



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD “DR. ENRIQUE ORTEGA MOREIRA”
ESCUELA DE MEDICINA

HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VS HISTERECTOMÍA
ABIERTA: ESTUDIO COMPARATIVO EN EL HOSPITAL CLÍNICA
KENNEDY DURANTE EL PERIODO 2016-2019.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO PARA

EL TÍTULO DE:

MÉDICO

AUTOR: SEBASTIÁN BARRERA ACAITURRI-VILLA

TUTOR:

DR. CARLOS FARHAT

SAMBORONDÓN, DICIEMBRE DEL 202

ÍNDICE

RESUMEN

6

1

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	7
1. ANTECEDENTES	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. JUSTIFICACIÓN	12
4. OBJETIVOS	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos	14
5. HIPÓTESIS	14
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	15
1. INTRODUCCIÓN	15
2. GENERALIDADES	15
2.1.1 Anatomía de la histerectomía abdominal y laparoscópica.	16
2.1.2 Remisión de la histerectomía	20
2.1.3 Procedimiento previo a la histerectomía	27
2.1.4 Elementos que influyen al momento de la elección en la vía de abordaje para la realización de la histerectomía	29
2.1.5 Posibles complicaciones que pueden presentarse a la realización de la histerectomía	29
3. Procedimiento histerectomía abierta	31
3.1 Apertura del abdomen y exploración	31
3.2 Ligamento redondo y peritoneo	31
3.3 Ligamento infundibulopélvico y anexos	31
3.4 Movilización de la vejiga	32
3.5 Ligamento cardinal	32
3.6 Amputación y cierre de la vagina	32
3.7 Abdomen cerrado	33
4. Histerectomía laparoscópica	33
	2

4.1 Tipos de histerectomía laparoscópica:	33
4.2 Indicaciones de histerectomía laparoscópica	34
4.3 Procedimiento histerectomía laparoscópica	34
4.4 Complicaciones	35
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	37
1. Diseño de investigación	37
1.1. Tipo de investigación	37
1.2. Lugar	37
1.3. Población y muestra	37
1.4. Criterios de inclusión	37
1.5. Criterios de exclusión	37
2. TOMA Y RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3. ASPECTOS ETICOS Y LEGALES	38
4. RECURSOS	39
5. CRONOGRAMA	39
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
CAPÍTULO 4: Resultados	42
CAPÍTULO 5: Discusión	50
CAPÍTULO 6: Conclusión	53
CAPÍTULO 7: Recomendaciones	55
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tabla de generalidades

Tabla 2. Variable: días de hospitalización

Tabla 3. Tabla de hemorragia como complicación dentro de los procedimientos de histerectomía

Tabla 4. Tabla de lesiones como complicación dentro de los procedimientos de histerectomía

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la edad de los pacientes

Gráfico 2. Distribución de la duración de la cirugía

Gráfico 3. Distribución de las patologías de los pacientes

Gráfico 4. Proporción de las complicaciones dentro de las técnicas de histerectomía

Gráfico 5. Proporción de pacientes con estancia hospitalaria prolongada (>3 días)

RESUMEN

Los procesos quirúrgicos ginecológicos como lo es la histerectomía en relación a ser la cirugía ginecológica realizada con una alta tasa de incidencia tras la cesárea, y una amplia práctica de procedimientos realizados mundialmente en mujeres de edad fértil, corresponde un problema que requiere de mucha atención y correcto criterio diagnóstico clínico y quirúrgico.

Todo método o vía de abordaje al procedimiento posee consideraciones especiales para la paciente, que van en relación a la integración de actividades a su vida diaria, duración del tiempo de hospitalización, duración del tiempo del procedimiento quirúrgico, viabilidad técnica y riesgos propios de cada procedimiento como la lesión intraoperatoria, la decisión en base al tratamiento debe estar sustentada en la lógica de los mejores criterios clínicos y quirúrgicos, en base a la mejor evidencia científica.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES

Un estudio realizado en Cadiz, España en el año 2018 con 45 pacientes, buscó determinar la curva de aprendizaje para pacientes que se someterán a una laparoscopia, de la misma manera evaluar variables como las complicaciones, días de hospitalización y pérdida de hemoglobina. El estudio concluyó que la histerectomía por vía laparoscópica ha demostrado ser un acceso seguro como alternativa para la vía vaginal, además de mostrar ventajas cuando es comparada con la histerectomía abdominal, como son el dolor postoperatorio, riesgo de infecciones, días de hospitalización, adherencias postoperatorias y una más pronta recuperación para retomar las actividades diarias. También permite tener una mejor apreciación al momento de realizar una exploración en la cavidad abdominal, especialmente en pacientes con adherencias, endometriosis o quistes anexiales. El promedio de curva de aprendizaje en cuanto a laparoscopia es de alrededor de 45 intervenciones. (1)

Se realizó un estudio en Nueva Zelanda en el año 2017, constaba de 760 pacientes con cáncer endometrial estadio 1, que fueron sometidas a histerectomía laparoscópica o histerectomía abierta para determinar la supervivencia y remisión completa de la enfermedad en 4.5 años. Los resultados fueron que ambas técnicas quirúrgicas tienen la misma efectividad para la remisión completa y supervivencia en este tipo de patología, y se debería tener más en cuenta a la histerectomía laparoscópica puesto que demuestra la misma efectividad que la histerectomía abierta. (2)

Una publicación por la Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología en el año 2018, se revisaron 442 historias clínicas de pacientes intervenidas con histerectomía simple, separadas en 230 vaginales, 43 laparoscópicas y 169

abdominales, en el Servicio de Ginecología del Hospital General Doctor Juan José Arévalo Bermejo perteneciente al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con él objetivo de evaluar las complicaciones que presentaran los pacientes. Los resultados fueron que la HA tuvo mayor incidencia de complicación en comparación a la HL y la que menor tuvo fue la HV. La mayor tendencia de complicación en la HL fue la de lesiones. (3)

La Universidad Norbert Wiener realizó un estudio en el año 2018 cuyo objetivo fue comparar la eficacia de la histerectomía abdominal total versus la de la histerectomía laparoscópica total en pacientes con cáncer de cérvix y miomatosis uterina. El estudio está basado en una revisión sistemática, se obtuvieron resultados en base a la revisión de 10 artículos científicos. El estudio concluyó que la histerectomía laparoscópica es más eficaz que la histerectomía abierta, debido a que presentaron menor tiempo de hospitalización, menor riesgo de sangrado, menor dolor postoperatorio y reincorporación a sus actividades cotidianas más rápida. (4)

En el hospital universitario de Rennes en el año 2016, realizó un estudio para comparar la estadificación y técnica (abierta, laparoscópica y robótica) en pacientes con cáncer endometrial de acuerdo a la edad. Las 270 pacientes del estudio se separaron en grupos <75 y ≥ 75 años. Las técnicas mínimamente invasivas fueron realizadas en menor medida en las pacientes más jóvenes que en el grupo de mayor edad. El estudio concluyó en que las mujeres mayores con cáncer de endometrio no reciben la estadificación quirúrgica recomendada y tienen menos cirugías mínimamente invasivas que sus contrapartes más jóvenes, a pesar de lo que sugieren las guías y esto puede tener repercusiones en la morbilidad de estas pacientes. No se encontraron diferencias en cuanto a complicaciones y la estancia hospitalaria fue menor en las técnicas mínimamente invasivas. (5)

En el año 2021 en la Universidad Privada Antenor Orrego se realizó una investigación sobre histerectomía abdominal y laparoscópica, en cuanto a beneficios y complicaciones en diversos hospitales de Piura. Se realizó la recolección de datos en base a las historias clínicas. Los resultados fueron que, con mayor frecuencia las mujeres de 40 a 49 años se realizaron histerectomía convencional y de 50 a 69 años laparoscópica. La patología más frecuente, fue la miomatosis uterina con el 66.7% de los casos en histerectomía convencional y del 76.7% en histerectomía laparoscópica. También se concluyó que existe una relación significativa según la técnica quirúrgica realizada en cuanto al tiempo quirúrgico, la estancia postoperatoria y sangrado transoperatorio; teniendo mejor resultado las pacientes abordadas por vía laparoscópica. El dolor postoperatorio consta como principal complicación, presentándose en el 41.7% de los casos de histerectomía convencional y 8.3% en laparoscópica. Por lo tanto, la histerectomía laparoscópica tiene mayores beneficios y mínimas complicaciones postoperatorias al compararse con la técnica convencional. (6)

En el estudio randomizado realizado por el grupo de Ginecólogos Oncológicos (LAP-2), el cuál trataba pacientes con cáncer endometrial, demostró que existió un menor número de complicaciones y menor tiempo de estadía hospitalaria en quienes se sometieron a la cirugía laparoscópica con relación a aquellas pacientes laparotomizadas. Actualmente, la histerectomía laparoscópica es el método preferido para el estadiaje de cáncer endometrial, incluso siendo superior a la histerectomía robótica, debido a su alto costo y mantenimiento necesarios del robot (7).

Una de las complicaciones de la histerectomía, por cualquier técnica, es la infección de la herida quirúrgica. Un estudio realizado en México, en el hospital del Seguro Social, analizó el reintegro de 70 pacientes histerectomizadas, la principal

causa fue la previamente mencionada, seguida por absceso de cúpula vaginal. Dentro de los factores de riesgo para el reingreso de ella fue un tiempo quirúrgico prolongado, obesidad, cáncer y diabetes mellitus. El 87.1% de las pacientes no tuvieron que ser intervenidas quirúrgicamente y se trataron con tratamiento antibiótico (8).

Un estudio realizado en China en el año 2018, constaba de 551 pacientes con cáncer cervical, el objetivo del estudio era evaluar los resultados clínicos de la histerectomía abierta o laparoscópica por esta patología. Los resultados fueron que la histerectomía laparoscópica tuvo menor necesidad de transfusiones o pérdida sanguínea y una estancia hospitalaria menor, no se encontraron diferencias en tiempo operatorio o complicaciones. Concluyendo que la histerectomía laparoscópica se considera una alternativa segura y efectiva a la histerectomía abierta, debido a ciertas ventajas y similitudes entre ambas. (9)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Estados Unidos, se realizan aproximadamente 600,000 histerectomías anualmente, en las cuales los tiempos de hospitalización son favorables dentro de 3 a 5 días; una recuperación de 3 a 6 semanas, con una morbilidad de 17.2 - 23.3% la cual va a depender de su vía de abordaje y una tasa de mortalidad de 0.38% por cada 1000 procedimientos (10).

La histerectomía es la segunda causa de intervención quirúrgica en mujeres después de la cesárea y una de las técnicas quirúrgicas que se emplean con mayor frecuencia para tratar enfermedades uterinas tanto benignas como malignas. En Cuba se realizan alrededor de 4077 histerectomías electivas y alrededor de 207 son de emergencia, lo que representó entre un 0,9 - 5,8% de todas las intervenciones mayores que se realizaron tanto en hospitales generales como en clínicos quirúrgicos durante el año 2010 (11). Se tomaron estadísticas de otros países, puesto que no

contamos con datos propios sobre las pacientes que se someten a histerectomías por año.

La histerectomía abdominal, la cual es uno de los dos procedimientos que estudiados en esta investigación, tiene incisión transversal que se realiza como vía de acceso a través de la pared abdominal, inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis. Aunque esta técnica es invasiva, nos permite un mejor acceso a los órganos reproductivos. Generalmente, suele ser el procedimiento a elección cuando se requiere extirpar el sistema reproductor femenino en su totalidad. El tiempo de recuperación oscila entre 4 a 6 semanas aproximadamente y al ser una técnica invasiva, más probable a complicaciones. (10)

La histerectomía laparoscópica, en la actualidad, es el tratamiento de elección para muchos, ya que permite un excelente abordaje con incisiones menores. Diversos estudios y estadísticas han demostrado una mínima morbilidad y trauma quirúrgico, reduce los días de estancia hospitalaria y se obtiene un mejor control del dolor (10).

Datos oncológicos más recientes han demostrado resultados poco favorecedores en cuanto a la supervivencia de aquellos pacientes que se someten a histerectomía radical por métodos menos invasivos como son los laparoscópicos y robóticos, como tratamiento de cáncer cervical en comparación con aquellas que se han sometido a cirugías abiertas. El problema de la mortalidad a través de métodos endoscópicos necesita de estudios futuros para establecer correctamente esta asociación. (12)

3. JUSTIFICACIÓN

La histerectomía es la segunda causa de intervención quirúrgica mayor en mujeres después de la cesárea, por lo que es propicio contar con estudios que demuestran las diferencias y posibles ventajas de una técnica por encima de la otra.

A nivel nacional, no se encontraron reportes estadísticos actuales que proporcionen información sobre la frecuencia con que se realizan histerectomías o su causa, independientemente de su vía de acceso. Los resultados obtenidos permitirán guiar a nuestros pacientes, acerca de las ventajas y desventajas al momento de elegir la histerectomía convencional en relación a la histerectomía laparoscópica buscando así, determinar su eficacia en cuanto a las complicaciones, días de hospitalización, mejoría clínica, con un tiempo reducido de incorporación a las actividades cotidianas, y estéticamente con mejores resultados.

La histerectomía se ha convertido en una de las intervenciones quirúrgicas ginecológicas selectivas más comunes, llegando a ser un 65% realizadas en el grupo de mujeres en edad fértil, aproximadamente el 30% en mujeres premenopáusicas y el porcentaje restante se atribuye a mujeres mayores de 65 años.

Lo previamente mencionado fue de interés para la investigación, el análisis y contribuir a las condiciones que garanticen la mejora de las condiciones de salud de las mujeres en Ecuador con histerectomía.

De acuerdo a las prioridades de investigación establecidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador la presente investigación se encuentra dentro del área de Neoplasias, área número 4. Dentro de esta área se van a involucrar la línea de Ginecológicos. (13) Similarmente, la Universidad Espíritu Santo (UEES) también rige sus investigaciones de acuerdo a las líneas de investigación preestablecidas, el tema a tratar corresponde a la línea de investigación de salud y la sub-línea de salud pública. (14)

4. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los beneficios de la histerectomía laparoscópica frente a la histerectomía abierta en pacientes del área de hospitalización en la clínica Kennedy de Guayaquil, durante el periodo 2016-2019

Objetivos Específicos

- Identificar cual es la patología más frecuente que conlleva a la histerectomía
- Comparar las complicaciones que presenta el paciente en relación con el tipo de histerectomía realizada
- Relacionar la mejoría observada, estancia hospitalaria con el tipo de histerectomía realizada

5. HIPÓTESIS

La histerectomía por vía laparoscópica presenta un menor riesgo de complicaciones y una mejor evolución evitando así una estancia hospitalaria mayor en comparación a la histerectomía abierta

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

Los antecedentes históricos de la histerectomía hacen referencia al siglo V A.C., en la época de Hipócrates. Los primeros intentos tuvieron como objetivo extirpar el útero y se realizaron por vía vaginal en patologías uterinas como prolapsos y también en las inversiones uterinas. La primera histerectomía vaginal data del año 120 d.C. realizada por Sorano de Éfeso, médico griego de la época. Con posterioridad, en la Edad Media, se realizaron múltiples histerectomías con el mismo abordaje a pacientes con útero invertido, pero los resultados en verdad fueron fatales para las pacientes. (15)

Entre las primeras técnicas o vías de abordaje para la histerectomía se inició con la vía abdominal que se realizó en el siglo XIX, en base a que se realizaba la intervención por laparotomía, ya se consideraba de alto riesgo. (15) La histerectomía con apertura del abdomen traía consigo una hemorragia postoperatoria, como complicación que casi siempre era mortal. En datos históricos figura la histerectomía abdominal realizada en Manchester por Charles Clay en el año 1843 como la primera, la paciente tuvo desenlace mortal en el postoperatorio. Muchos intentos fallidos no fueron sino hasta el año 1853 que se logró realizar la primera histerectomía abdominal exitosa por Ellis Burnham de Lowell realizada en Massachusetts. (16)

Las primeras cirugías ginecológicas mínimamente invasivas tuvieron inicio a finales del siglo XX, y en el año 1988 Reich realizó la primera histerectomía laparoscópica, la cual se guió en base a los pasos de la técnica abdominal y extirpando el útero por vía vaginal. (16)

2. GENERALIDADES

2.1.1 Anatomía de la histerectomía abdominal y laparoscópica.

En toda cirugía ginecológica, tanto por vía laparotómica como por vía laparoscópica, exige de un minucioso y exhaustivo conocimiento en anatomía pélvica, para garantizar la disminución del riesgo de complicaciones como lo son la lesión de vísceras, de nervios y de vasos sanguíneos cercanos, está debe garantizar un acceso seguro, que permita una exposición adecuada y una hemostasia correcta. (17)

La constitución de los genitales internos es: útero, trompas de Falopio, ovarios y vagina. (17)

Estructuras de soporte:

- Ligamentos uterosacos y cardinales: Responsables de la suspensión del útero y la parte superior de la vagina. Al prescindir de esta sujeción nos guía hacia un prolapso del útero o cúpula vaginal.
- Ligamentos redondos: Netas prolongaciones de la musculatura del útero.
- Ligamentos anchos: Encargadas lateralmente de cubrir el cuerpo y cuello del útero. Estas estructuras integradas al ligamento ancho se consideran retroperitoneales y para exponerlas es necesario diseccionar ambas hojas.
- Ligamentos de soporte del ovario: Integran estructuras como lo son el ligamento útero-ovárico, el infundibulopélvico y el ligamento ancho que se adensa para formar el mesoovario. (18)

Vasculatura:

La arteria aorta es la principal de proporcionar el aporte sanguíneo a las estructuras que se encuentran en la pelvis. Esta arteria se procede a bifurcar a nivel de la vértebra L4-L5 formando las arterias ilíacas comunes izquierda y derecha, ambas encargadas de drenar en la vena cava inferior, que se sitúa a la derecha de la bifurcación aórtica. (19)

- Vasos ilíacos: La arteria iliaca común se bifurca en arteria iliaca externa e ilíaca interna o hipogástrica. (19)
- La arteria iliaca interna o arteria hipogástrica se va a dividir en dos troncos, las cuales posteriormente dan origen a las ramas sacro lateral, iliolumbar y arteria glútea superior y la división anterior, incluye también a la umbilical obliterada, la arteria uterina, arteria vesical superior, el obturador, arteria vaginal, la arteria glútea inferior y a la arteria pudenda interna. No olvidemos que la arteria ilíaca interna se encuentra retroperitoneal y, para poder acceder a sus ramas, se precisa de realizar una retroperitoneal. De igual manera, el uréter se haya retroperitonealmente y debe ser identificado antes de llegar a realizar una disección o ligadura de estos vasos para evitar su lesión. Para controlar una hemorragia pélvica masiva en la intervención la ligadura de la arteria hipogástrica es una técnica quirúrgica de mucha utilidad. (19)
- Vasos epigástricos inferiores y epigástricos superficiales. Los vasos epigástricos inferiores corren entre los músculos rectos abdominales.

En el transcurso de una laparotomía, hay que tener precaución de asegurar y vigilar la hemostasia de los vasos epigástricos inferiores, como medida para prevenir hematomas posteriormente. En una laparoscopia, al introducir y posicionar los trocares laterales, se debe tener suma precaución e identificar correctamente los vasos epigástricos inferiores y superficiales para evitar realizar lesión vascular. (19)

- Riego sanguíneo del útero, trompas y ovarios: La arteria uterina va a tener origen posterior a la división anterior de la arteria hipogástrica a nivel del retroperitoneo. La arteria umbilical obstruida, o como también se la conoce con el nombre de ligamento umbilical medial, puede ser de gran utilidad en el transcurso de la cirugía laparoscopia o laparotomía como una marca útil, ya que al traccionar de ésta se podrá visualizar la arteria uterina en el caso de presentarse una anatomía pélvica distorsionada. También se incluye el nacimiento de las arterias ováricas a raíz de la aorta abdominal. La vena ovárica derecha toma un retorno a la vena cava, y la vena ovárica izquierda también toma un retorno a la vena renal izquierda. Los vasos ováricos corren a través de los ligamentos infundíbulo-pélvicos en suma proximidad al uréter, por lo que debemos tener mucha precaución cuando estos deban ser ligados en una histerectomía para evitar la lesión del uréter. (19)

Inervación:

La inervación de los genitales internos está dada por el sistema simpático-parasimpático. En la cadena simpática pelviana va a nacer el plexo hipogástrico encargado de inervar los órganos pélvicos. El plexo hipogástrico inferior puede

mostrarse afectado durante la disección del tejido parametrial en la histerectomía, trayendo como resultado dificultad para iniciar la micción y retención urinaria en el postoperatorio inmediato. La inervación de los ovarios y las trompas de Falopio está mediada por el plexo aórtico que tiene origen del plexo renal. (20)

El plexo lumbar reposa sobre el músculo psoas, correspondiendo el nervio femoral a su rama mayor. Las ramas genito-femorales que toman reposo sobre el músculo psoas pueden ser destruidas por la presión que ejerce el retractor de la vejiga durante la laparoscopia provocando una anestesia en la región medial del muslo y lateral de los labios. El nervio cutáneo femoral (L2-L3) también puede verse comprimido por el retractor que es colocado lateral al músculo psoas o a su vez por la hiperflexión que adopta la cadera en la posición de litotomía, provocando un entumecimiento o una sensibilidad alterada de la región anterior del muslo tras la cirugía ginecológica. (20)

Otros órganos pélvicos:

En la pelvis, se hayan además de los órganos genitales internos, se la vejiga, uretra y parte distal de los uréteres, así como el sigma y recto. (21)

- La vejiga urinaria situada exactamente detrás del pubis y el espacio que se encuentra por delante de la vejiga, entre el pubis llamado espacio prevesical o de Retzius. (21)
- Los uréteres se insertan en la pelvis menor atravesando en primer lugar las arterias ilíacas primitivas muy cerca a su lugar de bifurcación, y corre por dentro de las arterias hipogástricas, adyacente a la pared posterior del ligamento ancho. Para después atravesar la arteria uterina por su cara inferior y penetrar la vejiga por la cara posterior de la misma. Llegando a

ser puntos críticos donde habría posibilidad de lesionarse los uréteres en una HA o HL, a la altura del ligamento infundíbulo-pélvico, útero-sacro o a su vez a nivel de la arteria uterina. (15)

- El recto se ubica en la cara posterior del útero y el espacio entre ellos toma el nombre de fondo de saco de Douglas. (21)

2.1.2 Remisión de la histerectomía

Las indicaciones para realizar una histerectomía se pueden dividir en tres grupos en base a su patología como son: benigna, premaligna o maligna.

Patología benigna

Sangrado menstrual abundante

El sangrado menstrual abundante o también conocido por sus siglas SMA es una de las causas más comunes e importantes de patologías que aquejan a las mujeres en edad reproductiva, el cual trae consigo problemas físicos, distanciamiento de la vida social y una disminución notable de la calidad de vida. El primer tratamiento médico empleado ha sido tradicionalmente el conservador como primera línea. Pero es una escala inicial que se sigue, ya que, con frecuencia le es precedido el tratamiento quirúrgico del SMA debido al fracaso del tratamiento conservador que en la mayoría de los casos no es efectivo. El tratamiento definitivo que trae una mejoría en la calidad de vida de la paciente es la histerectomía, pero este procedimiento trae consigo también un número de complicaciones entre las cuales se incluyen emocionales y físicas significativas. (22)

Miomatosis uterina

Los miomas uterinos son tumoraciones de tamaños variables que más se conocen del aparato reproductivo femenino. En su mayoría no presentan síntomas, pero en base a su localización y tamaño pueden ser originarios de hemorragia uterina anormal, además de síntomas por compresión pélvica e inclusive la infertilidad. Su crecimiento tiende a ser durante los años reproductivos de la paciente y después de la menopausia por el contrario llegan a disminuir su tamaño. Su clasificación va en relación a su localización como lo son submucosos, intramurales, subserosos o cervicales. Para su tratamiento se inicia con la observación para comprobar si son asintomáticos, seguida la toma de realizar un tratamiento conservador o el tratamiento quirúrgico. A realizar en un tratamiento quirúrgico se tendrá la miomectomía o histerectomía, las cuales se llevarán a cabo sólo en casos refractarios a tratamiento médico. (23)

Endometriosis

La endometriosis se trata de un trastorno usualmente doloroso el cual se manifiesta con un tejido similar al tejido que recubre el interior del útero (endometrio) el cual va a crecer fuera del útero. Usualmente afecta a los ovarios, las trompas de Falopio y llega al tejido que recubre la pelvis, raramente, suele diseminarse más allá de los órganos pélvicos. Los síntomas que más comúnmente aquejan son la presencia de una dismenorrea severa que puede ser progresiva y bilateral, dolor pélvico, dolor periovulatorio, dispareunia intensa, disquecia o infertilidad. El tratamiento se maneja de manera escalonada iniciando con un tratamiento conservador con medicamentos o la cirugía. El método a elección dependerá en base a la gravedad de los signos y síntomas y del deseo de la maternidad. (24)

Dolor pélvico crónico

El dolor pélvico es difícil de definir, pero puede dividirse en agudo o crónico. Dolor pélvico crónico es aquel que tiene duración prolongada por lo menos de 6 meses, pudiendo variar su presencia a diario. Su origen etiológico es impreciso en sí, puede ser ginecológico, urológico, digestivo, músculo-esquelético o psiquiátrico. El tratamiento a elección es la analgesia tipo AINES o también se emplean anticonceptivos orales combinados o progestágenos continuos. Sin embargo en muchas ocasiones el tratamiento será quirúrgico, con la extirpación de focos endometriósicos, realizar la liberación de adherencias, neurectomía presacra, o la ablación del nervio uterino, hasta llegar a la realización de una histerectomía para su solución definitiva. (25)

Prolapso genital

El prolapso de órganos pélvicos se define como el descenso anormal de los órganos pélvicos mediante el canal vaginal. Se estima que un 45-75% de las mujeres en algún momento de su vida desarrollaran algún grado de prolapso, sin embargo, el 5% serán sintomáticas cuando el prolapso llegue a sobrepasar el himen. Los síntomas que suelen presentarse van desde la sensación de bulto genital o presión vaginal, así como también una disfunción al orinar, defecar, sexual, lumbalgia o dolor pélvico crónico. El tratamiento es quirúrgico entre los cuales los procedimientos a realizarse están la cirugía reconstructiva, con la misión de un favorable resultado anatómico y funcional, en los que también podrá asociarse la histerectomía generalmente por vía vaginal. (26)

Patología premaligna

Hiperplasia endometrial atípica

En definición la hiperplasia endometrial es una proliferación de glándulas con una forma y tamaño irregular, que presenta un incremento en la relación glándula/estroma al relacionarlo con un endometrio normal. Es considerada una lesión precancerosa y en estudios diversas pacientes con el diagnóstico de hiperplasia atípica mediante biopsia o un legrado endometrial llegan a presentar adenocarcinoma en el extremo donde está la pieza de histerectomía, sin embargo, en el extremo contrario, sólo se presenta una hiperplasia sin atipia que pudo tener solución con tratamiento médico. (25)

Tumor de ovario borderline

El tumor de ovario borderline o tumor de ovario de bajo potencial maligno se trata de una enfermedad en la que se llegan a formar células anormales en el tejido que reviste al ovario. Aunque sean de bajo perfil de malignidad estos tumores se pueden llegar a convertir en cáncer, aunque generalmente eso no sucede, generalmente esta patología permanece en el ovario. Cuando se halla enfermo un ovario, inmediatamente por protocolo se debe proceder a examinar el otro ovario para confirmar o descartar la presencia de signos de enfermedad. Es muy común que estos tumores no sean protagonistas de signos o síntomas tempranos, pero pueden manifestarse con dolor o inflamación en el abdomen, dolor en la pelvis y la presencia de problemas gastrointestinales, como gas, distensión abdominal o estreñimiento. La cirugía es el tratamiento a elección de estos pacientes. La cirugía radical se basa en una histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral. (27)

Displasia cervical

Las displasias cervicales que con posterioridad serán cáncer de cérvix tienen origen por una infección viral persistente que no posee un control adecuado con un genotipo oncogénico presente del virus del papiloma humano (VPH). El tratamiento, se aplicará básicamente en función al grado de daño causado que tengan las lesiones preinvasoras. El tratamiento se dividirá en dos como lo son tratamientos destructivos o escisionales. En nuestro tema de investigación se incluyen los tratamientos escisionales, que se basan en obtener material histológico para biopsia y se puede verificar si su extirpación ha sido completa o no, se incluye a la histerectomía la cual va a realizarse en aquellos pacientes en los que se obtenga una afectación de 2 o 3 márgenes y no presenten deseo gestacional, tienen además alguna enfermedad benigna asociada y se pueda recomendar este procedimiento, por presentar una imposibilidad de control de la paciente o a su vez numerosas recidivas persistentes tras tratamientos escisionales. (28)

Patología maligna

Cáncer de endometrio

Hablamos de un tipo de cáncer que tiene su origen en el revestimiento del útero, llamado endometrio, específicamente inicia su origen cuando las células en el endometrio empiezan a crecer desmedidamente llegando a sobrepasar en número a las células normales. Estas células malignas pueden diseminarse a diferentes partes del cuerpo, como lo son la vagina o el hígado, e iniciar a crecer allí. La tipificación del cáncer se basa exclusivamente en el tipo de célula que da origen al tumor, es decir; aunque se haya diseminado a otros órganos, se continúa denominando cáncer de endometrio. (29) Se sospecha de cáncer de endometrio

cuando el signo principal que aqueja a la paciente es el sangrado genital anómalo, que se da en pacientes menopáusicas o que presentan factores de riesgo asociados. El tratamiento del cáncer de endometrio se basa en la cirugía, pero alineando los criterios de estratificación de la FIGO. (25)

Cáncer de cérvix

El cáncer de cuello uterino tiene su origen cuando las células sanas de la superficie del cuello uterino desarrollan un cambio e inician a proliferar desmedidamente, dando origen a una masa conocida como tumor. Esta es una etapa temprana en la cual los cambios a los que fue sometida la célula son anormales, pero no son cancerosos. Suele darse el caso que algunas de las células anormales desaparecen sin recibir tratamiento alguno, pero por el contrario otras células pueden volverse cancerosas (displasia). Actualmente hay una clasificación en la cual la presencia de 2 tipos principales de cáncer de cuello uterino son las más frecuentes y, estos llevan el nombre en base al tipo de célula donde comenzó el cáncer como son: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. El tratamiento a elección es la cirugía extirpando el tumor o a su vez realizando la histerectomía, acompañado de tratamientos complementarios como radioterapia o quimioterapia. (30)

Cáncer de ovario

Se trata de una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial y por cáncer ginecológico ocupando el puesto número 5; según estadísticas el riesgo para poder desarrollarlo es 1.3%, con una media en edad de 63 años para su diagnóstico. Hay diversidad en tipos en base a su aspecto macroscópico, histopatológico, inmunohistoquímico, y genómico; siendo el tipo

epitelial el más representativo con el 75% siendo responsables del 90% de decesos; con etiología desconocida, hay estudios que han probado que algunos nacen en base a mutaciones genéticas con tendencia familiar; en su temprana detección no hay mucho tenido éxito; hablando de su mortalidad no figuran grandes cambios y el tratamiento sigue siendo quirúrgico puede llevar abordaje por laparoscopia o incluso laparotomía, sin descartar los protocolos y seguir la correcta estadificación. (31)

Sarcoma uterino

Se trata de un grupo dispar y extremadamente maligno de cánceres los cuales tiene su desarrollo en el cuerpo del útero. Se manifiestan con síntomas muy comunes en otras patologías como sangrado uterino anormal y dolor o masa pélvica. A la presunción de sarcoma uterino, el practicar una biopsia o una dilatación con legrado endometrial nos pueden guiar al diagnóstico, sin embargo, los resultados comúnmente son falsos negativos; en su mayoría se diagnostican histológicamente posterior a la realización de una histerectomía o una miomectomía. El tratamiento se basa en el requerimiento absoluto de una histerectomía total abdominal relacionada a una salpingo-ooforectomía bilateral; y se incluye al tratamiento para el cáncer avanzado, quimioterapia y en ocasiones radioterapia. (32)

2.1.3 Procedimiento previo a la histerectomía

- Profilaxis antibiótica: A elección están las cefalosporinas (cefazolina, cefoxitina o cefotetan), como alternativa están clindamicina más gentamicina, ampicilina sulbactam o metronidazol más gentamicina. (15)

- Tromboprofilaxis: Según el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) asevera que las pacientes próximas a realizarse la histerectomía poseen un riesgo medido de padecer tromboembolismo venoso. (15)
- Anestesia: Al igual que la HA como la HL se llevan a cabo mediante anestesia general. (15)
- Posición de la paciente: Se colocará a la paciente en decúbito dorsal encima de la mesa de operaciones en la HA. Mientras tanto en la HL la posición idónea es la litotomía añadiendo una abducción y extensión de los miembros inferiores de manera suficiente para que exista una fácil manipulación de los trócares en conjunto con un acceso adecuado a la vía vaginal. (15)
- Preparación de la piel: En el preoperatorio el Centers for Disease Control sugieren una limpieza de ducha o bañera con jabón sea este antimicrobiano o no; o a su vez el uso de un agente antiséptico y se realice la noche anterior a la cirugía. (15)

Postoperatorio inmediato

- El dolor: inicialmente se administran analgésicos intravenosos, modificando a la vía oral cuando exista tolerancia a líquidos. (29)
- Sonda vesical: Solo se mantiene durante las primeras 12-24 horas del postoperatorio, por ayudar a disminuir el riesgo de infecciones del tracto urinario. (29)
- Deambulación: se recomienda dar inicio a deambular lo antes posible ya que influye en la disminución de la incidencia de tromboflebitis y neumonías. (29)

- El alta hospitalaria se considerará una vez que la paciente recupere los ruidos hidroaéreos intestinales, se recupere tolerancia a comida sólida y no exista distensión abdominal. (33)

2.1.4 Elementos que influyen al momento de la elección en la vía de abordaje para la realización de la histerectomía

Diversos factores pueden influir al momento de realizar la elección del abordaje adecuado para realizar la histerectomía, como lo son:

- Tamaño uterino
- Cicatriz de cesárea previa
- Cirugía pélvica previa
- Patología extrauterina
- Nuliparidad
- Obesidad
- Experiencia y preferencia del cirujano (17)

2.1.5 Posibles complicaciones que pueden presentarse a la realización de la histerectomía

La cirugía ginecológica generalmente requiere de una disección minuciosa que es muy cercana a la vejiga, incluye al recto, los uréteres y también a los vasos de calibre de la pelvis. (34)

- Complicaciones intraoperatorias.

Forman parte de este grupo la hemorragia, una infección previa y la lesión de vísceras, que suelen tener frecuencia cuando se realizan resecciones extensas, también cuando se encuentre la presencia de una anatomía

maleada por un proceso tumoral o a su vez uno infeccioso o de endometriosis se incluyen:

- Hemorragia en el transcurso de la cirugía (intraoperatoria)
- Lesión del tracto urinario
- Lesión o perforación de vísceras que se asocian a la perforación relacionadas a la formación de una fistula gastrointestinal. (34)

- Complicaciones postoperatorias.

Son complicaciones absolutas de cualquier intervención quirúrgica a la que se vaya a someter una persona como:

- Hemorragia postoperatoria
- Complicaciones por infección o abscesos
- Complicaciones propias de una herida, además de un íleo paralítico, y obstrucción intestinal
- Retención aguda de orina
- Tromboembolismo
- Lesiones más afines a la histerectomía como lo es la dehiscencia de la cúpula vaginal. (34)

En todo procedimiento de abordaje a elección en una histerectomía se corre con el riesgo de complicaciones, las cuales van a ser dependientes de diversos factores, por lo que debe existir una exhaustiva valoración al elegir la vía de abordaje como: indicación, las características que presente la paciente, riesgos y beneficios, la seguridad del paciente y deberá guiarse en base a los lineamientos de las guías de práctica clínicas más actuales con buena base de evidencia. (34)

3. Procedimiento histerectomía abierta

3.1 Apertura del abdomen y exploración

Se coloca al paciente en posición supina y se inserta un catéter uretral para un drenaje vesical continuo. Mantener la vejiga vacía es muy importante para una operación segura. El operador hace una incisión longitudinal en la pared abdominal desde el pubis hacia el ombligo, luego la fascia y el peritoneo. Antes de comenzar la cirugía, el operador debe examinar el útero, los anexos y los órganos circundantes, y verificar si existen anomalías inesperadas y/o adherencias o no. (35)

3.2 Ligamento redondo y peritoneo

Dado que la cirugía ginecológica es esencialmente la operación en el retroperitoneo, es necesario que el operador ingrese y explore la cavidad retroperitoneal. Para ello, el operador debe identificar la entrada de más fácil acceso, es decir, el ligamento redondo. El cuál se liga con hilo de sutura 1-0 y a sus anexos. (35) (36)

3.3 Ligamento infundibulopélvico y anexos

Si la histerectomía se realizará junto con la salpingooforectomía, se cortará el ligamento infundibulopélvico. Este es el primer punto importante para identificar el recorrido del uréter para prevenir la lesión ureteral. El operador debe palpar la hoja posterior del ligamento ancho con los dedos y confirmar que el uréter se separa entre 2 y 4 cm de la arteria y la vena ováricas. El ligamento se liga con 1 a 0 suturas absorbibles y se corta con tijeras de Cooper. (35)

3.4 Movilización de la vejiga

Es importante comenzar la movilización de la vejiga en la línea media del cuello uterino para evitar el sangrado de los ligamentos vesicouterinos laterales.

Por lo tanto, antes del inicio de la movilización de la vejiga, el operador debe palpar el cuello uterino desde los lados anterior y posterior del útero para confirmar la posición del cuello uterino. Esto se debe a que el cuello uterino con frecuencia se desvía lateralmente debido a fibromas o adherencias. (35)

3.5 Ligamento cardinal

Se debe pinzar y cortar los vasos uterinos del ligamento cardinal. Antes de eso, es necesario disecar cuidadosamente y eliminar el tejido conectivo suelto en la arteria y la vena uterina. La extirpación de los tejidos conectivos del ligamento vesicouterino también es importante para prevenir la lesión ureteral. Por lo tanto, se esqueletiza la rama ascendente de la arteria y las venas uterinas. Para evitar la lesión ureteral, es muy importante, por parte del asistente, mantener el útero en tracción hacia arriba y empujar la vejiga hacia abajo utilizando un retractor en forma de L. Y luego, el operador debe palpar el uréter que corre a lo largo de la hoja posterior del ligamento ancho, para identificar el nivel del uréter que ingresa al ligamento cardinal 1 a 3 cm lateral desde el cuello uterino y 2 a 4 cm por debajo de la arteria uterina. (35)

3.6 Amputación y cierre de la vagina

Se coloca una gasa grande en la bolsa de Douglas y se vuelve a palpar el área de transición entre el cuello uterino y la vagina. Luego, el bisturí afilado se insertará verticalmente en la parte superior de la pared anterior de la vagina. La porción y la vagina se preparan con povidona yodada y se inserta una gasa en la cavidad vaginal. Las pinzas Kocher largas y rectas se colocan secuencialmente en el extremo cortado de la pared vaginal para la hemostasia. El ligamento sacrouterino se corta y se sujeta simultáneamente junto con la pared vaginal. La bóveda vaginal se cierra con suturas en forma de Z. (35)

3.7 Abdomen cerrado

El espacio retroperitoneal se lava con solución salina tibia y se confirma que no hay hemorragias ni cuerpos extraños. Se completa el recuento del número de gases. El peritoneo pélvico se sutura con 2 a 0 puntos continuos y se cierra por completo. Los extremos cortados de los ligamentos se colocan retroperitonealmente. Se debe tener cuidado de no dañar el uréter durante la sutura continua. (35)

4. Histerectomía laparoscópica

Al inicio la función, la cirugía laparoscópica era sólo indicada para la disección de los nódulos linfáticos pélvicos como coadyuvante en la histerectomía radical vaginal, por sus beneficios y efectividad es la intervención principal para tratar patologías benignas uterinas. (37) Actualmente se ha estado utilizando para otras patologías tanto malignas como benignas puesto que está super a laparotomía en varios aspectos como reducción de la pérdida sanguínea, de la estadía hospitalaria y sin diferencia en las complicaciones hospitalarias en comparación con la laparotomía. (7) (38)

4.1 Tipos de histerectomía laparoscópica:

- Histerectomía laparoscópica total: se extirpa el útero y el cuello uterino
- Histerectomía laparoscópica subtotal: se extrae el útero y se conserva el cuello uterino
- Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia: se realiza una histerectomía total

(39) (40)

4.2 Indicaciones de histerectomía laparoscópica

Siendo similar de las indicaciones de laparotomía, está se puede indicar en

leiomiomas uterinos, adenomiosis, sangrado uterino anormal idiopático, endometriosis, prolapso uterino. La histerectomía laparoscópica es escogida por encima de laparotomía siempre que la histerectomía vaginal no esté indicada o no se pueda realizar, se debe tener factores clínicos para escoger la mejor ruta de acceso. El tamaño del útero, la extensión de la enfermedad extrauterina, tecnología hospitalaria disponible, entrenamiento del médico y preferencia del paciente, son factores que influyen la decisión de realizar este tipo de procedimientos. (39)

4.3 Procedimiento histerectomía laparoscópica

Se coloca al paciente en decúbito dorsal, con piernas en ligera abducción para poder movilizar el manipulador uterino. Se le coloca una sonda Foley para vaciar la vejiga, se manipula y moviliza el útero con un manipulador Q-Rumi o V-Care. Se inicia el procedimiento realizando una incisión supraumbilical de alrededor de 2 cm para llegar hasta la aponeurosis, se inserta la aguja de Veress y se inicia la insuflación con CO₂ para realizar en neumoperitoneo hasta una presión de 15 mmHg, se coloca el primer trocar de 10 mm por el cuál es cirujano introducirá él lente de 45 grados y al introducirlo se realiza la inspección de la cavidad abdominal y pélvica, se colocan 2 trocates más de 10 mm a nivel superior de espina iliaca anterosuperior para utilizar las pinzas que se necesiten y se coloca al paciente en Trendelemburg. Se identifica el ligamento redondo, se lo pinza, coagula y secciona cerca del útero, así mismo el pedículo medio, trompas, meso y ligamento útero ovárico, se disecciona peritoneo anterior para separar vejiga, se identifica y disecciona la arteria uterina, se valora ovarios para dejarlos o extirparlos. Se utiliza él manipulador para aclarar los planos y comenzar a seccionar el saco vaginal anterior, para terminar de cortar la vagina se identifica el manipulador en los fondos de saco vaginales, se gira el manipulador conforme se van haciendo los cortes. Cuando ya se haya separado el útero de la vagina, se la extrae

con el manipulador y se taponan la vagina para evitar la fuga de CO₂, se cierra la cúpula vaginal por vía laparoscópica con Vicryl 2-0 y luego cierre de peritoneo pélvico. Se extraen trocares y se observa con la cámara, siendo esta la última en remover, si las incisiones de los otros trocares están sangrando y se coagulan si es necesario. Se detiene la insuflación y se deja escapar el aire para revertir el neumoperitoneo, se cierran incisiones de trocares con puntos subdérmicos. (39) (40)

4.4 Complicaciones

Las complicaciones que han reportado de las histerectomías laparoscópicas oscilan entre el 0.1-10% de los pacientes, siendo el 50% de estas al momento de entrada y el 25% no son reconocibles hasta el postoperatorio. La gran mayoría de las lesiones a intestino delgado o grueso no se reconocen, sino hasta 24 horas después de la cirugía, siendo estas lesiones las más comunes de este tipo de cirugía. La lesión de tipo vascular es poco común pero está asociada a una alta tasa de morbilidad y mortalidad, siendo la arteria iliaca el sitio más común representado por un 19% de todas las lesiones laparoscópicas, la lesión a vena iliaca u otras venas representa el 9% de las complicaciones, afortunadamente los vasos grandes como la vena cava inferior y la aorta son comprendidas en un porcentaje muy pequeño siendo lesiones a la cava inferior alrededor del 4-6% de las complicaciones pero en caso de que se llegase a perforar uno de estos vasos puede ser fatal para el paciente. Las lesiones de tracto urinario se reconocen en laparoscopia, notándose las lesiones de vejiga y uréter, se reconocen y se reparan en el momento, estas son más comunes al momento de insertar el trocar secundario. Los hematomas grandes de la pared abdominal se diagnostican mediante TC y se pueden reparar de manera conservadora si son estables clínicamente y no se expanden, es rara la necesidad de intervención quirúrgica. Las complicaciones asociadas al neumoperitoneo son raras, aunque el

neumotórax, el enfisema mediastínico y la ruptura diafragmática se pueden deber a altas presiones de insuflación. (39) (41)

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

1. Diseño de investigación

1.1. Tipo de investigación

El presente estudio fue de carácter no experimental, retrospectivo de tipo analítico

1.2. Lugar

El estudio se realizó en el hospital Clínica Kennedy ubicado en la Avenida del Periodista y Callejón 11-A de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. En el área de ginecología

1.3. Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por todas las mujeres que se sometieron a histerectomía tipo abierta y laparoscópica en el Hospital Clínica Kennedy

La muestra fueron aquellas mujeres que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

1.4. Criterios de inclusión

- Mujeres que se hayan sometido a una histerectomía laparoscópica o abierta programada con sus registros médicos completos y actualizados para la correcta recolección de datos

1.5. Criterios de exclusión

- Histerectomías laparoscópicas con abordaje de un solo puerto
- Paciente que se les haya realizado una histerectomía como resultado de una complicación de otra cirugía
- Pacientes con registros médicos incompletos
- Pacientes convertidos

2. TOMA Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuando se seleccionaron a las pacientes, se pasó a tomar los datos de importancia a partir de sus registros clínicos como el tipo de cirugía, motivo de intervención quirúrgica, complicaciones intraoperatorias, complicaciones postoperatorias, tiempo de estancia hospitalaria y tiempo de cirugía.

Una vez conseguida la información de interés, fue ingresada en una base de datos de Microsoft Excel para después ser analizada por el software estadístico R versión 4.1. Para las variables categóricas se utilizó frecuencia y porcentaje; para la relación entre variables se hizo tablas de contingencia con pruebas de Chi cuadrado y exacta de Fisher. Para las variables numéricas se sacó media, desviación estándar y regresión lineal para hacer el análisis relacional.

3. ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Los datos que se obtuvieron en investigación fueron aprobados por el comité ético y por el departamento de investigación de la Clínica Kennedy, mediante la recopilación de datos que fue revisado en el sistema SERVINTE, de donde se recopilaron los datos de las pacientes con histerectomías programadas o de urgencia durante el periodo 2016 a 2019. Por el diseño de este estudio no se necesitó la firma de un consentimiento informado de los pacientes, puesto que estos se manejan bajo los códigos de la ética respetando su privacidad para que no sean reconocidos.

4. RECURSOS

Investigador: estudiante Sebastián Barrera

Tutor: Epidemiólogo Carlos Farhat

Sistema: software estadístico R versión 4.1.

Historias clínicas

5. CRONOGRAMA

Año 2020	MESES							
Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8
Elaboración de ficha técnica y								

anteproyecto								
Sustentación del anteproyecto								
Entrega de ficha técnica y anteproyecto								
Revisión del anteproyecto								
Aprobación de parte del consejo académico								
Ajustes del anteproyecto								
Solicitud actualizada de base de datos al Hospital Carlos Andrade Marina								
Obtención de acceso a base de datos								
Recolección de datos								
Tabulación y análisis de datos								
Entrega del borrador final								
Entrega de correcciones finales								

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Nivel de Medición	Instrumento de medición de datos	Estadísticas
Edad	Tiempo que ha vivido una	Tiempo que ha vivido las	20-30 31-40	Cualitativo Ordinal	Ficha clínica	Porcentajes

	persona	pacientes que se someten a una histerectomía	41-50 51-60 61-70			
Complicaciones	Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente	Agravamiento del pacientes por las técnicas quirúrgicas con la patología incurrente	Hemorragia Lesiones (urinarias, intestinales)	Cualitativo nominal	Ficha clínica	Porcentajes
Estancia hospitalaria prolongada	Número de horas que ha transcurrido desde que el paciente llega al servicio de admisión y formaliza su ingreso, hasta que abandona el hospital	Número de horas que ha transcurrido desde que el paciente llega al servicio de admisión por una histerectomía programada y formaliza su ingreso, hasta que abandona el hospital	No: 2 días o menos Sí: 3 días o más	Cualitativo Nominal	Ficha clínica	Porcentajes
Tiempo de cirugía	Son las etapas en las que se divide la cirugía: incisión, corte, hemostasia, exposición, disección, sutura	Son las etapas en las que se divide la histerectomía: incisión, corte, hemostasia, exposición, disección, sutura	2 horas 3 horas Más de 3 horas	Cualitativo Ordinal	Ficha clínica	Porcentajes
Causa de histerectomía	Estudio sobre la causa de las cosas	Estudio sobre las causas de la histerectomía	Leiomioma uterino Fibromatosis Pólipos	Cualitativa nominal	Ficha clínica	Porcentajes

CAPÍTULO 4: Resultados

El estudio fue llevado a cabo en la clínica Kennedy donde, en un periodo de 4 meses, se obtuvieron 171 pacientes, las cuales cumplieron con todas los criterios de inclusión y las variables necesarias para llevar a cabo esta investigación. Dentro de la muestra, 85 (49.7%) se sometieron a histerectomía abierta, y 86 (50.3%) se sometieron a histerectomía laparoscópica.

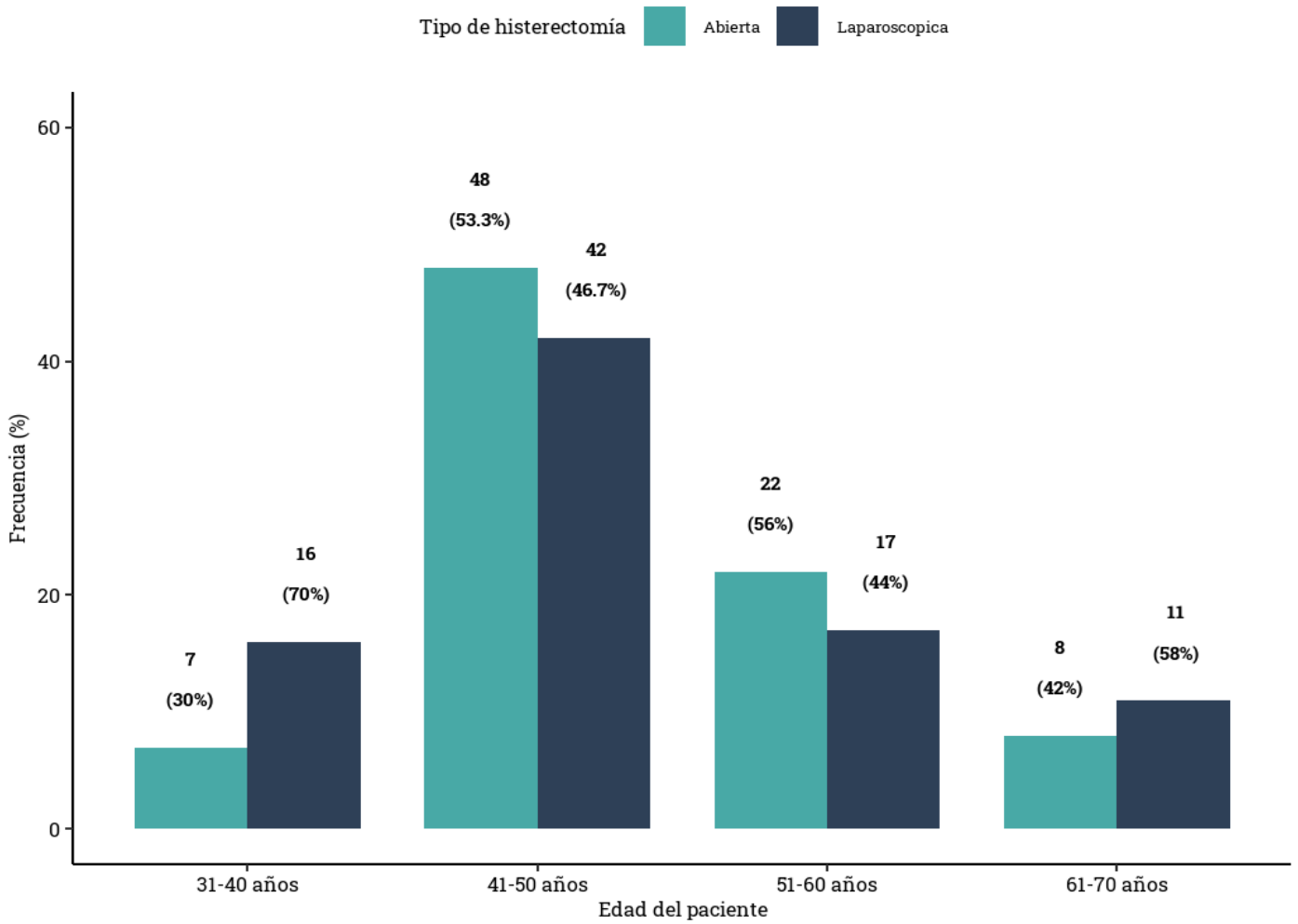
Variables	Indicador	Estadístico
Total de pacientes		N = 171
Edad	20-30 años	0 (0.0%)
	31-40 años	23 (13.5%)
	41-50 años	90 (52.6%)
	51-60 años	39 (22.8%)
	61-70 años	19 (11.1%)
Patologías	Fibromatosis uterina	36 (21.1%)
	Leiomioma uterino	106 (62.0%)
	Poliposis	29 (17.0%)
Duración de la cirugía	Menos de 2 horas	25 (14.6%)
	Entre 2 a 3 horas	108 (63.2%)

	Más de 3 horas	38 (22.2%)
Tipo de histerectomía	Abierta	85 (49.7%)
	Laparoscópica	86 (50.3%)
Estancia prolongada	No	84 (49.1%)
	Si	87 (50.9%)
Hemorragia	No	163 (95.3%)
	Si	8 (4.7%)
Lesiones	No	165 (96.5%)
	Si	6 (3.5%)

Tabla 1: Tabla de resumen. Las pacientes se caracterizaron principalmente por tener edad entre 41 a 50 años; siendo la patología de presentación más frecuente el leiomioma uterino. Con respecto a los procesos quirúrgicos la duración de las cirugías fue por lo general de dos a tres horas, tuvieron una estancia prolongada y en su mayoría no presentaron lesiones o hemorragia como complicación.

Distribución de la edad de los pacientes

Agrupados según el procedimiento realizado

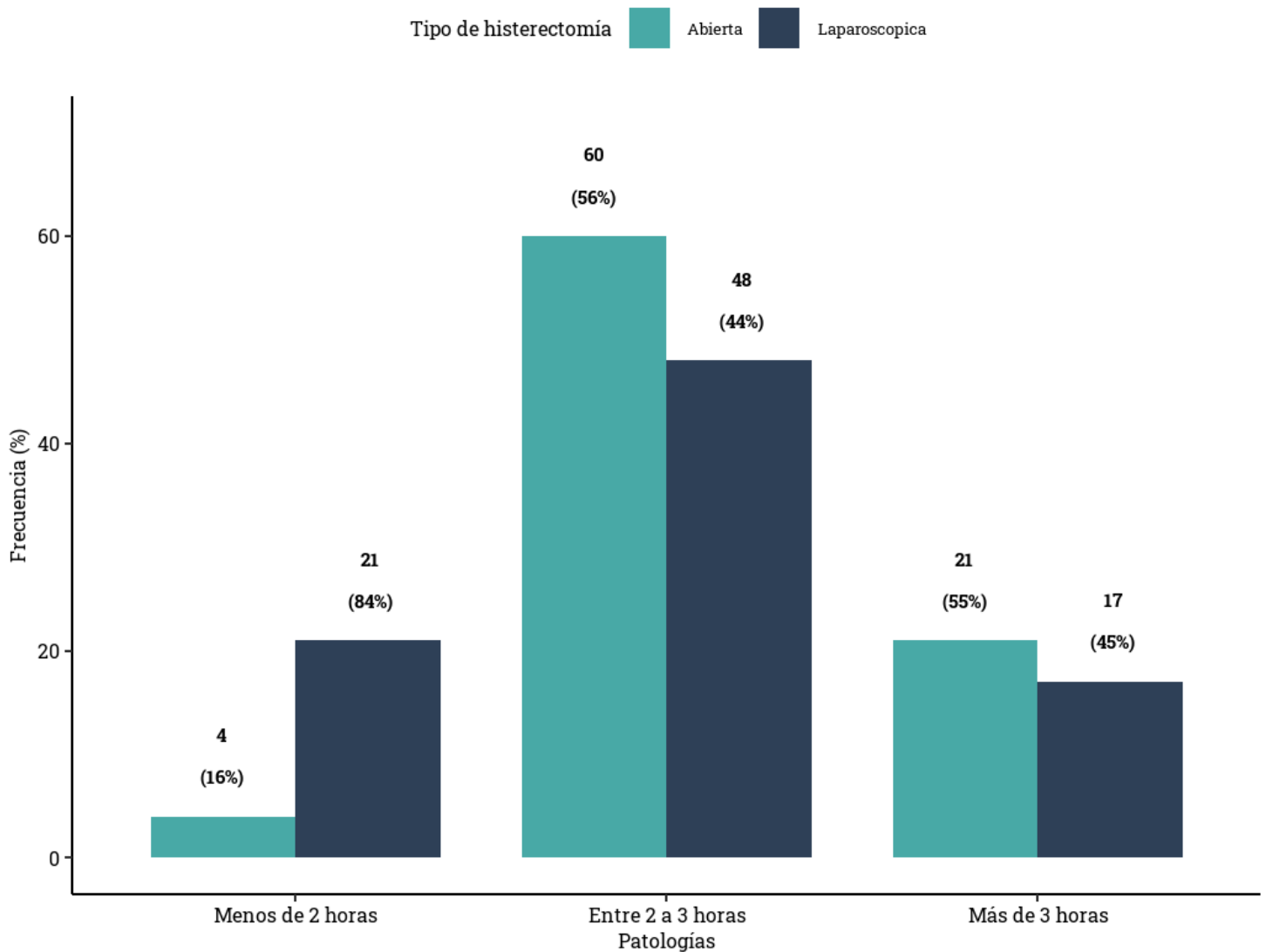


Fuente: Clínica Kennedy

Gráfico 1: Distribución de la edad de los pacientes. Se observa mayor frecuencia entre los 41 a 50 años de edad, independiente del procedimiento realizado; sin embargo, se observó que hubo mayor tendencia de realizar histerectomía laparoscópica en los grupos etarios de 31 a 40 años y los de 61 a 70 años.

Distribución de la duración de la cirugía

Agrupados según el procedimiento realizado



Fuente: Clínica Kennedy

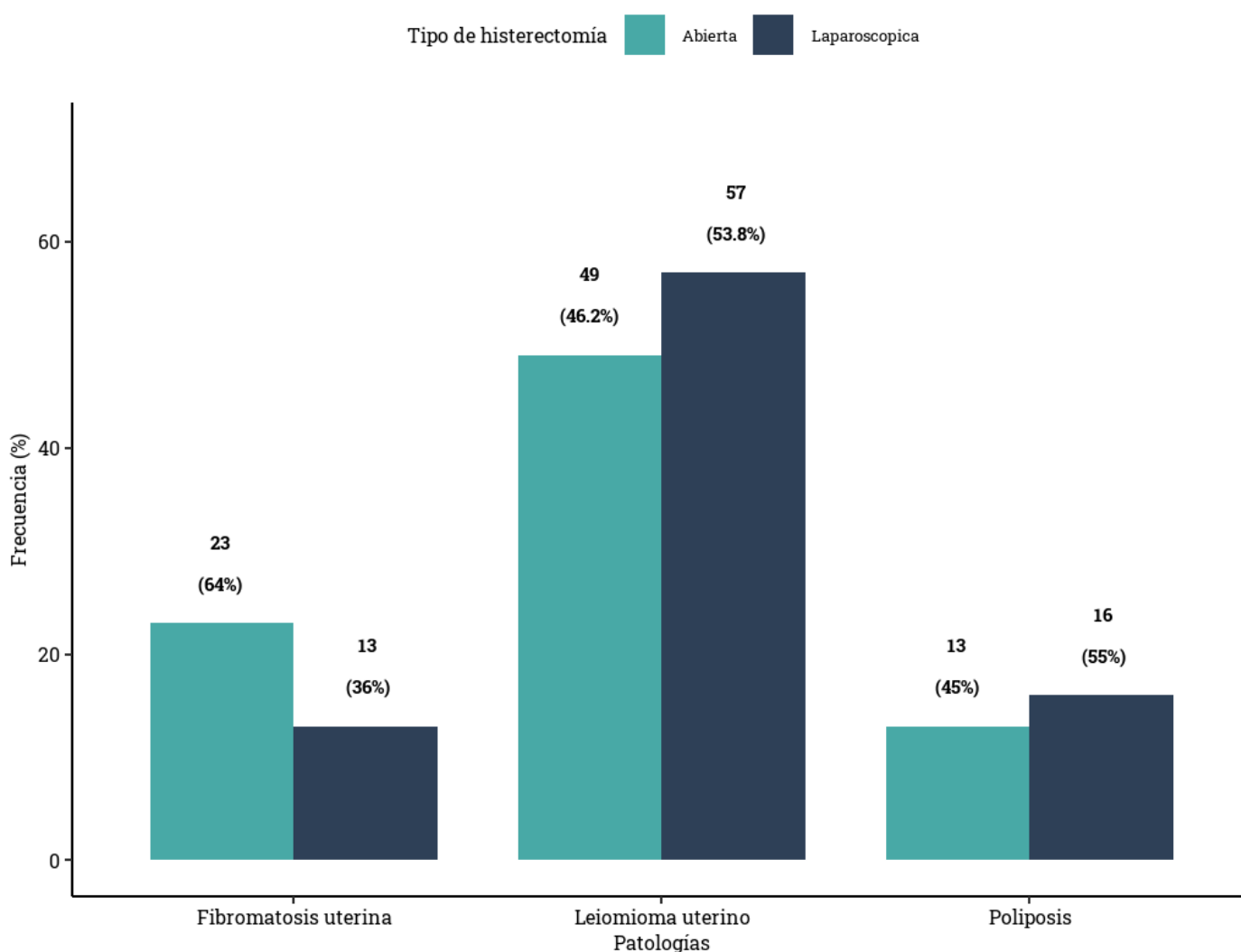
Gráfico 2: Distribución de la duración de la cirugía. Se agrupó el tiempo de duración de las cirugías en rangos para su respectiva evaluación. Se observó que la mayor cantidad de casos en ambos grupos fue que la duración fue entre 2 a 3 horas. No obstante, se vió que hubo mayor proporción de cirugías menores a dos horas con respecto a histerectomía laparoscópica cuando se comparaba con abierta.

RESULTADO, OBJETIVO ESPECÍFICO No. 1

Identificar cuál es la patología más frecuente que conlleva a la histerectomía

Distribución de las patologías de los pacientes

Agrupados según el procedimiento realizado



Fuente: Clinica Kennedy

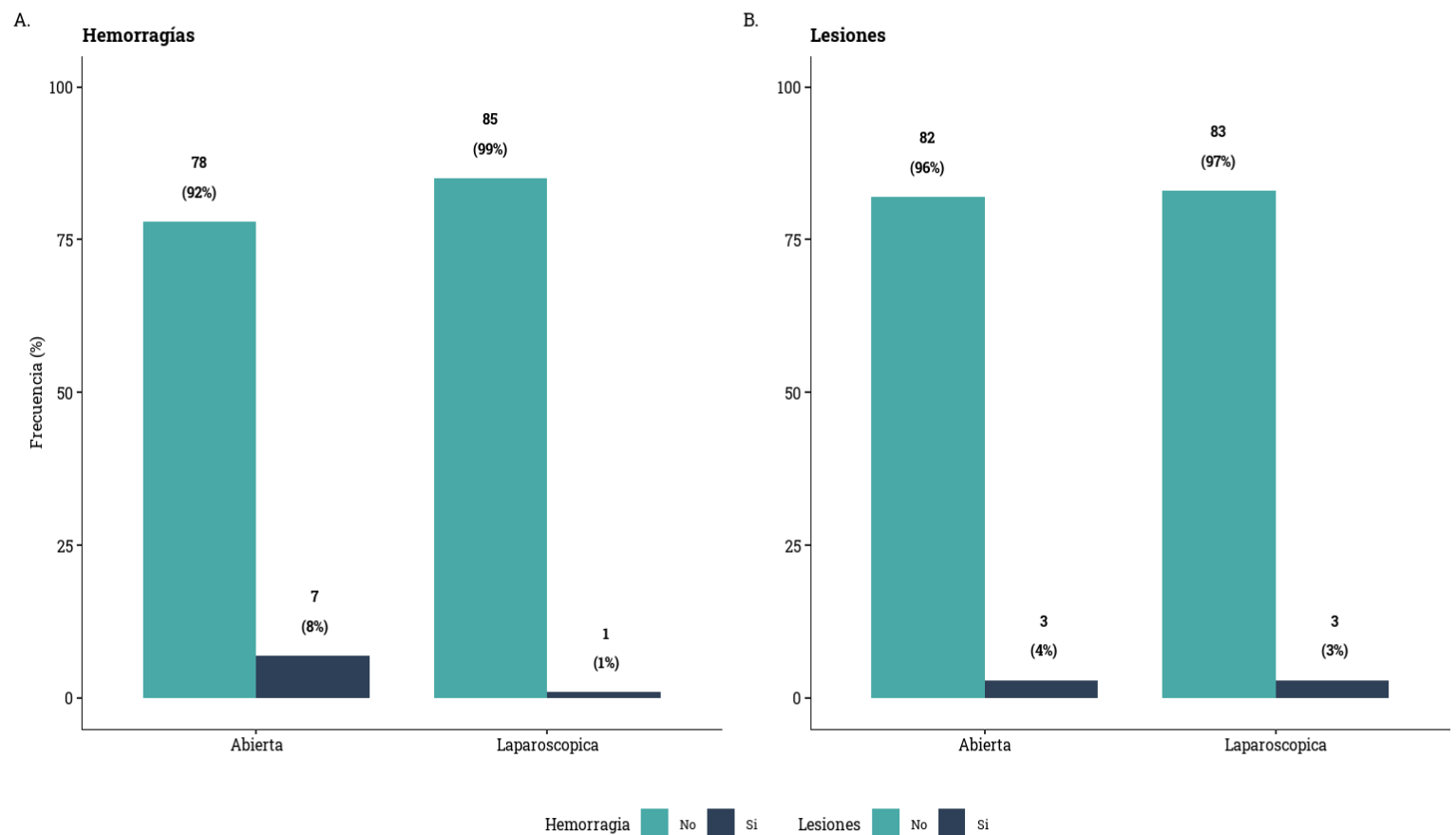
Gráfico 3: Distribucion de las patologías de los pacientes. En ambos casos, se observa que la mayor cantidad de casos se presentan con leiomioma uterino, independiente del procedimiento.

RESULTADO OBJETIVO No. 2

Comparar las complicaciones que presenta el paciente en relación con el tipo de histerectomía realizada

Dentro de las complicaciones se separaron entre lesiones, las cuales encierran lesiones intestinales y del tracto urinario, y hemorragia. Esto debido a la poca cantidad de pacientes que presentaron este tipo de complicación, se buscó contrastar entre los procedimientos.

Proporción de las complicaciones dentro de los procedimientos



Fuente: Clínica Kennedy

Gráfico 4: Proporción de las complicaciones dentro de las técnicas de histerectomía. Evaluando la frecuencia de las hemorragias y las lesiones; todos los casos aislados de lesiones que se presentaron como complicación (vasculares, ureterales e intestinales) tuvieron muy baja frecuencia, por lo que se los agrupó para poder obtener mejores resultados al momento de establecer relación entre la presencia de estas con el tipo de histerectomía. Al graficar dichas variables se

observa que tanto las hemorragias como las lesiones tuvieron un bajo porcentaje de aparición como complicación, independiente del procedimiento.

Tabla 2. Tabla de lesiones como complicacion dentro de los procedimientos de hysterectomia

Variable	Lesiones		Total	p-value ¹
	No	Si		
Tipo de hysterectomía				>0.9
Abierta	82 (48%)	3 (1.8%)	85 (50%)	
Laparoscopica	83 (49%)	3 (1.8%)	86 (50%)	
Total	165 (96%)	6 (3.5%)	171 (100%)	

¹ Fisher's exact test

Se realizó una tabla de contingencia relacionando el tipo de hysterectomía con la aparición de lesiones como complicación. En el Gráfico 4 se observó que en la mayoría de los casos no había presencia de lesiones, ni del tracto urinario ni intestinales; sin embargo, cuando se aplicó la prueba exacta de Fisher para ver si había relación con estas cifras presentadas, no presentó significancia estadística ($p>0.9$).

Tabla 3. Tabla de hemorragia como complicacion dentro de los procedimientos de hysterectomia

Variable	Hemorragia		Total	p-value ¹
	No	Si		
Tipo de hysterectomía				0.034
Abierta	78 (46%)	7 (4.1%)	85 (50%)	
Laparoscopica	85 (50%)	1 (0.6%)	86 (50%)	
Total	163 (95%)	8 (4.7%)	171 (100%)	

¹ Fisher's exact test

Se realizó una tabla de contingencia cruzando el tipo de hysterectomía con la aparición de hemorragias como complicación. En el Gráfico 4 se observó que en la mayoría de los casos no había presencia de hemorragias y, al evaluar las estadística, hubo una

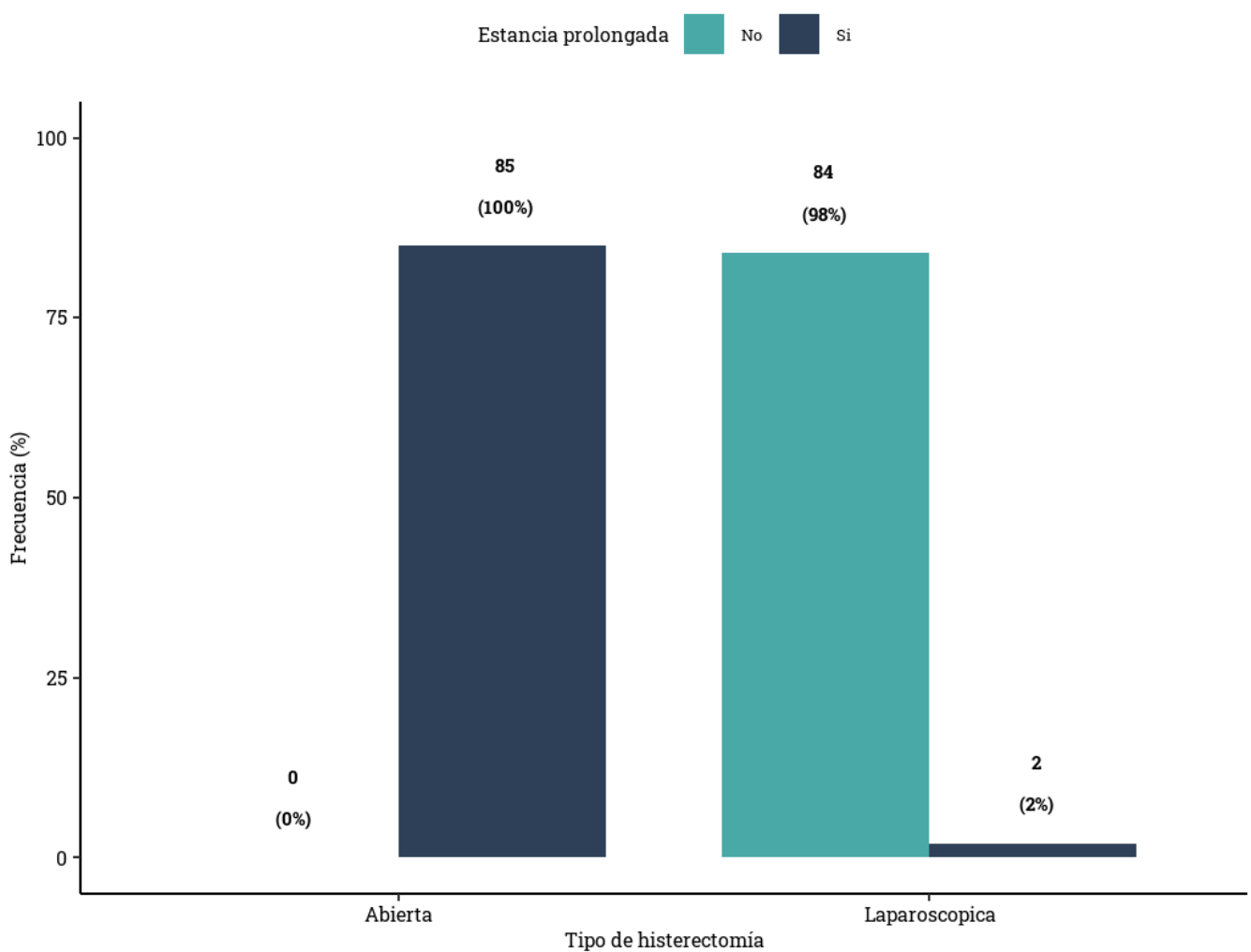
disminución de hemorragia como complicación cuando se usaba histerectomía laparoscópica, la cual presentó significancia estadística ($p=0.034$).

RESULTADO OBJETIVO No. 3

Relacionar la mejoría observada, estancia hospitalaria con el tipo de histerectomía realizada

Proporción de pacientes con estancia hospitalaria prolongada (>3 días)

Agrupados según el procedimiento realizado



Fuente: Clínica Kennedy

Gráfico 5: Proporción de pacientes con estancia hospitalaria prolongada (> 3 días). Otra variable analizada fue la estadía hospitalaria prolongada. Se observó que en la mayoría de casos manejados con histerectomía abierta las pacientes tenían una estancia prolongada, mientras que aquellos manejados con laparoscopia en su mayoría no tenían estancia prolongada.

Tabla 4. Días de hospitalización para cada una de las técnicas de histerectomía realizada

Variable: Días de hospitalización		Indicador	Estadístico	OR
Tipo de histerectomía	Abierta	Media (DE)	4.4 (1.2)	-
	Laparoscópica	Media (DE)	1.9 (0.3)	-2.46 (-2.73 to -2.19, p<0.001)

En esta tabla se evaluó la media de días de hospitalización con respecto al procedimiento de histerectomía, donde los pacientes sometidos a histerectomía abierta tenían mayor tiempo de estancia en comparación a la laparoscópica, como se observó en el Gráfico 4. La estancia hospitalaria disminuyó en aproximadamente dos días cuando el paciente se sometía a histerectomía laparoscópica en comparación a cuando se sometía a histerectomía abierta; esta relación mostró significancia estadística ($p < 0.001$).

CAPÍTULO 5: Discusión

La investigación logró demostrar cuál es la patología por la cuál las pacientes comúnmente se someten a una histerectomía, dando como resultado que la causa más común es el leiomioma uterino y el rango de edad en el cual se presento con

maor frecuencia fue entre 41-50 años de edad. Esto puede deberse a que comúnmente se presenta entre la cuarta y quinta década de vida y está influenciada por varios factores como edad, paridad, uso de anticonceptivos orales, factores hormonales endógenos, etc. (42) Este resultado se sustenta en un estudio de cohorte retrospectivo, comparativo entre histerectomía abdominal y vaginal, teniendo como conclusión que la causa más común fue el leiomioma en pacientes con edad promedio de 45 años. (43). Igualmente, otro estudio que se realizó en Cadiz de histerectomías laparoscópicas, el universo conformado por 60 pacientes, la causa más común de la intervención fue la miomatosis y la media de edad fue de 51 años. (44)

Dentro de la investigación se logró demostrar que existen beneficios al momento de comparar la histerectomía laparoscópica con histerectomía abdominal. Una de estas ventajas fue el tiempo de hospitalización de los pacientes que, demostró ser significativamente menor para la histerectomía laparoscópica. Una revisión sistemática y análisis, encontro niveles de interleucina-6 y proteína C reactiva, los reactantes de fase aguda, en menor cantidad en el segundo día postoperatorio de las pacientes que se someten a una histerectomía laparoscópica, lo que indica menor estrés quirúrgico. (45) De la misma manera un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo con casos y controles, realizado en un hospital de tercer nivel en la ciudad de México y publicado en Medigraphic, conformado por 1028 pacientes histerectomizadas, tuvo como uno de sus resultados una significancia estadística en menor tiempo de estancia hospitalaria para laparoscopia. (17). Otro estudio observacional descriptivo realizado en Cuba, realizó 36 histerectomías laparoscópicas en el que se observó 33 paciente (91,6%), tuvieron una estadía hospitalaria de hasta 24 horas. (46)

La complicación de las lesiones no tuvo significancia estadística entre las 2 vías de abordaje quirúrgico. Respaldo por el mismo un estudio transversal comparativo retrospectivo, realizado en el hospital de la mujer en Qatar y publicado por SpringerOpen, no demostró significancia estadística en cuanto complicaciones entre ambos abordajes. (47) De igual manera otro estudio transversal comparativo retrospectivo, realizado en la Clínica de Oncología Ginecológica en Bulgaria y publicado por Sciendo, 1023 pacientes fueron abordados por vía abdominal, laparoscópica, vaginal y robótica, no resultaron en tener significancia estadística en cuanto a complicaciones y sustenta este hallazgo en concordar con una gran variedad de estudios que se han hecho. (48)

La complicación hemorragia, tuvo significancia estadística al ser menor en histerectomía laparoscópica, contrario a lo demostrado, en un estudio de tipo retrospectivo, observacional, analítico y de tipo casos y controles, realizado en un hospital de tercer nivel en la ciudad de México y publicado en Medigraphic, se estudiaron 1,208 pacientes, cuyos resultados no aportaron significancia estadística en cuanto a hemorragias, a pesar que, el grupo de histerectomía abdominal necesito mayores transfusiones que el de laparoscopia. (17). De igual manera otro estudio prospectivo, aleatorizado, controlado realizado en 50 pacientes, 25 laparoscópicos, 25 abdominales, tampoco presentó significancia estadística en cuanto a hemorragia, sin embargo, tuvo mayor necesidad de transfusiones el grupo de histerectomía abierta. (49)

CAPÍTULO 6: Conclusión

El presente estudio de investigación proporciona hallazgos en cuanto a la principal causa por la cual se realiza histerectomía a las pacientes, esta fue los leiomiomas, que se encuentra respaldado por la literatura.

Además los tiempos de estancia hospitalaria son estadísticamente significativos a favor de la histerectomía laparoscópica, al tener menor tiempo en comparación con la histerectomía abierta, el cual está respaldado por la literatura.

En relación con las complicaciones como el tipo lesiones, fueron iguales en ambos abordajes quirúrgicos, que también está descrito en diferentes estudios.

No se pudo encontrar sustento bibliográfico en cuanto al sangrado postoperatorio, que en este trabajo sí muestra significancia estadística a favor de laparoscopia, pero en otras investigaciones no evidencia lo mismo. También hay que tener en cuenta que los trabajos previamente mencionados tienen un diferente tipo de estudio, por lo cual se asocia al diferente comportamiento de esta variable.

La histerectomía laparoscópica sí demostró ser más beneficiosa para la paciente por el tiempo más corto de estancia hospitalaria que la de histerectomía abierta. En cuanto a complicaciones, al no tener sustento bibliográfico que las describa, se concluye que las complicaciones son las mismas para ambas técnicas quirúrgicas.

El aporte que se obtiene en cuanto a los resultados, es que sí demostró ser la histerectomía laparoscópica por encima de la abdominal al tener un menor tiempo de estancia hospitalaria, por lo que es algo al tener en cuenta cuando se ofrecen ambas técnicas, ya que al menor tiempo de estancia hospitalaria, más rápido será el tiempo a la actividades diarias. Aparte de contar con conocer la causa principal de histerectomía y por la cuál se someten a histerectomía.

Dentro de las limitaciones dentro del estudio está la cantidad de pacientes, con una muestra mayor se hubiera podido encontrar diferentes comportamientos de acuerdo a las complicaciones y su posible asociación entre ellas. Como segunda, al ser los récords operatorios a mano, algunos era imposible leerlos. Tercera, por la emergencia sanitaria COVID-19, se habían reorganizado todas las historias clínicas, por lo que era menor el número de historias que me podían proporcionar.

CAPÍTULO 7: Recomendaciones

- Realizar estudios prospectivos analíticos, para tener un registro estadísticamente significativo de las complicaciones de los tipos de cirugía utilizados, a mediano y largo plazo, teniendo en cuenta además reingresos y reintervenciones
- Separar las patologías entre benignas y malignas para así tener mejores resultados dependiendo del tipo de histerectomía que se le vaya a realizar a los pacientes

- Tener en cuentas variables como podrían ser IMC y peso uterino puesto que esto puede ser un factor influyente en el tipo de histerectomía, tiempo de cirugía y posibles complicaciones que llegasen a presentar

BIBLIOGRAFÍA

1. Pantoja-Garrido M, Frias-Sanchez Z, Villar-Sanchez A. Curva de aprendizaje en histerectomía laparoscópica. ¿Cuántas intervenciones se necesitan para dominar la técnica con estándares de seguridad? Ginecol Obstet México. 2017;86(1).
2. Janda M, Gebiski V, Davies LC, Forder P, Brand A, Hogg R, et al. Effect of Total Laparoscopic Hysterectomy vs Total Abdominal Hysterectomy on Disease-Free Survival Among Women With Stage I Endometrial Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 28 de marzo de 2017;317(12):1224-33.
3. Vega JCZ, Donis RC, Morales EYR. COMPLICACIONES PERI-OPERATORIAS EN HISTERECTOMÍA ABDOMINAL, LAPAROSCÓPICA Y VAGINAL. Rev Fed Centroam Obstet Ginecol [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://revistamedica.org/index.php/revcog/article/view/564>
4. Riega Medrano CF, Salazar Chumbimuni JM. EFICACIA DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL VERSUS HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA TOTAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y MIOMATOSIS UTERINA. Univ Priv Norbert Wien [Internet]. 25 de noviembre de 2018 [citado 17 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2527>
5. Bourgin C, Lambaudie E, Houvenaeghel G, Foucher F, Levêque J, Lavoué V.

- Impact of age on surgical staging and approaches (laparotomy, laparoscopy and robotic surgery) in endometrial cancer management. *Eur J Surg Oncol EJSO*. abril de 2017;43(4):703-9.
6. Ortega Moscol CAM. Histerectomía convencional y laparoscópica beneficios y complicaciones en hospitales de Piura 2018 - 2019. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2021 [citado 17 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/7573>
 7. Corrado G, Cutillo G, Pomati G, Mancini E, Sperduti I, Patrizi L, et al. Surgical and oncological outcome of robotic surgery compared to laparoscopic and abdominal surgery in the management of endometrial cancer. *Eur J Surg Oncol*. 1 de agosto de 2015;41(8):1074-81.
 8. Vargas-Lejarza S, Villagra-Blanco V, Vargas-Lejarza S, Villagra-Blanco V. Análisis de causas de reingreso en pacientes histerectomizadas. *Acta Médica Costarric*. marzo de 2016;58(1):27-31.
 9. Guo J, Yang L, Cai J, Xu L, Min J, Shen Y, et al. Laparoscopic procedure compared with open radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy in early cervical cancer: a retrospective study. *OncoTargets Ther*. 18 de septiembre de 2018;11:5903-8.
 10. Ospina L, Paola J, Alvarez Z. EFICACIA DE LA HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA COMPARADO CON LA HISTERECTOMIA CONVENCIONAL PARA LA DISMINUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES POST OPERADOS. :39.
 11. Ponce R. La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. *Rev Cuba Cir*. 1 de marzo de 2015;54:82-95.
 12. Alemzadeh H, Raman J, Leveson N, Kalbarczyk Z, Iyer RK. Adverse Events in Robotic Surgery: A Retrospective Study of 14 Years of FDA Data. *PLoS ONE*. 20 de abril de 2016;11(4):e0151470.
 13. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. :38.
 14. Líneas de Investigación [Internet]. UEES - Universidad Espiritu Santo. [citado 13 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.uees.edu.ec/investigacion/lineas-de-investigacion/>
 15. García Rodríguez ME, García Basulto MJ, García Rodríguez ME, García Basulto MJ. Histerectomía vaginal. Apuntes históricos. *Gac Médica Espirituana*. abril de 2019;21(1):59-69.
 16. Vásquez-Ciriaco S, Isla-Ortiz D, Palomeque-Lopez A, García-Espinoza JA, Jarquín-Arremilla A, Lechuga-García NA. Experiencia inicial en el tratamiento de enfermedad ginecológica benigna y maligna por laparoscopia en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. *Cir Cir*. 1 de enero de 2017;85(1):12-20.
 17. Villanueva AFA, García AZ, Merino RA. Comparación de tasas de complicaciones quirúrgicas entre histerectomía total por vía laparotomía y laparoscópica en un hospital privado de tercer nivel. 2019;4.
 18. Lastra JSU, Jiménez JPV. RESULTADOS QUIRURGICOS DE TRES TECNICAS DE HISTERECTOMIA EN PATOLOGIA GINECOLOGICA BENIGNA, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR-MEDERI. 2018;71.
 19. Ramírez-Cornelio M, Jiménez-Bonola A, Neri-Rubio E, Rodríguez-Pazos OJ. Desarterialización en la hemorragia obstétrica: ligadura de hipogástricas, ováricas, Sampson. Seguimiento por angiotomografía computada pélvica. *Ginecol Obstet México*. :14.
 20. Kietpeerakool C, Aue-aungkul A, Galaal K, Ngamjarus C, Lumbiganon P.

- Histerectomía radical con preservación nerviosa para el cáncer de cuello de útero en estadio inicial. [citado 17 de septiembre de 2021]; Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD012828/GYNAECA_histerectomia-radical-con-preservacion-nerviosa-para-el-cancer-de-cuello-de-utero-en-estadio-inicial
21. Nguyen-Xuan H-T, Pierret M, Koual M, Ngo C, Deloménie M, Bonsang-Kitzis H, et al. Histerectomía radical en cirugía mínimamente invasiva: lugar de la laparoscopia y de la laparoscopia asistida por robot. *EMC - Ginecol-Obstet.* 1 de junio de 2021;57(2):1-11.
 22. Fergusson RJ, Rodriguez MB, Lethaby A, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [citado 17 de septiembre de 2021];(8). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000329.pub3/full/es>
 23. Sepúlveda A J, Alarcón N MÁ. Manejo médico de la miomatosis uterina: Revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol.* febrero de 2016;81(1):48-55.
 24. Ulett NM. Actualización en los puntos clave de la endometriosis. *Rev Medica Sinerg.* 1 de mayo de 2019;4(5):35-43.
 25. Fuentes MN. Complicaciones de la histerectomía en función de su vía de abordaje y otros factores [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad de Granada; 2018 [citado 17 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=150134>
 26. Barra PR, Torrealba SV, Alarcán RP, Hermosilla VMi. Histeropexia vs histerectomía para el tratamiento quirúrgico del prolapso genital: revisión sistemática. *ARS MEDICA Rev Cienc Médicas.* 27 de septiembre de 2019;44(3):54-61.
 27. Darin MC, Rampulla R, Cucci S. Tumor de ovario borderline. Impacto de la cirugía de estadificación. Estudio retrospectivo del Hospital Británico de Buenos Aires. *FASGO* [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/home-revista/115-revista-fasgo/n-9-2020/2214-tumor-de-ovario-borderline-impacto-de-la-cirugia-de-estadificacion-estudio-retrospectivo-del-hospital-britanico-de-buenos-aires>
 28. Wyant T, Alteri R, Kalidas M. Cirugía para el cáncer de cuello uterino. *Am Cancer Soc* [Internet]. enero de 2020 [citado 17 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento/cirugia.html>
 29. Ramirez P, Salvo G. Cáncer de endometrio - Ginecología y obstetricia. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. septiembre de 2019 [citado 17 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/tumores-ginecol%C3%B3gicos/c%C3%A1ncer-de-endometrio>
 30. Mora AS, Castillo AS, Ellis CG. Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix. *Rev Medica Sinerg.* 1 de marzo de 2020;5(3):e395-e395.
 31. Vargas-Hernández VM, Vargas-Aguilar VM, Aboharp-Hasan Z, Sosa-Durán EE. Cáncer de ovario. De la detección a la prevención. :13.
 32. Volio AZ. Sarcomas uterinos. *Rev Medica Sinerg.* 2 de diciembre de 2016;1(12):10-4.
 33. Ortiz M. Comparación de la morbilidad operatoria entre histerectomía laparoscópica y abdominal. *REVMEDUAS.* marzo de 2019;9(3).
 34. Puetate Paucar DE. Complicaciones orgánicas y psicológicas en pacientes

- sometidas a histerectomía intervenidas en el Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora en el servicio de ginecología del mes de junio a diciembre del año 2016. 2017 [citado 17 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11283>
35. Konishi I. Basic Principle and Step-by-Step Procedure of Abdominal Hysterectomy. *Surg J.* 26 de diciembre de 2018;5(Suppl 1):S11-21.
 36. Dutta DK. Abdominal Hysterectomy: A New Approach for Conventional Procedure. *J Clin Diagn Res [Internet].* 2014 [citado 11 de noviembre de 2021]; Disponible en: http://www.jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2014&volume=8&issue=4&page=OC15&issn=0973-709x&id=4307
 37. Gregg S, Casella G, Scala F, Falcone F, Visconti S, Scaffa C. Surgical Management of Early Cervical Cancer: When Is Laparoscopic Appropriate? *Curr Oncol Rep.* 27 de enero de 2020;22(1):7.
 38. Nagata H, Komatsu H, Nagaya Y, Tsukihara S, Sarugami M, Harada T, et al. Comparison of Total Laparoscopic Hysterectomy with Abdominal Total Hysterectomy in Patients with Benign Disease: A Retrospective Cohort Study. *Yonago Acta Med.* diciembre de 2019;62(4):273-7.
 39. Lane S, Rivlin M, Higgins R. Laparoscopic Hysterectomy: Overview, Indications, Contraindications. 2018 [citado 11 de noviembre de 2021]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1839957-overview>
 40. Working group of ESGE. Surgical steps of total laparoscopic hysterectomy. *Facts Views Vis ObGyn.* junio de 2019;11(2):103-10.
 41. Ortiz FM, Zepeda MAL, García EE, Pineda JMS, Rico HBL. Histerectomía total laparoscópica: complicaciones y evolución clínica en una serie de 87 casos. *Ginecol Obstet México.* 2008;6.
 42. Ruiz MEO. Miomatosis uterina. :12.
 43. Eyler MA, Ponce J, Rossn M. Elección de la Vía de Abordaje en Histerectomía: ¿Volver Al Pasado? [Internet]. FASGO. 2021 [citado 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/home-revista/124-revista-fasgo/n-11-2021/2485-eleccion-de-la-via-de-abordaje-en-histerectomia-volver-al-pasado>
 44. Garrido MP, Sánchez ZF, Ruiz MF, Novo SR, Sánchez ÁV. Implementación quirúrgica de la histerectomía vía laparoscópica en el Hospital General Santa María del Puerto (Cádiz). 2019;7.
 45. Palmero FJA, Expósito ME, Pérez OF, Pérez AM, Rodríguez CM, Palmero LA. Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Cuba Cir.* 2011;50(1):82-95.
 46. Sicilia MA, Sigler YR, Baños LGG. Histerectomía totalmente laparoscópica en el Hospital General Docente «Iván Portuondo». *Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet].* 22 de diciembre de 2017 [citado 11 de noviembre de 2021];43(3). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/236>
 47. Aboufotouh M, Chaalan F, Mohammed AB. Laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: a retrospective study at a tertiary hospital. *Gynecol Surg.* 10 de abril de 2020;17.
 48. Tomov ST, Gortchev GA, Tanchchev LS, Dimitrov TI, Tzvetkov CA, Popovska SL. Perioperative Outcomes Of Laparoscopic Hysterectomy: Comparison With Abdominal, Vaginal, And Robot-Assisted Surgical Approaches. *J Biomed Clin Res.* 1 de junio de 2015;8(1):52-60.
 49. Fathy M, Al-Azony H, Hasanen E, Abd-Elhamid N. Total Laparoscopic

Hysterectomy versus Total Abdominal Hysterectomy in Uterine Tumors. Egypt J Hosp Med. 1 de julio de 2018;72(10):5427-32.

Anexos

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE SOLICITUD POR PARTE DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL CLÍNICA KENNEDY

Guayaquil, 23 de Julio del 2021

Señor Dr.

Marlon Lama Valverde.

Director clínica Kennedy.

De mis consideraciones

Por medio de la presente yo Sebastián Barrera Acaiturri-Villa, solicito a ud muy comedidamente se me permita acceder a las historias clínicas de Histerectomías Abdominales de los cinco últimos años.

Esto me permitirá realizar el estudio correspondiente a mi tesis de grado para la obtención del título de Médico en la Facultad de Medicina de la UESS.

El tema de la tesis es un estudio comparativo de las Histerectomías Abdominales con las Histerectomías Laparoscópicas.

Agradezco de antemano la atención de este pedido.

Sebastián Emilio Barrera Acaiturri-Villa
CI: 0919211870


Dr. Marlon Lama Valverde
Médico Traumatólogo Ortopedista
M.S.P. Fecha: 23/08/1988
Reg 7211 Tomo 1 Pag. 112 Folio 2317
Hospital Clínica Kennedy