



Resolución Directoral

Lima, 31 de enero del 2025

VISTO:

Nota Informativa N° 00041-2024-SMEDICIMATERNOS/HSR, de fecha 27 de diciembre de 2024, de la Jefatura del Departamento de Gineco Obstetricia, Nota Informativa N° 000009-2025-OGC/HSR, de fecha 07 de enero del 2024, de la Oficina de Gestión de la Calidad; MEMORANDO N°000035-2025-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 13 de enero del 2025, emitida por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, INFORME N°000001-2025-UORGANIZACION/HSR, de fecha 13 de enero del 2025, de la Unidad de Organización e INFORME N°000020-2025-OAJ/HSR, de fecha 16 de enero de 2025, de la Oficina de Asesoría Jurídica y;

CONSIDERANDO:

Que, los principios I y II del Título Preliminar de la Ley 26842 Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, Por tanto, es responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 15° numeral 15.4 literal b) de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas usuarias de los Servicios de Salud, sobre el consentimiento informado, nos indica que el consentimiento conste por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamiento. El consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital;

Que, con Decreto Supremo N° 013-2006-SA, en el artículo 1° nos dice: que el presente reglamento establece los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones; así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, el capítulo I de la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud con la Finalidad de Contribuir a la Calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Prácticas Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo al máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud; así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, el artículo 33° numeral 05.4 del



Departamento de Gineceo – Obstetricia, señala que es el órgano encargado de la atención integral de la patología Gineco – Obstétrica durante el ciclo reproductivo, pre concepcional y post concepcional, así como de las enfermedades del sistema de reproducción de la mujer, depende del órgano de dirección y tiene asignada diferentes funciones;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" el cual tiene como finalidad contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, el numeral 5.2.3 de la Resolución Ministerial N° 827-2023-MINSA, aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna; la misma que dispone que las acciones para el seguimiento oportuno de gestantes y puérperas priorizando las presenten algún factor de riesgo físico, psicológico o social;

Que, en el numeral 6.1.3 de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprobó las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud se precisa que es el Documento Normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimiento o actividades, y al desarrollo de una buena práctica;

Que, con Nota Informativa N° 000041-2024-SMEDICIMATERNO/HSR, de fecha 27 de diciembre de 2024, el Departamento de Gineco Obstetricia (e) remite a la Oficina de Gestión de la Calidad el anteproyecto de Guía Técnica: "Guía de Procedimiento de Histerectomía Abdominal" para su conocimiento y fines pertinentes;

Que, con Nota Informativa N° 000009-2025-OGC/HSR de fecha 07 de enero de 2025, la Oficina de Gestión de la Calidad remite a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico los documentos: Nota Informativa N° 03-2025-MINSA-HSR-OGC-VST del M.C Víctor Salazar Toledo y el anteproyecto de Guía Técnica: "Guía de Procedimiento de Histerectomía Abdominal" para su conocimiento y fines pertinentes;

Que, con el Memorando N° 000035-2025-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 13 de enero 2025, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remite a la Oficina de Asesoría Jurídica el documento "Guía de Procedimiento para Histerectomía Abdominal", con opinión favorable en el marco de su competencia;

Que, mediante Informe N°000020-2025-OAJ/HSR, de fecha 16 de enero del 2025 de la Oficina de Asesoría Jurídica emite opinión jurídica favorable al proyecto de Guía Técnica: "Guía de Procedimiento de Histerectomía Abdominal", por ceñirse a la normativa de la materia, y;

Con los Vistos de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Departamento de Gineco Obstetricia, Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa;

De Conformidad con lo dispuesto en Decreto Supremo N° 004-2019-JUS que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado con Resolución Ministerial N°1022-2007/MINSA, Resolución Ministerial N° 026-2023/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°. - APROBAR la Guía Técnica: "Guía de Procedimiento de Histerectomía Abdominal" cuyo documento anexo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°. - NOTIFICAR la presente Resolución a las instancias administrativas para su seguimiento e interesados para su conocimiento y cumplimiento.



Resolución Directoral

Lima, 31 de enero del 2025

ARTÍCULO 3°- DISPONER que la oficina de Estadística e informática efectúe la publicación del presente acto Resolutivo en la Página Web del Portal Institucional del Hospital Santa Rosa: <http://hsr.gob.pe>.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,



RNT/RMMH/gzv.

DISTRIBUCIÓN:

- > Dirección General
- > Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- > Oficina de Gestión de la Calidad
- > Oficina de Estadística e informática
- > Archivo



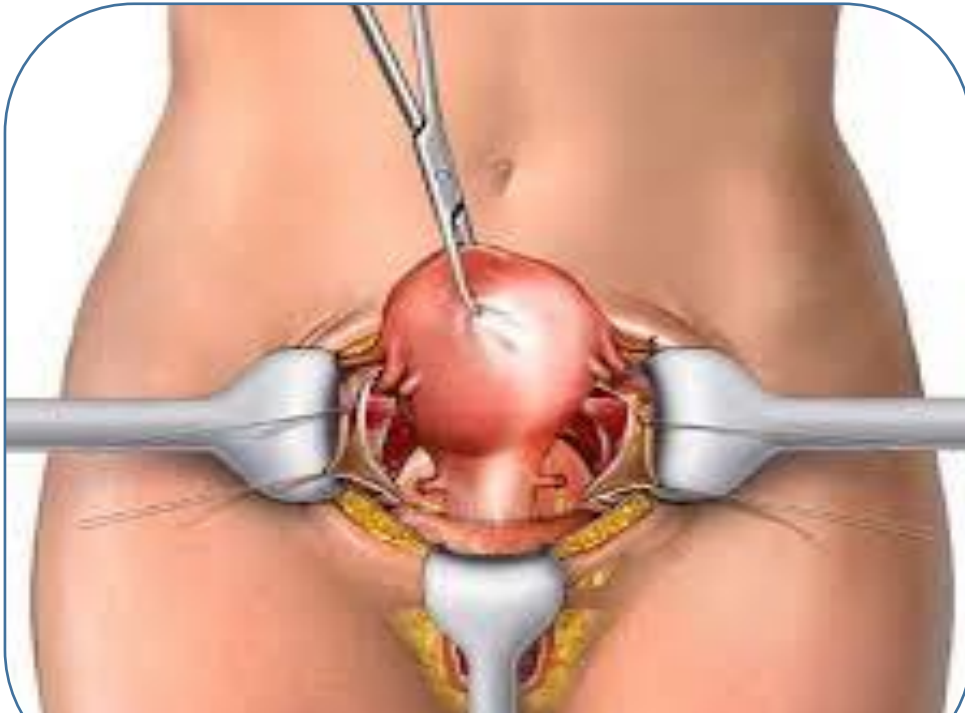


PERÚ

Ministerio
de Salud



HOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL

CONTENIDO

I. FINALIDAD.....	2
II. OBJETIVOS	2
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	2
IV. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....	2
V. CONSIDERACIONES GENERALES	2
5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES.....	2
5.2 CONCEPTOS BÁSICOS.....	2
5.3 RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	3
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	4
6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.....	4
1.2 INDICACIONES.....	7
1.3 CONTRAINDICACIONES	7
1.4 EFECTOS ADVERSOS	7
1.5 COMPLICACIONES.....	7
VII RECOMENDACIONES	8
IX. AUTORES.....	8
X. ANEXOS	10
XI. BIBLIOGRAFÍA	14
1. Zavaleta Zárate, Lisette Vanessa, Prevalencia de complicaciones de histerectomía abdominal en un hospital público durante el periodo julio 2020 a julio 2021.....	14

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL

I. FINALIDAD

La finalidad de esta guía es estandarizar el procedimiento de Histerectomía abdominal para tratar de manera quirúrgica aquellas patologías uterinas que no responden a tratamiento médico.

II. OBJETIVOS

Extirpar total (histerectomía abdominal total) o parcial el útero (histerectomía supra cervical o subtotal) por vía abdominal.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Aplicación por el Departamento de Ginecología como parte de la atención integral de la paciente ginecológica.

IV. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Código del CPMS	Nombre del Procedimiento Médico, Odontológico, Obstétrico, Sanitario u otros
58150	Histerectomía Total o subtotal con o sin extirpación de trompa(s) con o sin extirpación de ovario(s)
58150.01	Histerectomía Total (cuerpo y cuello) con extirpación de trompa(s) con extirpación de ovario(s)
58180	Histerectomía Abdominal supracervical o subtotal con o sin extirpación de trompa(s) con o sin extirpación de ovario(s)

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Histerectomía abdominal total (HAT)** : cirugía para extirpar el útero y el cuello uterino mediante la incisión abdominal.
- **Histerectomía vaginal total (HVT)**: La histerectomía total se puede hacer a través de la vagina (sin hacer cortes en el abdomen).
- **Salpingo-oforectomía bilateral (SOB)**: La Salpingo-oforectomía bilateral es una cirugía que se hace para extirpar ambas trompas de Falopio y ambos ovarios.

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

Una histerectomía es la resección quirúrgica del útero. Y puede incluir la extirpación completa del cuerpo, el fondo y el cuello uterino, aunque se puede dejar el cuello en algunos casos.

5.3 RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

5.3.1 Recursos Humanos

Para la realización de la Histerectomía se necesita recursos humanos tales como:

- CIRUJANO PRINCIPAL: Médico cirujano especialista en ginecología y obstetricia
- PRIMER AYUDANTE: Médico cirujano especialista en ginecología y obstetricia
- SEGUNDO AYUDANTE: Médico cirujano residente de Ginecología y Obstetricia
- TERCER AYUDANTE: Interno o externo de Medicina Humana
- INSTRUMENTISTA: Licenciado de enfermería especializado.

Para la administración de la anestesia los recursos humanos son asignados por el Departamento de Anestesiología

5.3.2 Recursos materiales:

Para la realización de la Histerectomía se necesita suministros médicos tales como Material e insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgicos y de laboratorio

Material e insumos

- **Fungible**
 - Sonda Foley y bolsa colectora
 - Suturas: reabsorbible (ácido poli glicólico, catgut crómico, catgut simple) y no absorbible (nylon, prolene, lino)
- **No fungible**
 - Instrumental para Histerectomía - laparotomía. Ver anexo 1

5.3.3 Recursos medicamentos

- Antibiótico profilaxis
 - Cefazolina 1gr, INY ampolla endovenosa (2 g Endovenoso 30 minutos previo a la cirugía).
 - Como segunda opción Clindamicina de 150 mg /ml INY de 4ml (900 mg Endovenoso 30 minutos previo a la cirugía).
- **Soluciones parenterales**
 - Cloruro de Sodio al 9% 1000cc
 - Dextrosa al 5% 1000cc
 - Cloruro de Sodio al 20% en amp. de 20ml
 - Cloruro de Potasio al 20% en amp. de 10cc
- **Analgésicos y Coadyuvantes**
 - Metamizol 1g ampolla para uso EV
 - Segunda alternativa: Tramadol 50 mg ampolla para uso EV
 - Ranitidina 50 mg ampolla para uso EV
 - Metoclopramida 10 mg en amp. de 2ml
- **Vasopresores y antiarrítmicos**
 - Aplicado por médico cirujano especialista en anestesiología, revisar guías de procedimientos de anestesiología

- **Fármacos de soporte vital**

- Aplicado por médico cirujano especialista en anestesiología, revisar guías de procedimientos de anestesiología

5.3.4 Mobiliario y Equipos

- Mesa quirúrgica
- Lámpara cialítica
- Mesa de mayo
- Aspirador de secreciones
- Equipo de electrocauterio y electrobisturí
- Máquina de Anestesia y accesorios determinados por el Centro Quirúrgico.

5.3.5 Formatos

Formato de Consentimiento Informado para Histerectomía Abdominal

5.3.6 Ambientes

Sala de operaciones y sala de recuperación, determinadas por el Centro Quirúrgico en coordinación con el departamento de Gineco obstetricia

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

a. Antes de la programación:

El personal médico de hospitalización deberá interactuar con la paciente para explicarle el procedimiento y obtener la firma del Consentimiento Informado correspondiente.

La anestesia sugerida es la general con intubación, salvo contraindicaciones o situaciones condicionados por evaluación pre anestésica a cargo del Anestesiólogo.

Los exámenes pre quirúrgicos comprenden:

- **Riesgo Quirúrgico Cardiovascular**
- **Exámenes de Patología Clínica y/o Anatomía Patológica**
 - Exámenes de laboratorio (hemograma, grupo y factor Rh, Tiempo de Protrombina, Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada y/o TC y Sangría, según disponibilidad de Laboratorio, glucosa, urea, creatinina, serológicas, antígeno de superficie de hepatitis B y VIH).
 - Resultado de Papanicolau
 - Estudio de Anatomía patológica de endometrio, según se requiera.
- **Exámenes de Diagnóstico por Imágenes**
 - Ecografía pélvica o transvaginal
 - Radiografía de tórax

b. Antes del procedimiento

1. Paciente es referida a Sala de operaciones con indicaciones que incluyen la antibiótico profilaxis.

2. Colocación de la antibiótico profilaxis en sala de operaciones a cargo del anestesiólogo, el cual debe estar indicado en la historia clínica con forma y sello del médico gineco obstetra.
3. Lavado de manos quirúrgico según norma vigente.
4. Paciente en posición decúbito dorsal
5. Lavado del campo operatorio, desde el surco sub mamario hasta los muslos, finalizando en los genitales, incluyendo vagina.
6. Colocación de sonda Foley conectada a bolsa colectora
7. Colocación de la placa de retorno al paciente, realizado por la enfermera circulante.
8. Los cirujanos colocan los campos estériles sobre la paciente.
9. Colocación de la tubuladura para aspiración y del lápiz de electrocirugía.
10. Llenado de la Lista de Seguridad de la cirugía según norma vigente

c. Durante el desarrollo del procedimiento

1. El procedimiento usualmente se inicia realizando una incisión de laparotomía mediana o una incisión transversa suprapúbica. Se abre la pared abdominal hasta cavidad por planos.
2. De ser posible se protegerá la pared con campos estériles.
3. Colocación de la paciente en posición de Trendelenburg.
4. Explorar la cavidad abdominal y pélvica.
5. Colocación de separador autoestático, según criterio médico.
6. Rechazo de las asas intestinales del campo operatorio con apósitos húmedos (compresas grandes) con sus respectivos aros de seguridad.
7. Si hay adherencias se liberan, reestableciendo las relaciones anatómicas normales para facilitar la intervención quirúrgica.
8. Se coloca el elemento de tracción en el fondo del útero o pinzas de prehensión a nivel de la pared proximal de ambos anexos (incluyendo trompas de Falopio y ligamentos útero ováricos).
9. Se fracciona y moviliza el útero de los clamps de agarre en dirección anterior y cefálica.
10. Se claman, cortan y ligan los ligamentos redondos. El ligamento ancho es abierto lateralmente para identificar el uréter y tener acceso a la arteria uterina y ligamentos cardinales. Debe tenerse cuidado de no dañar los vasos ováricos.
11. La hoja anterior es incidida y la vejiga se separa de la vagina. Se disecan y crean las fosas pararectal y paravesical.
12. La hoja posterior es incidida en el área menos vascularizada cercana a ligamento útero ovárico y a la porción más proximal de la trompa, para proceder a separar estas estructuras del útero, clampando, cortando y ligando las mismas.
13. El ligamento uterosacro es clampado, cortado y ligado a nivel de su inserción al útero.
14. Se pinzan y cortan los brazos ascendentes de los vasos uterinos a nivel del istmo, e inmediatamente son ligados.

15. Con clamps o fórceps fuertes (Heaney) se claman los ligamentos cardinales a nivel de su contacto con el cérvix, para luego cortarlos y ligarlos las veces que sean necesarias desde la región cefálica a la caudal, hasta identificar adecuadamente la parte distal del cérvix (generalmente por palpación).
16. Finalmente, la pieza operatoria es separada con un adecuado corte de la vagina, sea en forma directa con bisturí o con el electrodo monopolar, o ya sea después de colocar los clamps fuertes (como los fórceps de Moningham o Heaney) a nivel de la vagina por debajo del cérvix.
17. El cierre de la vagina se puede realizar con puntos separados, con sutura continua (surget), o con sutura en orla, a criterio del cirujano, fijándola a los ligamentos cardinales.
18. Todo el material de sutura es preferentemente reabsorbible.
19. Revisión de hemostasia. Lavado de cavidad a criterio médico.
20. Si los bordes de la vagina son suturados en orla, se recomienda el cierre del peritoneo pélvico. A criterio del cirujano, puede colocarse un dren laminar (tipo Penrose) en el lecho cruento, el cual sale por vagina.
21. Si se usó en la cirugía material de sutura no absorbible (lino), puede recomendarse el cierre del peritoneo pélvico.
22. Se retira el separador autoestático y las compresas.
23. Verificar conteo de gasas por personal de enfermería.
24. Paciente vuelve a la posición decúbito dorsal.
25. Se procede al cambio de guantes y cambio de los campos de segundo orden.
26. Prescindir de material utilizado para cavidad al momento del cierre de pared.
27. Cierre de la pared abdominal por planos.

d. Después del procedimiento

1. Cubrir herida operatoria con gasas estériles.
2. Retiro de campos operatorios.
3. Paciente pasa a recuperación si funciones vitales se encuentran estables.
4. Considerar la posibilidad de transfusión sanguínea si durante acto operatorio hubo sangrado excesivo que conlleva a cambios hemodinámicos.
5. Solicitar el examen de Anatomía patología, para estudio del útero como pieza operatoria.
6. Solicitar hemograma de control.
7. Cumplidas las 2 horas sin complicaciones trasladar a piso, previa alta por el médico anestesiólogo ..

Indicaciones en el post operatorio inmediato:

1. Se indica: Nada por vía oral
2. Metamizol y/o Tramadol vía Ev. para el manejo del dolor.
3. Control de funciones vitales
4. Control de sangrado vaginal
5. Retiro de la sonda Foley según criterio del médico cirujano preferentemente antes de las 24 horas

Indicaciones en el post operatorio mediato

- Ingesta oral hídrica a partir de las 6 a 8 horas según las condiciones de la paciente. Luego dieta blanda hiperproteíca.
- Control de funciones vitales, saturación, sangrado vaginal y apósitos cada 6 horas.
- Iniciar movilización asistida precozmente de acuerdo al estado de la paciente y según la recuperación de su sensibilidad y motricidad.
- Retirar el apósito de la herida operatoria a las 24 horas.
- Seguir indicaciones médicas y vigilar signos de alarma, en caso de presentarse comunicar al equipo médico de guardia.
- Evaluar hemograma de control, prescribir hematínicos de acuerdo al resultado.
- Comunicar a anestesiología: En caso de cefalea, dolor lumbar intenso, déficit neurológico, depresión respiratoria o convulsiones.
- Alta médica a las 72 horas o más según la evolución de la paciente.
- Retirar puntos a los 7 días posteriores a la operación en consulta ambulatoria.

6.2 INDICACIONES

Las indicaciones para la histerectomía son las siguientes:

Condiciones agudas (Emergencia)

- Complicaciones obstétricas
- Infección severa que compromete órganos pélvicos
- Complicación intra operatoria

Condiciones benignas

- Miomatosis uterina sintomática
- Adenomiosis sintomática
- Dolor pélvico crónico que no cede con tratamiento medico
- Hemorragia uterina anormal que no cede con tratamiento medico

Enfermedad Premaligna o Cáncer (conocida)

6.3 CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones para la histerectomía son las siguientes:

- Paciente con mal estado general, cuya indicación no es la causa que pone en riesgo la vida de la paciente.
- Deseo de gestación, existiendo otras alternativas de manejo

6.4 EFECTOS ADVERSOS

La histerectomía como indicación terapéutica quirúrgica no tiene efectos adversos conocidos.

6.5 COMPLICACIONES

Las complicaciones durante y posterior a la histerectomía son las siguientes:

- Sangrado intra operatorio excesivo (que requiere transfusión o re intervención quirúrgica).
- Hematoma de cúpula vaginal
- Infecciones:
 - Infección de sitio operatorio

- Neumonía
- Complicaciones genitourinarias:
 - Lesión del uréter
 - Lesión de vejiga
 - Infección del tracto urinario
 - Prolapso de órganos pélvicos
 - Incontinencia urinaria
- Complicaciones intestinales:
 - Lesión de intestino grueso o delgado
 - Obstrucción intestinal
 - Íleo
- Tromboembolismo venoso
- Dehiscencia de cúpula vaginal
- Fistulas.

VII RECOMENDACIONES

Se recomienda para la realización de histerectomía lo siguiente:

- a. Evaluar adecuadamente a la paciente si es tributaria a manejo quirúrgico o si ya se agotaron otras alternativas de tratamiento médico.
- b. Preparar adecuadamente a la paciente mediante estudios ecográficos, de laboratorio y riesgo quirúrgico.
- c. Tratar de disminuir el tiempo operatorio y sangrado durante el procedimiento.
- d. Se recomienda anestesia general con lo cual disminuye el tiempo operatorio.
- e. Manejo adecuado y correcta vigilancia de funciones vitales durante el procedimiento y en recuperación.
- f. Reevaluar con resultado de anatomía patológica para confirmar diagnósticos.

VIII AUTORES

ELABORADO POR:

- M.C. Luis Miguel Mucha Román
Médico asistencial del Servicio de Gineco - obstetricia del Departamento de Gineco - Obstetricia

REVISADO POR:

- M.C. Sonia Vargas Flores
Jefe del Departamento de Gineco - Obstetricia
- M.C. Mirko Reyes Barrios
Jefe del Servicio de Ginecología - Departamento de Gineco – Obstetricia
- M.C. Imelda Leyton Valencia
Jefe del Servicio de Medicina Materno Fetal

VALIDACIÓN

Médicos asistentes del Departamento de Gineco obstetricia

FECHA DE ELABORACIÓN

Agosto - diciembre del 2024

VIGENCIA DEL PROCEDIMIENTO

Según normativa vigente

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Instrumental para Histerectomía

PINZA DE DISECCION SIN DIENTE
PINZA DE DISECCION CON DIENTE MEDIANA
PINZA DE DISECCION CON DIENTE GRANDE
PINZA ALLIS
PINZAS PEAN RECTAS SIN DIENTE
PINZA MOSQUITO CURVA
PINZA MOSQUITO RECTA
PORTA AGUJAS PEQUEÑO
PORTA AGUJAS GRANDE
TIJERA METZEBEUN CURVA PEQUEÑA
TIJERA METZEBEUN CURVA MEDIANA
TIJERA METZEBEUN RECTA GRANDE
TIJERA DE MAYO CURVA PEQUEÑA
TIJERA DE MAYO CURVA GRANDE
TIJERA DE MAYO RECTA PEQUEÑA
TIJERA DE MAYO RECTA GRANDE
PINZAS BACKHAUS
PINZA KELLY CURVA
PINZA KOCHER CURVA MEDIANA
PINZA KOCHER CURVA GRANDE
PINZA DE BOSSEMAN CURVA
PINZA HEANEY
PINZAS BABCOCK
PINZA FORESTER
PINZA MIXTER
MANGO DE BISTURI
SEPARADOR DE FARABEAU MEDIANO
SEPARADORES DE RICHARDSON
VALVA MALEABLE MEDIANA
VALVA MALEABLE PEQUEÑA

Anexo 2 : Consentimiento Informado para Histerectomía



PERÚ
Ministerio
de Salud



**HOSPITAL
SANTA ROSA**
PUEBLO LIBRE

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL O VAGINAL

A. DATOS DE IDENTIFICACION:

Paciente (Nombre y Apellidos) de años de edad, identificado con DNI / CE N° con Historia Clínica N° N° celular:
Sr. (a) (Nombre y apellidos de representante legal) de años de edad, identificado con DNI / CE N° N° celular:

DECLARO

Que el Dr. (a): identificado con CMP Gineco-Obstetra RNE (Nombre y Apellidos del Facultativo que proporciona la información) me ha informado de forma confidencial, respetuosa y comprensible acerca de la necesidad de realizar el procedimiento denominado: **HISTERECTOMÍA ABDOMINAL O VAGINAL** por presentar actualmente el Diagnóstico de:

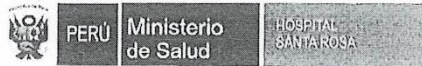
B. INTERVENCION QUIRURGICA:

- 1) La Histerectomía está indicada principalmente como tratamiento en patologías uterinas refractarias al tratamiento médico sintomáticas, como miomas, sangrado uterino anormal persistente, prolapsos o descensos genitales (vía vaginal) y en algunos estadios de cáncer en el tracto genital o con riesgo de ello.
- 2) La Histerectomía consiste en la extirpación del útero, que puede ser realizada por vía abdominal con o sin cuello uterino (total o subtotal) y puede llevar asociada la extirpación de los anexos (ovarios y trompas) uni o bilaterales según la edad, patologías asociadas y criterio médico en el momento de la intervención, igualmente que puede ser realizada por vía vaginal y que en determinadas condiciones puede ser realizada por video laparoscopia.
- 3) La histerectomía requiere anestesia, que será valorada y realizada por el médico anestesista.
- 4) Se inicia con una incisión en piel previa asepsia, se apertura los diferentes planos de la pared abdominal hasta llegar a útero, se claman, suturan los ligamentos y vasos correspondientes y se extrae la pieza, finalmente se cierra el abdomen por planos hasta la piel.

C. POSIBLES RIESGOS, EFECTOS ADVERSOS O COMPLICACIONES

- 1) Como en toda intervención, existe un riesgo de complicaciones médicas, quirúrgicas o anestésicas, imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente.
- 2) También se me ha comunicado que las complicaciones propias de esta intervención son: Hemorragia intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión).
- 3) Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales).
- 4) Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.
- 5) Hematomas (acumulación de sangre coagulada): sobre la herida, en la pelvis o sobre la cúpula vaginal (lugar de cierre que comunica la pelvis con vagina)
- 6) Fístulas vesico-vaginales e intestinales (comunicaciones anormales entre vejiga y vagina o intestino y vagina).
- 7) Descenso o prolapso de la cúpula vaginal
- 8) Eventraciones y/o evisceraciones post quirúrgicas.
- 9) Posterior a la histerectomía, hay ausencia de menstruaciones y no es posible que consiga un embarazo.
- 10) Además, si me llegaran a extirpar los ovarios, podrían aparecer signos y síntomas de menopausia.

RD 086-2021DG -HSR-MINSA DEL 7 DE ABRIL DEL 2021.



Declaro que me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de forma alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del mismo.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **HISTERECTOMÍA ABDOMINAL O VAGINAL**.

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

En Pueblo Libre, de del Hora:

Sello y Firma del Médico

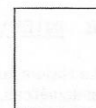
Nombre y Apellidos:

CMP:

Firma del paciente o representante

Nombre y Apellidos:

N° de DNI / CE:



(Huella dactilar)

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente (Nombres y Apellidos)

De años de edad, identificado con DNI / CE N°, con Historia Clínica

N° N° celular:

Sr. (a) (Nombres y Apellidos) en calidad

de representante legal, familiar o allegado de la Paciente) de años de edad, identificado con DNI / CE

N° N° celular:

Revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir con el procedimiento de **HISTERECTOMÍA ABDOMINAL O VAGINAL**.

Declaro además que se me ha hecho conocer acerca de los riesgos e implicancias médico-legales que genera esta decisión en contra de la decisión tomada previamente, eximiendo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y a la Institución.

En Pueblo Libre, de del Hora:

Sello y Firma del Médico

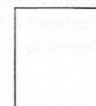
Nombre y Apellidos:

CMP:

Firma del paciente o representante

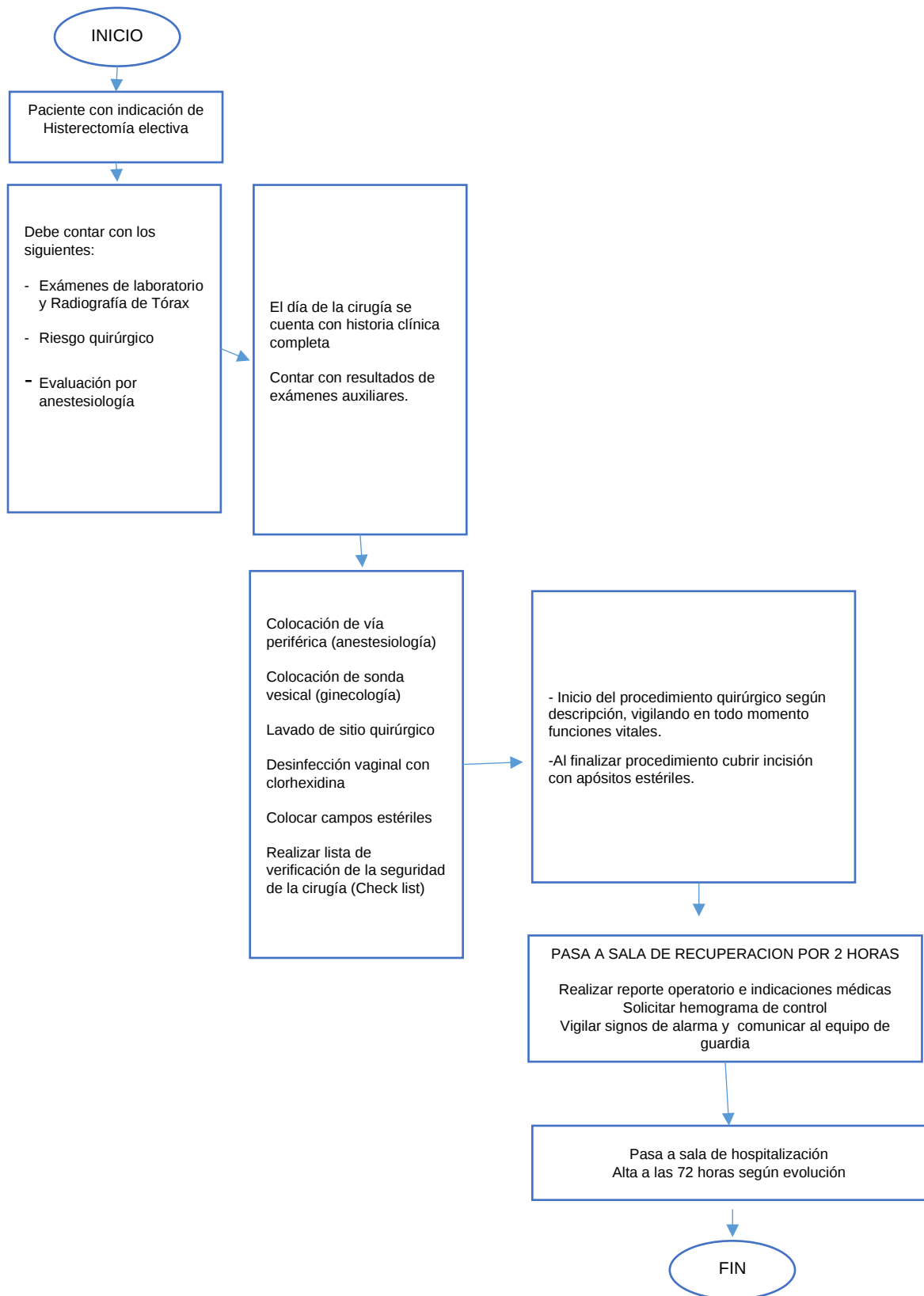
Nombre y Apellidos:

N° de DNI / CE:



(Huella dactilar)

Anexo 2 Flujoograma de atención



IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Zavaleta Zárate, Lisette Vanessa, Prevalencia de complicaciones de histerectomía abdominal en un hospital público durante el periodo julio 2020 a julio 2021
2. Jhon A. Rock, MD. Howard W. Jones III, Te Linde – Ginecología Quirúrgica, Editorial Panamericana. Edición MD 11va. 2017.
3. Barbara L. Hoffman, Williams Gynecology, Editorial Mc Graw Hill. 3ra Edición 2017.
4. Kovac SR. Values of Hysterectomy Guidelines to Determine the Feasibility of Vaginal Hysterectomy. Gynecol Obstet (sunnyvale) 2017; 7: 427.
5. Jonatan S. Berek, Ginecología de Novak, Editorial Mc Graw Hill. 16va. Edición 2013.
6. Falcone T, Walters MD. Hysterectomy for benign disease. Obstet Gynecol 2008; 111:753.
7. Thakar R, Sultan AH. Hysterectomy and pelvic organ dysfunction. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2005 ; 19 :403.

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio



www.hsr.gob.pe



HospitalSantaRosaPuebloLibre



hsrsantarosa



Hospital Santa Rosa