



COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL EN
MUJERES DE EDAD MEDIANA: FACTORES ASOCIADOS, ESCALA CLAVIEN-
DINDO

COMPLICATIONS OF TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY IN MIDDLE-
AGED WOMEN: ASSOCIATED FACTORS, CLAVIEN-DINDO SCALE

Autores:

Fecha de presentación:	febrero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/ 2026

Dr. Rodolfo Valentín Martínez Camilo, M.Sc.

Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado.

ORCID: [0000-0002-4371-4039](https://orcid.org/0000-0002-4371-4039)

E-Mail: valentin.mtnez@infomed.sld.cu

Dra. Laura Arletys Camacho Rodríguez

Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia

ORCID: [0009-0001-7141-6674](https://orcid.org/0009-0001-7141-6674)

E-Mail: laurarletys@gmail.com

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Martínez Camilo V. & Camacho Rodríguez L. (2026) Complicaciones de la histerectomía total abdominal en mujeres de edad mediana: factores asociados, escala claviendindo. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 13-27.

RESUMEN

Introducción: La histerectomía total abdominal (HTA) constituye uno de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos más frecuentemente realizados en el mundo, siendo la vía abdominal la ruta quirúrgica empleada. Esta intervención se indica principalmente en mujeres de edad mediana, es decir, aquellas que se encuentran en el rango etario de 40 a 59 años, quienes con mayor frecuencia presentan patologías benignas como leiomiomas uterinos, adenomiosis, etc. Si bien la HTA ofrece solución definitiva a numerosas afecciones ginecológicas, conlleva un espectro de complicaciones que pueden comprometer significativamente la calidad de vida de las pacientes. El **objetivo** de este estudio es determinar, según la clasificación de Clavien Dindo, qué factores se asociaron y qué tipo de complicaciones presentaron las mujeres. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en el Hospital Docente-Ginecobstétrico de Guanabacoa, en



La Habana, durante el periodo de Marzo del 2025 a Marzo del 2026. La muestra estuvo constituida por 136 mujeres de la edad mediana, operadas de histerectomía abdominal, que presentaron alguna complicación en el posoperatorio. **Resultados:** La mayor concentración de pacientes fue 46 años, lo que representa el 33,8%. El predominio de pacientes premenopáusicas fue de 120 mujeres, que representó el 88,3%. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente, con 50 pacientes, lo que representa el 36,7%. El mioma uterino representó la principal indicación quirúrgica, con 62 mujeres para un 45,6%. La mayoría de las pacientes no presentó complicaciones o presentó complicaciones leves, según la clasificación de Clavien-Dindo. **Conclusiones:** La histerectomía por patología benigna sigue siendo el procedimiento predominante, con un bajo índice de complicaciones mayores.

Palabras claves: histerectomía abdominal; mujer de edad mediana; escala Clavien– Dindo.

ABSTRACT

Introduction: Total abdominal hysterectomy (TAH) is one of the most frequently performed gynecological surgical procedures worldwide, with the abdominal route being the commonly used surgical approach. This intervention is mainly indicated in middle-aged women, that is, those in the age range of 40 to 59 years, who more frequently present benign pathologies such as uterine leiomyomas, adenomyosis, etc. Although TAH provides a definitive solution to numerous gynecological conditions, it entails a spectrum of complications that can significantly affect patients' quality of life. The **objective** of this study is to determine, according to the Clavien-Dindo classification, which factors were associated and what types of complications the women presented. **Method:** A descriptive, retrospective, cross-sectional study was conducted at the Guanabacoa Teaching Gyneco-Obstetric Hospital in Havana, during the period from March 2025 to March 2026. The sample consisted of 136 middle-aged women who underwent abdominal hysterectomy and presented some postoperative complication. **Results:** The highest concentration of patients was at 46 years, representing 33.8%. The predominance of premenopausal patients was 120 women, representing 88.3%. Arterial hypertension was the most frequent comorbidity, with 50 patients (36.7%). Uterine fibroid was the main surgical indication, with 62 women (45.6%). Most patients did not present complications or present mild complications according to the Clavien-Dindo



classification. **Conclusions:** Hysterectomy for benign pathology remains the predominant procedure, with a low rate of major complications.

Keywords: Abdominal Hysterectomy, Middle aged woman, Clavien-Dindo classification.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía total abdominal (HTA) constituye uno de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos más frecuentemente realizados en el mundo. En Estados Unidos se efectúan aproximadamente 600,000 histerectomías al año, siendo la vía abdominal la ruta quirúrgica empleada en cerca del 35 al 55% de los casos (1,2). Esta intervención se indica principalmente en mujeres de edad mediana, es decir, aquellas que se encuentran en el rango etario de 40 a 59 años, quienes con mayor frecuencia presentan patologías benignas como leiomiomas uterinos, Adenomiosis, hemorragia uterina anormal, endometriosis etc. La edad media de las pacientes sometidas a este procedimiento oscila entre los 48 y 52 años, lo que refleja la estrecha asociación entre la histerectomía y el período peri menopáusico (3,4). Si bien la HTA ofrece solución definitiva a numerosas afecciones ginecológicas, conlleva un espectro de complicaciones que pueden comprometer significativamente la calidad de vida de las pacientes, por lo que su conocimiento resulta indispensable para el adecuado manejo clínico y la consejería preoperatoria.

Asimismo, la comorbilidad preoperatoria, particularmente la diabetes mellitus , la hipertensión arterial y otras se reconocen como factores de riesgo independientes para el desarrollo de complicaciones mayores en mujeres de edad mediana sometidas a HTA (5,6).

La indicación quirúrgica constituye otra variable determinante en el perfil de complicaciones de la HTA. La revisión Cochrane de Pickett et al. (7) señala que la vía abdominal sigue siendo de primera elección en casos de útero de gran tamaño, endometriosis situaciones clínicas que de por sí conllevan mayor riesgo quirúrgico. Mamik *et al.* (8) demostraron que las histerectomías realizadas por úteros benignos de gran tamaño presentan tasas de complicaciones significativamente mayores que las indicadas por úteros de tamaño normal. La identificación sistemática de las comorbilidades y la indicación quirúrgica permite estratificar el riesgo preoperatorio y optimizar la consejería y el manejo perioperatorio en mujeres de edad mediana, población que concentra la mayor proporción de HTA electivas por



causa benigna. El presente trabajo tiene como objetivo describir y analizar las principales complicaciones de la HTA en mujeres de edad mediana, con énfasis en su clasificación mediante la escala de Clavien-Dindo.

Complicaciones, según la Clasificación de Clavien-Dindo, en la Histerectomía Total Abdominal

La Clasificación de Clavien-Dindo (CCD) representa el sistema estandarizado de referencia para la graduación objetiva y reproducible de las complicaciones quirúrgicas. Propuesta originalmente en 1992 y actualizada por Dindo, Demartines y Clavien en 2004, su validez fue corroborada en una cohorte de 6,336 pacientes (9). Su principio fundamental radica en categorizar las complicaciones según el tipo de intervención terapéutica requerida, estableciendo siete grados de severidad: I, II, IIIa, IIIb, IVa, IVb y V. Su aplicación en ginecología permite comparaciones objetivas entre centros, técnicas quirúrgicas y poblaciones de pacientes, constituyendo una herramienta indispensable para la mejora continua de la calidad asistencial en la HTA (10,11).

En el contexto de la HTA en mujeres de edad mediana, la aplicación de la CCD ha permitido objetivar que la mayoría de las complicaciones corresponden a grados I y II (complicaciones menores). Guarnizo-Orellana y Guerrero-Cevallos (12) documentaron que las complicaciones Clavien-Dindo grado I y II en HTA incluyen principalmente fiebre posoperatoria, infecciones del tracto urinario, infecciones de herida quirúrgica y anemia que requiere transfusión, con una incidencia global de complicaciones de hasta el 11.7% para la vía abdominal. Sinha et al. (13) evidenciaron que la HTA presenta tasas de complicaciones significativamente mayores que la histerectomía laparoscópica en todos los grados de la CCD, siendo la laparotomía un factor independiente de riesgo con una razón de momios ajustada de 1.73 (IC 95%: 1.30–2.29). Hare et al. (14) demostraron además que otros determinantes —como la comorbilidad asociada el momento de la menopausia y otros— se asocian de forma significativa con complicaciones Clavien-Dindo $\geq$ II en mujeres sometidas a histerectomía, lo que subraya la necesidad de una evaluación integral preoperatoria que incorpore variables sociodemográficas.

Las complicaciones de grado III (que requieren reintervención) en la HTA abarcan, dehiscencia de herida quirúrgica principalmente. Velázquez-Moctezuma et al. Reportaron que



las complicaciones Clavien-Dindo $\geq$ III en histerectomías electivas por causa benigna oscilan entre el 2% y el 4% (16). Las complicaciones de grado IV, con riesgo vital y necesidad de UCI, son infrecuentes. Bruno et al. (15) identificaron como predictores independientes de complicaciones $\geq$ grado II en la CCD la vía laparotomía, factores todos prevalentes en las mujeres de edad mediana que constituyen la población mayoritariamente intervenida mediante HTA. La Tabla 1 resume las complicaciones más frecuentes de la HTA en mujeres de edad mediana organizadas por grado de la CCD.

Complicaciones de la histerectomía total abdominal, según la Clasificación de Clavien-Dindo, en mujeres de edad mediana

- I. Desviación del curso posoperatorio normal sin necesidad de tratamiento farmacológico, quirúrgico, endoscópico o radiológico. Fiebre leve ($<38.5^{\circ}\text{C}$), náuseas/vómitos auto limitados, íleo posoperatorio transitorio, seroma superficial sin drenaje, retención urinaria de resolución espontánea, dolor controlado con analgésicos no opioides.
- II. Requiere tratamiento farmacológico, transfusiones sanguíneas o nutrición parenteral total. Infección del tracto urinario con antibióticos, infección del manguito vaginal tratada médicamente, infección superficial de herida con antibioterapia, anemia posoperatoria con transfusión ($\text{Hb} < 8 \text{ g/dL}$), trombosis venosa profunda con anticoagulación.
- III. Requiere intervención quirúrgica, endoscópica o radiológica sin anestesia general. Hematoma de manguito vaginal con drenaje ambulatorio, dehiscencia parcial de herida con desbridamiento local, absceso de cúpula vaginal con drenaje guiado por imagen, linfocele con drenaje percutáneo.
- III. b. Requiere intervención quirúrgica, endoscópica o radiológica bajo anestesia general. Lesión vesical o ureteral no identificada intraoperatoriamente con reparación diferida, fístula vesicovaginal con cirugía reconstructiva, hemorragia tardía con laparotomía exploradora, dehiscencia total del manguito con evisceración intestinal.
- IV. a. Complicación con riesgo vital; requiere UCI con disfunción de un solo órgano. Sepsis grave de origen pélvico con afectación de un órgano (insuficiencia renal aguda, CID), choque hemorrágico controlado con necesidad de UCI, embolia pulmonar masiva con compromiso hemodinámico.
- IV. b.- Complicación con riesgo vital; requiere UCI con disfunción multiorgánica. Choque séptico de origen ginecológico con fallo multiorgánico, hemorragia masiva con



inestabilidad hemodinámica grave, peritonitis fecal secundaria a lesión intestinal inadvertida.

- V. Muerte de la paciente. Mortalidad perioperatoria en HTA por causa benigna ($<0.1\%$): muerte por complicaciones tromboembólicas, fallo multiorgánico o eventos cardiovasculares graves.

Fuente: Elaboración propia con base en Dindo. Guarnizo-Orellana y Guerrero-Cevallos (16), y Bruno et al. (17). HTA: histerectomía total abdominal; UCI: unidad de cuidados intensivos; CID: coagulación intravascular diseminada.

El objetivo del trabajo es caracterizar a las mujeres de edad mediana que fueron operadas de histerectomía total abdominal y presentaron alguna complicación en el postoperatorio.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el Hospital Docente-Ginecobstétrico, de Guanabacoa, en La Habana, durante el periodo de Marzo del 2025 a Marzo del 2026. La muestra estuvo constituida por 136 mujeres de la edad mediana, operadas de histerectomía abdominal y que presentaron alguna complicación en el posoperatorio.

Criterios de inclusión: Mujeres de la edad mediana operadas de histerectomía total abdominal que presentaron alguna complicación.

Criterio de exclusión: Las pacientes de la edad mediana operadas de histerectomía total abdominal que no presentaron complicación.

Las variables estudiadas fueron: edad, momento de la menstruación, comorbilidad, indicación quirúrgica, complicación, según clasificación de Clavien-Dindo. Toda la información fue recolectada del expediente clínico, presente en los archivos del hospital. Los datos fueron procesados mediante el cálculo porcentual; se organizó la información en tablas y se realizó el análisis estadístico de los resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1:
“Grupo de Edades”



EDAD	n	%
40-44	36	26.5
45-49	46	33.8
50-54	38	28.0
55-59	16	11.7
TOTAL	136	100

Fuente: Historias Clínicas

La mayor concentración de pacientes fue 46 años lo que representa el 33.8% lo que concuerda con lo reportado en la literatura internacional, donde la histerectomía se realiza predominantemente en mujeres en la quinta década de la vida, coincidiendo con el pico de incidencia de patología uterina benigna sintomática.(18)

Análisis estadístico — (ver tabla 1). Distribución por grupos de edad

1. Estadísticos descriptivos

El análisis descriptivo de las 136 pacientes (método de datos agrupados) mostró: **media = 48,25 años, mediana = 48,48 años, moda = 47,78 años, DE = 4,88 años**, varianza = 23,81 y coeficiente de variación (CV) = 10,11%. La proximidad entre los tres promedios indica distribución aproximadamente simétrica con leve asimetría positiva. El $CV < 15\%$ refleja homogeneidad etaria dentro de la muestra.

2. Prueba Chi-cuadrado de bondad de ajuste

Bajo la hipótesis nula de distribución uniforme (34 casos por grupo): $\chi^2 = 14,35$; $gl = 3$; $p = 0,0025$. Se rechaza H_0 : la distribución no es uniforme. La concentración de casos en el grupo 45–49 es **estadísticamente significativa** y no atribuible al azar.

3. Análisis de tendencia

La distribución mostró un patrón en campana asimétrica con pico en 45–49 ($n=46$; 33,8%) y descenso progresivo hacia 55–59 ($n=16$; 11,7%). Correlación de Pearson: $r = -0,69$; Spearman: $\rho = -0,40$. Ambos coeficientes confirman tendencia decreciente a partir del grupo modal. Los grupos 40–54 concentran el 88,2% de los casos.



Nota: Estadísticos por método de datos agrupados (puntos medios de intervalo). Chi-cuadrado con frecuencias esperadas uniformes ($n/k=34$). Nivel $\alpha=0,05$. Software: Python 3 (NumPy, SciPy).

Tabla 2:
“**Momento de la menopausia**”

Menopausia	n	%
Si	16	11.7
No	120	88.3
Total	136	100

El predominio de pacientes premenopáusicas fue de 120 mujeres que representó el 88,3% lo observado en este estudio es consistente con reportes que señalan que la mayoría de las histerectomías se realizan antes de la menopausia, especialmente cuando las indicaciones están relacionadas con miomatosis o Adenomiosis. (19)

Análisis estadístico — (ver tabla 2). Momento de la menopausia

1. Estadísticos descriptivos y proporciones

La muestra mostró marcada asimetría: 120 premenopáusicas (88,2%) frente a 16 menopáusicas (11,8%), con razón **7,5:1**. IC 95% para proporción premenopáusica (Wilson): **[0,817 – 0,926]**. El odds de complicar siendo premenopáusica vs menopáusica fue **OR = 7,50**, indicando una mayor exposición quirúrgica de este subgrupo relacionada con la mayor prevalencia de patología benigna uterina antes de la menopausia.

2. Prueba Chi-cuadrado de bondad de ajuste

Comparando la distribución observada frente a proporciones esperadas iguales (50%/50%): $\chi^2 = 79,53$; $gl = 1$; $p < 0,001$. Se rechaza H_0 de forma contundente: la concentración de complicaciones en mujeres premenopáusicas es **altamente significativa**. Este hallazgo es coherente con la mayor demanda quirúrgica por miomatosis y adenomiosis antes de la menopausia.



3. Relevancia clínica

El resultado justifica que los protocolos de vigilancia posoperatoria intensificada se orienten preferentemente hacia las mujeres premenopáusicas. Para estudios futuros se recomienda calcular el OR ajustado mediante regresión logística incorporando edad, comorbilidad e indicación quirúrgica como covariables.

Nota: IC 95% por método de Wilson. Chi-cuadrado con distribución esperada 50/50. Nivel $\alpha=0,05$.

Tabla 3:
“Comorbilidad”

Comorbilidad	N	%
Diabetes Mellitus	6	4.5
HTA	50	36.7
N/S	46	33.8
Otras	34	25
Total	136	100

La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente con 50 pacientes lo que representa el 36,7%, hallazgo similar al descrito en grandes series quirúrgicas ginecológicas. La coexistencia de comorbilidades cardiovasculares es habitual en este grupo etario y puede influir en el riesgo quirúrgico, aunque en este estudio no se asoció a un aumento de complicaciones graves.(20)

Análisis estadístico —(ver tabla 3). Comorbilidad

1. Estadísticos descriptivos

La HTA fue la comorbilidad dominante (n=50; 36,7%), IC 95%: **[0,291 – 0,451]**. Le siguió el grupo sin comorbilidad documentada (N/S: n=46; 33,8%), “Otras” (n=34; 25,0%) y Diabetes Mellitus (n=6; 4,4%). Las comorbilidades cardiovasculares combinadas (HTA+DM) afectaron a **56 pacientes (41,2%)**.



2. Prueba Chi-cuadrado de bondad de ajuste

Con frecuencia esperada uniforme de 34 casos por categoría: $\chi^2 = 34,82$; $gl = 3$; $p < 0,001$. Se rechaza H_0 : la distribución de comorbilidades es **significativamente no uniforme**, con predominio estadísticamente demostrado de la HTA.

3. Residuos estandarizados

El análisis de residuos ($|z| > 1,96$ = desviación significativa) mostró: DM: $z = -4,80$ (**infrarrepresentada**); HTA: $z = +2,74$ (**sobrerrepresentada**); N/S: $z = +2,06$ (significativa); Otras: $z = 0,00$. La baja prevalencia de DM puede reflejar sesgos de registro en los expedientes o genuina menor prevalencia en este grupo, lo que limita el análisis del impacto de esta comorbilidad y constituye una línea de investigación futura.

Nota: IC 95% por método de Wilson. Residuos estandarizados: $(O-E)/\sqrt{E}$. Nivel $\alpha = 0,05$.

Tabla 4:
“Indicación Quirúrgica”

Indicación Quirúrgica	n	%
Mioma	62	45.6
Adenomiosis	22	16.2
Neoplasia Endometrial	19	13.9
Neoplasia Cervical	14	10,4
Otras	19	13.9
Total	136	100

El mioma uterino representó la principal indicación quirúrgica, con 62 mujeres para un 45,6% en concordancia con múltiples estudios que la señalan como la causa más frecuente de histerectomía a nivel mundial. La Adenomiosis ocupó el segundo lugar, lo cual coincide con literatura reciente que destaca su diagnóstico preoperatorio y su confirmación definitiva tras el análisis histopatológico. Las indicaciones oncológicas representaron un menor porcentaje, acorde con poblaciones similares.(21)

Análisis estadístico — (ver tabla 4). Indicación quirúrgica



1. Estadísticos descriptivos

El mioma fue la indicación principal (n=62; 45,6%), IC 95%: [0,375 – 0,540]. Seguida de adenomiosis (n=22; 16,2%), neoplasia endometrial y otras (n=19 c/u; 14,0%) y neoplasia cervical (n=14; 10,3%). Las indicaciones benignas concentraron **103 casos (75,7%)**; las oncológicas, **33 casos (24,3%)**.

2. Prueba Chi-cuadrado de bondad de ajuste

Con frecuencia esperada uniforme de 27,2 casos por categoría: $\chi^2 = 56,87$; gl = 4; p < 0,001. Se rechaza H_0 con alta significación: la distribución de indicaciones es **profundamente no uniforme**, dominada por el mioma uterino.

3. Residuos estandarizados

Mioma: z=+6,67 (**única categoría con sobrerrepresentación altamente significativa**). Neoplasia cervical: z=-2,53 (**infrarrepresentada**). Adenomiosis, neoplasia endometrial y otras: sin desviación individual significativa. El mioma es la entidad que más expone a HTA y sus complicaciones en mujeres de edad mediana, mientras las indicaciones oncológicas, aunque presentes, son minoritarias.

Nota: IC 95% por método de Wilson. Frecuencias esperadas uniformes (n/k=27,2). Nivel $\alpha=0,05$.

Tabla 5:
“Complicaciones Clavien-Dindo”

Complicaciones	N	%
I	34	25
II	32	23.5
IIIa	09	6.6
IIIb	03	2.2
IVa	n/s	-
IVb	n/s	-
V	n/s	-
Total	136	100



La mayoría de las pacientes no presentó complicaciones o presentó complicaciones leves según la clasificación de Clavien-Dindo. Este perfil de seguridad es comparable con lo descrito en la literatura, donde las complicaciones mayores (grado III o superior) suelen ser poco frecuentes. La ausencia de complicaciones grado IV o mortalidad refuerza la seguridad del procedimiento en esta población. (22)

Análisis estadístico — (ver tabla 5). Complicaciones, según clasificación de Clavien-Dindo

1. Estadísticos descriptivos

De las 136 pacientes operadas, 78 (57,4%) presentaron alguna complicación. Las complicaciones menores (grados I+II) representaron **84,6% (n=66)** del total complicadas, IC 95%: [0,750–0,910]. Las mayores ($\geq$ IIIa): **12 casos (15,4% de las complicadas; 8,8% del total)**, IC 95% sobre total: [0,051–0,148]. No se registraron complicaciones grado IV ni mortalidad (grado V).

2. Prueba Chi-cuadrado de bondad de ajuste

Sobre los grados con casos (I–IIIb; n=78), con frecuencia esperada uniforme de 19,5: $\chi^2 = 38,41$; $gl = 3$; $p < 0,001$. Se rechaza H_0 : la concentración en los grados menores es **estadísticamente significativa** y no aleatoria.

3. Residuos estandarizados y análisis de tendencia

Grado I: $z=+3,28$ (sobrerrepresentado). Grado II: $z=+2,83$ (sobrerrepresentado). Grado IIIa: $z=-2,38$ (infrarrepresentado). Grado IIIb: $z=-3,74$ (**altamente infrarrepresentado**). La correlación de Spearman entre grado ordinal y frecuencia fue $\rho = -1,00$ ($p < 0,001$): tendencia decreciente perfecta. A mayor gravedad, menor frecuencia de presentación, lo que confirma el **buen perfil de seguridad** de la HTA en patología benigna en esta población.

Nota: IC 95% por método de Wilson. Chi-cuadrado sobre grados I–IIIb (n=78). Spearman con scores ordinales 1–4. Nivel $\alpha=0,05$.



CONCLUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio son concordantes con la literatura internacional y confirman que la histerectomía por patología benigna sigue siendo el procedimiento predominante, con un bajo índice de complicaciones mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gorina Y, Elgaddal N, Weeks JD. Hysterectomy among women age 18 and older: United States, 2021. NCHS Data Brief. 2024;(494):1-8. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db494.htm>
2. Madueke-Laveaux OS, Elsharoud A, Al-Hendy A. What We Know about the Long-Term Risks of Hysterectomy for Benign Indication-A Systematic Review. J Clin Med [Internet]. 2021;10(22):5335. doi: 10.3390/jcm10225335. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8622061/>
3. Ibrahimou B, Burchfield S, Sun N, Bursac Z, Kondracki AJ, Salihu H, et al. Unplanned hysterectomy: a comprehensive analysis of race, ethnicity, sociodemographic factors, pregnancy complications, and cardiovascular disease risk factors. Ethn Health [Internet]. 2024;29(1):62-76. doi: 10.1080/13557858.2023.2249273. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10841735/>
4. Brennand EA, Scime NV, Huang B, McDonagh Hull P. Education level is associated with the occurrence and timing of hysterectomy: a cohort study of Canadian women. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2024;103(11):2211-2220. doi: 10.1111/aogs.14959. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39223035/>
5. Madhvani K, Fernandez Garcia S, Fernandez-Felix BM, Zamora J, Carpenter T, Khan KS. Predicting major complications in patients undergoing laparoscopic and open hysterectomy for benign indications. CMAJ [Internet]. 2022;194(38):E1306-E1317. doi: 10.1503/cmaj.220095. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9529570/>



6. Almonla A, Alhazmi Y, Alosaimi S, Alsulami M, Alzahrani A, Alharbi A, et al. Impact of Prior Abdominal Surgery on Total Laparoscopic Hysterectomy vs Total Abdominal Hysterectomy: A Retrospective Cohort Study. *Cureus* [Internet]. 2025;17(2):e79151. doi: 10.7759/cureus.79151. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/331399-impact-of-prior-abdominal-surgery-on-total-laparoscopic-hysterectomy-vs-total-abdominal-hysterectomy-a-retrospective-cohort-study.pdf>
7. Pickett CM, Seeratan DD, Mol BWJ, Nieboer TE, Johnson N, Bonestroo T, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023;2023(8):CD003677. doi: 10.1002/14651858.CD003677.pub6. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10464658/>
8. Mamik MM, Kim-Fine S, Yang L, Sharma V, Gala R, Aschkenazi S, et al. Hysterectomy Techniques and Outcomes for Benign Large Uteri: A Systematic Review. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2024;144(1):40-52. doi: 9.1097/AOG.0000000000005598. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38754116/>
9. Guarnizo-Orellana LA, Guerrero-Cevallos ER. Complicaciones intra y post operatorias de las histerectomías: laparoscópica, abdominal y vaginal en mujeres adultas. *MQRInvestigar* [Internet]. 2023;7(3):2915-2948. doi: 11.56048/MQR20225.7.3.2023.2915-2948. Disponible en: <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.2915-2948>
10. Kantarci S, İnan AH, Töz E, Bolukbasi M, Kanmaz AG. Analysis of Hysterectomy Trends in the Last 5 Years at a Tertiary Center. *Gynecol Minim Invasive Ther* [Internet]. 2023;12(3):135-140. doi: 10.4103/GMIT.GMIT_3_23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37807992/>
11. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* [Internet]. 2004;240(2):205-213. doi: 10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1360123/>



12. Sinha S, Kumari P, Sinha R. Surgical morbidity of laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy: a retrospective overview. *Gynecol Minim Invasive Ther* [Internet]. 2023;12(3):161-165. doi: 10.4103/GMIT.GMIT_107_22. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10553594/>
13. Bruno M, Legge F, Gentile C, Carone V, Stabile G, Di Leo F, et al. Risk assessment model for complications in minimally invasive hysterectomy: a pilot study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023;20(1):234. doi: 10.3390/ijerph20010234. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9819802/>
14. Buderath P, Kimmig R, Dominowski L, Mach P. Hysterectomy in benign conditions: a 20-year single-center retrospective on the development of surgical techniques. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2023;307(3):807-812. doi: 10.1007/s00404-022-06821-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36301346/>
15. Hare AM, Tappy E, Schaffer JI, Kossel K, Gaigbe-Togbe B, Kapadia A, et al. Effects of Social Determinants of Health and Social Support on Surgical Outcomes Among Patients Undergoing Hysterectomy (SOCOVID study): Clavien-Dindo grade analysis. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2025;145(1):115-123. doi: 10.1097/AOG.0000000000005771. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39481111/>
16. Wright JD, et al. Hysterectomy practice patterns in the United States. *Obstet Gynecol*. 2013;122(2):233-241. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23969797/>
17. Stewart EA. Uterine fibroids. *Lancet*. 2015;357(9252):293-298. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25686550/>
18. Abbott JA. Adenomyosis and abnormal uterine bleeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2017;40:68-81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28038984/>
19. Nieboer TE, et al. Surgical approach to hysterectomy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;3:CD003677. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19588344/>
20. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications. *Ann Surg*. 2004;240(2):205-213. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15273542/>

