023 a Septiembre de 2024

**Título o Grado asociado con el trabajo:**

Especialista en Ginecología y Obstetricia

**Nivel Asociado con el Trabajo:**

Postgrado - Especialista en Ginecología y Obstetricia

**Área de Estudio:**

Coordinación de Postgrado de Ginecología y Obstetricia

**Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:**

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
SISTEMA DE BIBLIOTECA  
RECIBIDO POR *Martínez*  
FECHA *5/8/09* HORA *5:30*

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

*Juan A. Bolaños Cuvells*  
Secretario



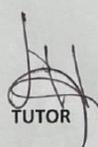
C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

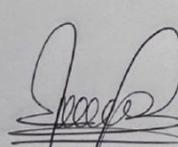
JABC/YGC/maruja

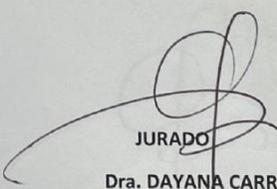
**Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6**

**De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)**  
**“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.**

AUTOR  
JOSE ENRIQUE GARCIA TERRIZZI  
C.I: 21.577.606.

  
TUTOR  
Dr. LUIS MADRIZ  
c.i 5341432

JURADO   
Dr. JOSE GREGORIO MENDOZA  
c.i 11.777.550.

JURADO   
Dra. DAYANA CARRERA  
c.i 18.828.769

POR LA SUBCOMISION DE TESIS