



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**COMPARACIÓN ENTRE HISTERECTOMÍA VAGINAL DE ÚTERO
NO PROLAPSADO Y LA
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL**

PRESENTADA POR
CARLOS ENRIQUE FUENTES CHERO

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

LIMA – PERÚ

2015



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

**COMPARACIÓN ENTRE HISTERECTOMÍA VAGINAL DE ÚTERO
NO PROLAPSADO Y LA
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL**

TESIS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTADA POR

FUENTES CHERO, CARLOS ENRIQUE

LIMA-PERÚ

2014

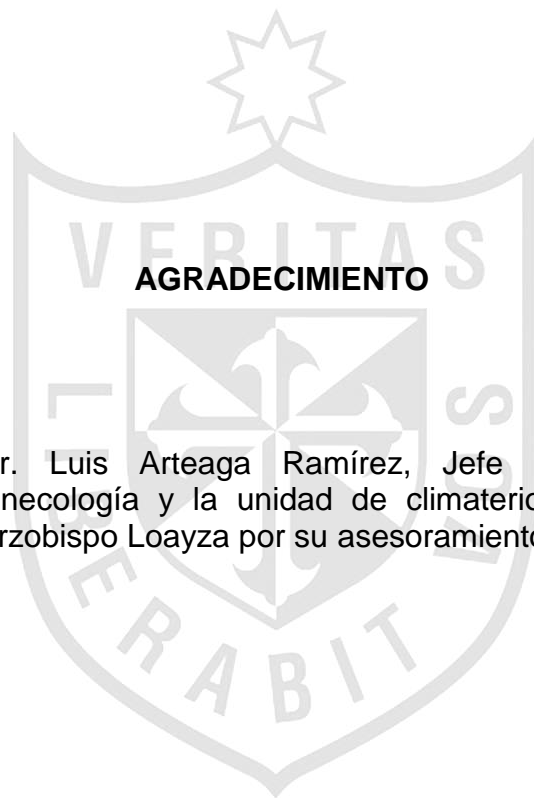
DEDICATORIA

A mis padres Joel y Yolanda, por su apoyo y comprensión

A mi esposa Gisella, por ser mi fiel compañera

A mi hijo Sebastián, mi motivación





AGRADECIMIENTO

Dr. Luis Arteaga Ramírez, Jefe del departamento de ginecología y la unidad de climaterio del hospital nacional Arzobispo Loayza por su asesoramiento

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice	vi
INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO	5
II. METODOLOGÍA	12
III. RESULTADOS	17
IV. DISCUSIÓN	24
V. CONCLUSIONES	29
VI. RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	
1. Consentimiento informado	
2. Instrumento de recolección de datos	

RESUMEN

Objetivo: Conocer cuál de los tipos de histerectomía vaginal de útero no prolapsado (HV) e histerectomía abdominal (HA) tiene más ventajas quirúrgicas y clínicas.

Materiales y métodos: Mediante un estudio comparativo prospectivo, se operaron a 21 pacientes con HV y 40 con HA, que cumplieron los criterios de inclusión, durante el periodo de octubre 2012 y abril 2013, en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza-Lima. Se evaluaron en ambos grupos, complicaciones intra y postoperatorias, tiempo quirúrgico, dolor postoperatorio, tiempo de anestesia y tiempo de recuperación, así como las causas o indicaciones más frecuentes. Se utilizaron las pruebas de comparación de medias y de proporciones.

Resultados: Los dos grupos no presentaron complicaciones intraoperatorias, y los promedios de tiempo de anestesia, tiempo quirúrgico y tiempo de recuperación fueron menores en el grupo con HV: 101 ± 18 min, 91 ± 18 min y 74 ± 22 horas, en comparación con el grupo de HA: 110 ± 26 min, 99 ± 25 min y 89 ± 20 horas respectivamente. Las pacientes con HV tienen menor dolor postoperatorio a las 6 horas, leve: 42.9%, moderado: 57.1 %, severo: 0.0 %, en comparación con 40.0 %, 52.5 % y 7.3 % respectivamente en las pacientes con HA; continuando estas diferencias durante las 12 hasta las 72 horas del postoperatorio. Las causas más frecuentes de histerectomía fueron fibromiomatosis con 70% para HA y 57 % para HV, seguido de HUA con 30% y 38.1% respectivamente. En ambos grupos la infección de herida operatoria como complicación fue baja, siendo 9.5 % en HV y 7.5 % en HA.

Conclusión: la HV tiene más ventajas quirúrgicas y clínicas que la HA según la comparación de los indicadores evaluados.

Palabras Clave: Histerectomía vaginal, histerectomía abdominal, comparación

ABSTRACT

The aim of this study was to determine which types of hysterectomy for non prolapsed uterus: vaginal hysterectomy (VH) or abdominal hysterectomy (AH) has more surgical and clinical benefits.

Using a prospective comparative study, 21 patients with HV and HA 40 that met the inclusion criteria during the period from October 2012 and April 2013, in the service of Gynecology-Archbishop Loayza National Hospital Lima were operated. Were evaluated in both groups, intra-and postoperative complications, operative time, postoperative pain, anesthesia time and recovery time, as well as the causes and most common indications. Comparison tests of means and proportions were used, considering as significant if $p < 0.05$.

The results show that the two groups showed no intraoperative complications, and the average anesthesia time, surgery time and recovery time were lower in the group with HV: 101 +18 min, 91 min and 74 +18 +22 pm in compared to the HA group: 110 + 26 99 + 25 and 89 + 20 respectively ($p < 0.05$). The HV patients have less post operative pain at 6 hours, mild: 42.9%, moderate: 57.1%, severe: 0.0%, compared to 40.0%, 52.5% and 7.3% respectively in patients with HA ($p < 0.05$); these differences continued for 12 to 72 hours postoperatively. The most frequent causes of hysterectomy were fibromiomas with 70% HA and 57% for HV, HUA followed with 30% and 38.1% respectively. In both groups there was one wound infection as a complication was low, 9.5% and 7.5% in HV HA ($p > 0.05$).

To conclude that the HV has more surgical and clinical benefits than HA according to the comparison of the indicators measured.

Keywords: Vaginal hysterectomy, abdominal hysterectomy, comparison

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas, comunes y frecuentes en ginecología por eso, es importante reafirmar la mejor vía quirúrgica. Se sabe que la Histerectomía Vaginal (HV) es la recomendable, por tener más beneficios, demostrando que está asociada con menores complicaciones, tiempo de recuperación, tiempo quirúrgico, tiempo de anestesia y dolor postoperatorio que la Histerectomía Abdominal (HA). Sin embargo; en la práctica, la proporción entre histerectomías abdominales y vaginales no han cambiado en grado importante durante los últimos 20 años, cerca del 75% de los procedimientos son abdominales. El uso persistente de la vía abdominal responde a varios factores de índole diferente de la clínica, que guían la práctica quirúrgica. Uno de ellos, es la ausencia de lineamientos formales que definan con claridad cuáles son las situaciones en las que debería elegirse una u otra vía; y otra es la falta de entrenamiento y experiencia suficiente con la técnica vaginal.

La histerectomía es uno de los procedimientos ginecológicos mayores más comúnmente efectuados en la mujer después de la operación cesárea. Las pacientes entre 20 a 49 años constituyen el segmento más grande de la población femenina que se somete a este procedimiento (aproximadamente 75 %). La edad promedio de las que se sujetan al procedimiento es de 42.7 y la mediana de 40.9 años y se han conservado constantes tanto la mediana como el promedio en los dos últimos decenios. (1) Este procedimiento puede ser realizado por vía abdominal, por vía vaginal o por vía vaginal asistida con laparoscopia. Durante el año de 1997 en los Estados Unidos se llevaron a cabo 604121 histerectomías, de las que 554118 se realizaron a causa de patologías de tipo benigno. El 63.5% de las últimas se practicó por vía abdominal y las restantes por vía vaginal. (2)

Se considera que entre el 77% y el 89% de los casos se puede utilizar la vía vaginal con lo que se tiene como consecuencia menos dolor, reducción de las complicaciones y recuperación más rápida. (3)

Las técnicas quirúrgicas más comunes de histerectomía según los autores (3, 4, 5,7,10,12,14) y las aplicadas en este estudio son: Histerectomía Vaginal de Útero No Prolapsado, mediante la técnica Peham Amreich, que consiste en practicar: Colpotomía circular, disección del espacio vésico-uterino, apertura del fondo de saco de Douglas, ligadura y sección con las agujas de Deschamps de ligamentos úteros sacros y cardinales, ligadura y sección de pedículos uterinos, luxación del cuerpo uterino, ligadura y sección del sistema anexial, y colposuspensión. Mientras que la Histerectomía Abdominal, según Técnica de Richardson, consiste en realizar una incisión, exploración abdominal, elección y colocación del separador, elevación del útero, identificación, sección y ligadura del ligamento redondo, identificación del Uréter, identificación, sección y ligadura de los ligamentos útero ováricos o infundíbulo pélvicos, movilización de la vejiga, incisión del peritoneo posterior, identificación, sección y ligadura de los vasos uterinos, identificación, sección y ligadura del ligamento cardinal, remoción del útero, cierre del manguito vaginal, lavado y hemostasia, cierre del peritoneo, cierre de pared abdominal y cierre de la piel.

Los antecedentes muestran menos dolor, complicaciones intraoperatorias y posoperatorias, tiempo quirúrgico, tiempo de recuperación y tiempo de anestesia en la histerectomía vaginal de úteros no prolapsado en comparación con la histerectomía abdominal. (7,8,9,10,11,12,13) Asimismo sólo una investigación muestra más complicaciones urinarias en las histerectomías vaginales. (14). A pesar de lo mencionado en el Perú y EE.UU. se realizan más histerectomías abdominales que histerectomías vaginales debido a la falta de entrenamiento y ausencia de lineamientos formales que definan con claridad cuáles son las situaciones en las que debería elegirse una u otra vía. (15)

Por lo expuesto, el presente trabajo tiene su justificación, debido a que la comparación de estas dos vías en los estudios citados se encuentra varios aspectos que aún no están claros (complicaciones, dolor postoperatorio, tiempo quirúrgico) y que son necesarios para poder establecer cual método es el más adecuado. Asimismo estos estudios pertenecen a la realidad de otros

países; por lo tanto, es necesario comparar estas dos técnicas en nuestro medio.

Es así que, en esta investigación se comparará el dolor postoperatorio, complicaciones intra y postoperatorias, tiempo quirúrgico, tiempo de recuperación y tiempo de anestesia entre la histerectomía vaginal de útero no prolapsado y histerectomía abdominal en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período comprendido entre octubre del 2012 y abril del 2013; con la finalidad de identificar cual es la mejor vía en nuestro medio.

Para lo cual se enunció el siguiente Problema:

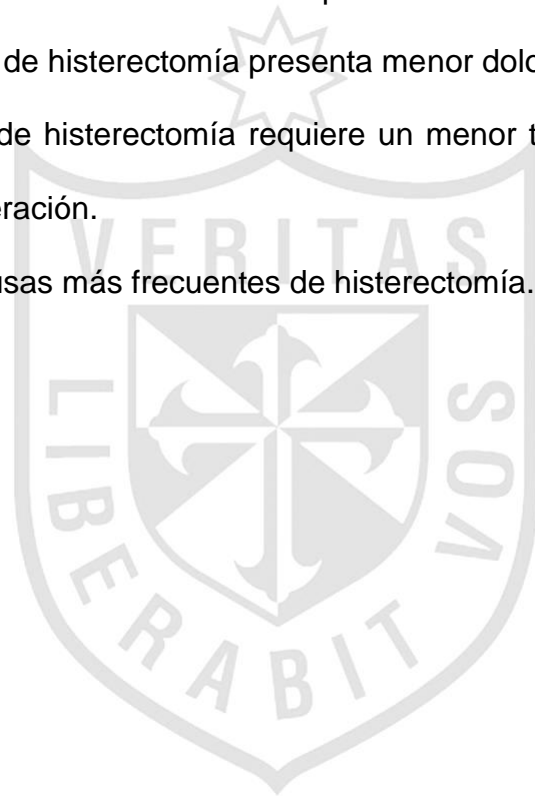
¿La histerectomía vaginal de útero no prolapsado presenta menos dolor postoperatorio, complicaciones intra y postoperatorias, menor tiempo quirúrgico, menor tiempo de hospitalización, menor tiempo de recuperación y menor tiempo de anestesia que la histerectomía abdominal en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en un período comprendido entre octubre del 2012 y abril del 2013?

Objetivo General:

Conocer los resultados entre histerectomía vaginal de útero no prolapsado e histerectomía abdominal en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima.

Objetivos Específicos:

- 1) Determinar qué tipo de histerectomía tiene menos complicaciones intra y postoperatoria.
- 2) Establecer qué tipo de histerectomía requiere menor tiempo quirúrgico.
- 3) Precisar qué tipo de histerectomía presenta menor dolor postoperatorio.
- 4) Indicar qué tipo de histerectomía requiere un menor tiempo de anestesia y tiempo de recuperación.
- 5) Identificar las causas más frecuentes de histerectomía.



I. MARCO TEÓRICO

Dentro de las indicaciones o causas de histerectomías según diversos autores, (1,2,3,4) se consideran: a) Fibromiomatosis, los leiomiomas o miomas son, tumores pélvicos más frecuentes en las mujeres; la necesidad de practicarlas deberá considerarse solo en las pacientes que no desean tener más hijos. La decisión suele basarse en la necesidad de tratar síntomas como hemorragia uterina anormal o dolor pélvico; b) Hemorragia uterina disfuncional, es la indicación para efectuar cerca de 20% de las histerectomías. Deberá reservarse para las pacientes que no reaccionan o no toleran el tratamiento médico; c) Dismenorrea resistente al tratamiento: solo si fracasa el tratamiento médico y la paciente no desea conservar la fertilidad se considerará la necesidad de efectuar histerectomía, d) Dolor pélvico: la histerectomía debe efectuarse solo en las pacientes que tienen dolor de origen uterino que no reaccionan a las medidas terapéuticas no quirúrgicas y quirúrgicas; e) Neoplasia cervical intraepitelial: la histerectomía es una opción terapéutica apropiada en las mujeres con neoplasia cervical intraepitelial de alto grado recurrente que no desean preservar la fertilidad ; f) Prolapso genital, se debe recurrir a la histerectomía cuando el prolapso deteriore la calidad de vida de la paciente. A menos que haya un trastorno acompañante que requiera incisión abdominal, la histerectomía vaginal es el acceso preferido para el prolapso genital.

Asimismo constituyen indicaciones; (1,2,3,4,5) g) Urgencias obstétricas: la mayor parte de las histerectomías de urgencia se efectúan a causa de hemorragia posparto debida a atonía uterina, placenta ácreta o placenta increta; h) Rotura del útero o absceso pélvico que no reacciona al tratamiento médico; i) Endometriosis: deberá efectuarse histerectomía solo en las pacientes que no reaccionan al tratamiento quirúrgico conservador o al tratamiento médico; j) Cáncer: las metástasis a sitios no ginecológicos pueden producir síntomas que requieren histerectomía. Como procedimiento primario deberá considerarse la necesidad de efectuar histerectomía con salpingoo - forectomia bilateral en las pacientes con carcinoma colorrectal; k) Tumor ovárico benigno: son persistentes o son sintomáticos requieren

tratamiento quirúrgico. Si la conservación de la fertilidad no es un problema o la paciente es peri o posmenopáusica, deberá decidirse si es conveniente o no resecar el útero.

La vía vaginal es la ruta preferida para el abordaje uterino en patologías confinadas a este órgano (prolapso, leiomiomas pequeños y sintomáticos, metrorragias disfuncionales recurrentes o graves) y en carcinoma cervical in situ; esto se debe a que la vía vaginal ha demostrado presentar menos complicaciones en comparación con otras técnicas en el tratamiento de estas patologías (2). En la actualidad, es discutible la opinión que las patologías o situaciones más graves requieren la adopción del abordaje abdominal; debido a que se ha comprobado que la elección de la vía quirúrgica no siempre se guía por esta premisa, dado que se opta por esta elección cuando no se posee el diagnóstico de certeza que solo se logra en el acto quirúrgico. (1)

En lo referente a las afecciones benignas la primera pregunta a responder es si existe o no la indicación de histerectomía como medida terapéutica. Luego debe establecerse si el útero es accesible por vía vaginal, en caso negativo debe optarse por la vía abdominal (3) y de ser positiva, debe determinarse si la patología está confinada al útero o no. En caso la patología está confinada al útero el abordaje recomendado es el vaginal; de no ser así, debe consignarse si la asistencia laparoscópica puede facilitar la remoción por vía vaginal, caso contrario la única alternativa es la vía abdominal (5). Si es positivo se debe aclarar si el tamaño del útero resulta apto para el manejo quirúrgico (el límite para el abordaje vaginal oscila entre los 280 y los 400 gr). El útero puede no ser accesible por vía vaginal si existe estrechamiento vaginal.

Las complicaciones más comunes de la histerectomía considerada por diversos autores (3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12, 13) son: a) Lesión ureteral, el uréter puede ser algunas veces visualizado o palpado durante la histerectomía vaginal. La mejor forma de evitar la lesión ureteral es colocar todos los puntos, cortes y suturas cerca del útero y mantener la vejiga fuera del campo operatorio; b) Lesión vesical, ocurre en uno a dos por ciento de los casos, la vejiga es más

comúnmente perforada mientras se realiza la entrada en el fondo de saco anterior durante la histerectomía abdominal; c) Lesión intestinal, la lesión del intestino delgado es rara presenta una incidencia de aproximadamente 0.4%; d) Lesión colónica, el colon ascendente o descendente y el recto pueden ser lesionados durante la histerectomía, el colon transverso es lesionado en raras ocasiones debido a que está bien apartado del campo operatorio; (9, 10, 12, 14) e) Hemorragia, la pérdida de sangre en promedio es de 300ml. el sangrado arterial significativo es usualmente de las arterias uterinas o de los vasos ováricos cercanos a la inserción de los ligamentos infundíbulo pélvicos y ocurre en menos del uno por ciento de los casos; f) Sangrado venoso, es con frecuencia más molesto que el sangrado arterial, el sangrado de los bordes peritoneales o superficies desnudas puede también representar una molestia que hay que tomar en cuenta. La hemorragia postoperatoria tardía y temprana ocurre en dos por ciento de los casos. El sangrado postoperatorio temprano puede presentarse como sangrado vaginal o como deterioro de los signos vitales, caída del nivel de hematocrito o dolor abdominal o en el flanco, se debe usualmente a sangrado del borde vaginal o de uno de los pedículos mientras que el sangrado tardío puede representarse como hemorragia retro peritoneal; g) Infección, cuya morbilidad febril ocurre en aproximadamente 15% de los casos, la mitad de ellos no tiene causa obvia. Esta tasa puede ser reducida substancialmente con el uso de profilaxis antibiótica. La infección después de una histerectomía vaginal puede ser clasificada como celulitis vaginal, celulitis pélvica, absceso pélvico y hematoma pélvico infectado; (1,4): h) Retención urinaria, (1,4) es la única complicación postoperatoria que es mayor en pacientes que se realizan histerectomía vaginal comparado con aquellos que se realizan histerectomía abdominal; i) Prolapso de las trompas de Falopio, es una complicación postoperatoria poco común, frecuentemente confundida con granulación de la cúpula vaginal; j) Prolapso de la cúpula vaginal, la evisceración del intestino delgado hacia la vagina es una complicación rara usualmente ocurre en el período postoperatorio temprano, puede estar asociado con la maniobra de valsalva, con vómito o tos severa; (9, 10,12,14) k) mortalidad, para una mujer de 40 años de edad la tasa es de aproximadamente 5 por 10000 casos, pero se incrementa cerca de 7.5 por 10000 para una mujer de 50 años. Si todas las mujeres de 15 a 44 años fueran

incluidas la tasa de mortalidad sería cerca de 20 por 10000 casos; (1,3,4) i) fístula vésico vaginal, son más frecuentes después de histerectomía abdominal total por enfermedad ginecológica benigna, las medidas transoperatorias deberán aplicarse para evitar que se forme una fístula vésico - vaginal con identificación correcta del plano apropiado entre vejiga y cuello uterino, disección de la vejiga mediante un instrumento cortante y cuidado al pinzar y suturar el manguito vaginal. Es raro el desarrollo de fístula vésico - vaginal postoperatoria después de histerectomía. La incidencia llega a ser de 0.2%.

En relación a los antecedentes sobre histerectomías, se cita a los siguientes autores con sus principales resultados y conclusiones pertinentes al tema de estudio.

Benassi, L., Rossi, T., Kaihura, C. *et al*, (2002), comparan las ventajas, desventajas, y los resultados de 60 pacientes que se someten a una histerectomía vaginal y 59 a histerectomía abdominal. No hubo diferencias importantes en la edad del paciente, el peso, la paridad y el peso del útero entre los dos grupos. El tiempo operatorio fue significativamente inferior para la vía vaginal en comparación con la vía abdominal (86 minutos vs minutos 102, $p < .001$). No hubo diferencias significativas en las complicaciones intraoperatorias y sangrado quirúrgico. En el postoperatorio, se encontró una mayor incidencia de la fiebre (30,5% vs 16,6%, $P < .05$) y la demanda de analgésicos (86% vs 66%, $P < .05$) en el grupo abdominal en comparación con el grupo vaginal. Ventajas significativas de la histerectomía vaginal fueron una reducción en la estancia hospitalaria (3 días frente a 4 días, $p < .001$) y el costo. En base a estos resultados, dicho estudio concluye que se debe conducir a la elección de la histerectomía vaginal como una alternativa válida a la histerectomía abdominal.

Ribeiro, S., Ribeiro, R., Santos, N., Pinotti, J. (2003), evalúan el tiempo operatorio, la pérdida de sangre en pacientes sometidas a histerectomía. Participaron 60 pacientes, de las cuales 20 fueron sometidas a la histerectomía abdominal total, 20 a histerectomía vaginal y 20 a histerectomía laparoscópica. Determinan tiempo operatorio más corto para la histerectomía vaginal, y no

hubo diferencia significativa entre la histerectomía abdominal total y la histerectomía laparoscópica. La reducción de hemoglobina fue más evidente después de la histerectomía vaginal, seguida de la histerectomía abdominal total y la histerectomía laparoscópica. En conclusión la histerectomía por vía vaginal presenta resultados superiores en términos de tiempo quirúrgico comparado con la vía abdominal total y la vía laparoscópica y debería ser la primera opción para la histerectomía.

Vesperinas, G., Rondini, C., Troncoso, C., Morán, B., Levancini, M., Avilés, C. y Troncoso, F. (2005) estudian la Histerectomía vaginal, abdominal y vaginal asistida por laparoscopia: un análisis prospectivo y aleatorio, donde evalúa el resultado a corto plazo de tres técnicas de histerectomía en 117 pacientes sin prolapso uterino, distribuidas al azar y sometidas a histerectomía vaginal (HV), abdominal (HAT) y vaginal asistida por laparoscopia (HVLA). Determina tiempo operatorio mayor en el grupo HVLA comparado con el de HAT (95,5 v/s 74,0 minutos, $p < 0,001$) y el de éste, a su vez, mayor que el del grupo de HV (74,0 v/s 52,9 minutos, $p < 0,001$). No hubo diferencias significativas en las complicaciones intraoperatorias ni en el requerimiento de drogas analgésicas. Las pacientes sometidas a HAT presentaron más complicaciones postoperatorias. La estadia hospitalaria fue más prolongada en el grupo HAT comparado con los otros, entre los que no hubo diferencias. El costo de la HVLA fue mayor que el de la HAT y el de ésta superior al de la HV. Concluyen que la vía vaginal debe ser la primera elección en pacientes sin prolapso en casos seleccionados. La HAT debe considerarse para aquellas pacientes en que no esté indicado el abordaje vaginal o laparoscópico.

Campbell, E., Xiao, H., Smith, M. (2003), estudian los (Types of hysterectomy, en Comparison of characteristics, hospital costs, utilization and outcomes) comparan los costos, las características del paciente y los resultados de las técnicas de histerectomía abdominal, vaginal y vaginal asistida por laparoscopia (HVAL). Un total de 23,191 registros fueron utilizados para comparar las tres técnicas excluyéndose pacientes con cáncer. Afirman que la histerectomía asistida por laparoscopia genera mayores costos hospitalarios, estadías más cortas y ninguna diferencia en las complicaciones quirúrgicas en

comparación con la histerectomía vaginal y abdominal. En conclusión la histerectomía asistida por laparoscopia es más costosa que la histerectomía abdominal total. Por otro lado la histerectomía vaginal ofrece una recuperación más rápida, sin diferencia apreciable en la tasa de complicaciones.

Nieboer, T., Johnson, N., Lethaby, A., Tavender, E., Curr, E., Garry, R., Van Voorst, S., Willem, B., Mol, J., Kluivers, K. (2009), evalúan los abordajes quirúrgicos de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas proponiendo determinar cuál es más beneficioso y menos perjudicial para la histerectomía en pacientes con enfermedades ginecológicas benignas. Desarrollan 34 estudios incluidos con 4, 495 mujeres. Los beneficios de la HV versus la HAT fueron: una reincorporación a las actividades normales más rápida (diferencia de medias [DM] 9,5 días), menos episodios febriles o infecciones no especificadas y una menor duración de la estancia hospitalaria (DM 1,1 días). Los beneficios de la HVAL versus la HTL eran menos episodios febriles o infecciones no especificadas y menor duración de la cirugía (DM 25,3 minutos). No había pruebas de beneficios de la HL versus la HV, y se produjo un aumento en la duración de la cirugía (DM 39,3 minutos) así como hemorragia significativa en la HL. Concluyendo que cuando sea posible, se debe realizar una HV en lugar de una HAT. Cuando no es posible realizar una HV, la HL puede evitar la necesidad de realizar una HA.

Kovac Robert, (2004), menciona que la histerectomía abdominal se realiza en los Estados Unidos en una proporción de 3:1 con respecto a histerectomía vaginal, a pesar que ésta ofrece ventajas con respecto al tiempo operatorio, las tasas de complicaciones, la recuperación, volver a sus actividades diarias, y los costes totales de tratamiento. De hecho, el predominio de la vía abdominal puede deberse a la formación de los residentes, el uso de directrices limitadas u obsoletas, una presunción más que una confirmación de que existe la patología que contraindique un abordaje vaginal, y las ideas erróneas acerca de la seguridad y el costo de la histerectomía vaginal. La evidencia también muestra que la histerectomía transvaginal es factible y óptima para los tipos de pacientes que han sido considerados candidatos no aptos para la vía vaginal.

Nueva instrumentación facilita el abordaje vaginal y contribuye a mejorar la hemostasia y la disminución del tiempo operatorio.

Silva, A., Andrade, R., Sena de Magalhães, R., Belo, A., and Triginelli, S. (2006), comparan los resultados a corto plazo de la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes sometidos a histerectomía total abdominal (HAT) y la histerectomía vaginal (HV) para la enfermedad uterina benigna con 30 pacientes en cada grupo. Los criterios de exclusión fueron el prolapso uterino, indicación de cirugía asociada y el tamaño del útero ≥ 300 cm³. Después de un mes de la operación las histerectomizadas llenaron cuestionarios de seguimiento con una tasa de respuesta del 100%, y consistió en una entrevista con la aplicación del cuestionario SF-36 (capacidad funcional, aspecto físico y el dolor) y la evaluación de la tasa de satisfacción. Bajos resultados postoperatorios de la calidad de vida se encontraron en el grupo de HAT, en comparación con el grupo de HV en la capacidad funcional ($p = 0,002$), aspecto físico ($p = 0,008$) y dolor ($p = 0,002$). El índice de satisfacción general con la cirugía fue similar en los dos grupos de pacientes ($p = 0,147$). Sin embargo, una tasa más alta de los pacientes sometidos a HV elegiría la misma modalidad terapéutica (65,5 frente a 90%, $p = 0,021$). Concluyen que existe una mejor calidad de vida postoperatoria y mayor índice de satisfacción se encontró en el HV cuando se compara con HAT.

Lakeman, M., Van Der Vaart Ch, and Roovers J, (2010), en su trabajo menciona que 430 pacientes fueron sometidas a histerectomía vaginal o abdominal para enfermedades benignas que no sea el prolapso genital. Los pacientes participantes completaron un cuestionario validado de la enfermedad antes de la cirugía, 6 meses y 3 años después de la cirugía. Mostraron que 112 mujeres sometidas a histerectomía vaginal y 318 histerectomía abdominal. Después de la corrección de las diferencias en el tamaño del útero, el descenso del útero y otras diferencias, los STUI fueron más comunes a los 3 años después de la cirugía vaginal (OR 2,2, IC 95%: 1,3 a 4,0). Concluyen que los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) son más frecuentes en los pacientes que han sufrido una histerectomía y parecen ser más comunes después de una histerectomía vaginal.

II. METODOLOGÍA

1. Tipo de investigación

Estudio descriptivo prospectivo comparativo.

2. Diseño de investigación

Cohorte prospectiva

3. Población y muestra de estudio

La población estaba constituida por todas las pacientes que se sometieron a histerectomía abdominal y vaginal en útero no prolapsado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, del pabellón 5-I.

La población fue de 21 pacientes para la histerectomía vaginal de útero no prolapsado y 40 por vía abdominal, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión, durante el periodo comprendido entre octubre del 2012 y abril del 2013 en el pabellón cinco primera del servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza- Lima.

Criterios de Inclusión:

- Úteros no prolapsados (perfil de Baden de 0 a 1).
- Úteros de hasta 830 cc según valoración clínica y ecográfica.
- Indicaciones de histerectomía por causas benignas y/o displasia severas de cérvix.

Criterios de Exclusión:

- Antecedente de peritonitis de cualquier origen.
- Antecedente de absceso tubo-ovárico.
- Antecedente de 2 o más cesáreas.

4. Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.1 Técnicas de recolección de datos

Los datos serán recolectados luego de una entrevista directa con el paciente, utilizando una ficha.

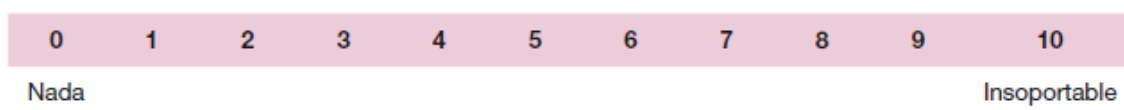
4.2 Instrumento de recolección de datos:

Contiene información general de la paciente así como datos del proceso pre, intra y postoperatorio (ver Anexo 2).

Definiciones conceptuales:

- a) Complicaciones intraoperatorias: son aquellas complicaciones que se presentan durante el periodo en el cual se desarrolla el procedimiento quirúrgico. Esta información se obtuvo del protocolo operatorio, de la epicrisis. Se tuvieron en cuenta lesiones ureterales, lesión vesical, lesión intestinal y hemorragia.
- b) Hemorragia intraoperatoria y postoperatoria, se definió como aquella pérdida hemática que requiriera transfusión o la que ocasionara un descenso del hematocrito de 10 o más puntos.
- c) Complicaciones postoperatorias: son aquellas complicaciones que se presentan durante el periodo comprendido entre el final del procedimiento quirúrgico y el alta de la paciente. Esta información se obtuvo de la epicrisis. Las complicaciones postoperatorias que se tuvieron en cuenta fueron 7 : infección de herida, hemorragia, retención urinaria, lesión ureteral, fístula vésico-vaginal, prolapso de la trompa de Falopio y mortalidad.
- d) Tiempo quirúrgico: Es el tiempo en minutos transcurrido desde el inicio del procedimiento quirúrgico hasta el final del mismo. Esta información se obtuvo del protocolo operatorio o en su ausencia, de la hoja de anestesia.
- e) Dolor postoperatorio: Es la intensidad del dolor presente después del procedimiento quirúrgico, para medir la intensidad del dolor se utilizará la Escala Visual Analógica (EVA) que permite medir la

intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros. Se anotará los resultados cada hora las primeras seis horas, luego cada tres horas durante el primer día y cada seis durante los días siguientes, hasta el alta. La indicación de drogas analgésicas están establecidas: tramadol 100mg EV c/ 8 h el postoperatorio inmediato, ketorolaco 10mg VO c/ 8h el primer día postoperatorio, de presentar EVA mayor de cinco se administrará ketorolaco 60 mg intramuscular y los siguientes días ketorolaco 10 mg vía oral condicional a EVA mayor de cinco.



f) Tiempo de recuperación: Es el tiempo en horas cumpliendo los siguientes criterios: buen estado general de la paciente, escaso dolor abdominal (EVA menor de cinco y buena tolerancia oral con régimen liviano por más de 24 horas no tomando las horas del día del postoperatorio inmediato. La información se obtuvo de la historia clínica.

g) Diagnóstico o causa de histerectomía: Es el diagnóstico o la razón por la cual se realiza la histerectomía. La información se obtuvo del diagnóstico preoperatorio presente en el protocolo y/o la nota postoperatoria. Como causas de histerectomía se tomaron en cuenta las siguientes: Fibromiomatosis, HUA, Dolor Pélvico crónico, Neoplasia Cervical, Endometriosis

h) Edad: Es el número de años transcurridos desde el nacimiento de la paciente y la fecha actual del ingreso. Esta información se obtuvo en la

historia clínica de la paciente. Para su medición se formaron tres categorías: a) 40 o menos, b) de 41 a 49, c) 50 a más.

i) Tipo de anestesia: Es el tipo de anestesia que se utilizó durante el procedimiento quirúrgico. Esta información se obtuvo del protocolo y/o de la hoja de anestesia. Para su medición se utilizaron tres categorías: general, raquídea, peridural.

j) Tiempo de anestesia: Es el tiempo en minutos transcurrido entre la inducción de la anestesia y el final de la anestesia; esta información se obtuvo de la hoja de anestesia.

k) Volumen uterino: (Longitud en cm por anteroposterior en cm por ancho en cm) por 0.5, Según evaluación clínica y ecográfica. Esta información se obtuvo de la historia clínica.

l) Antecedente de cesárea: Identificar antecedente de cesárea en las pacientes. Esta información se obtuvo de la historia clínica. La medición de esta variable se realizó mediante la creación de dos categorías (Si o No) de acuerdo a la existencia o no de dicho antecedente.

5. Aspectos éticos

Se utilizó un consentimiento informado.

6. Métodos y procedimiento para la recolección de datos

a) Recolección de datos por el propio investigador mediante la revisión de historias clínicas y entrevista. Los datos obtenidos se manejaron con total confidencialidad y se mantuvo el anonimato de las pacientes participantes en el estudio.

b) Ordenamiento y tabulación de datos en el programa Excel.

7. Procesamiento y análisis de datos

Se utilizó el software SPSS versión 21 y los resultados están presentados en cuadro de una y doble entrada con frecuencias relativas y absolutas; acompañando en algunos de ellos los valores promedios con su desviación estándar y los intervalos de confianza, haciendo uso de la estadística descriptiva. Se utilizó la prueba de comparación de medias y de proporciones. Un valor de $P < 0.05$ fue considerado como significativo según prueba estadística “Z y prueba estadística “T” de student en las comparaciones respectivas.



III. RESULTADOS

TABLA 1: Distribución de la edad de las pacientes operadas según el tipo de histerectomía.

<i>Edad (años)</i>	<i>Histerectomía Abdominal</i>		<i>Histerectomía Vaginal</i>	
	N	%	n	%
< 40	19	47.5	05	23.8
41 - 49	14	35.0	09	42.9
>50	07	17.5	07	33.3
Total	40	100	21	100

Fuente: Datos de instrumento de recolección del servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

TABLA 2: Antecedente de cesárea de las pacientes según el tipo de histerectomía

<i>Antecedente de Cesárea</i>	<i>Histerectomía Abdominal</i>		<i>Histerectomía Vaginal</i>	
	n	%	n	%
SI	17	42.5	04	19.1
NO	23	57.5	17	80.0
Total	40	100.0	21	100.0

Fuente: Datos de instrumento de recolección del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

(*) Según prueba estadística "Z=2,02" con P valor 0,043 < 0,05 indica que los porcentajes que tuvieron antecedentes de cesárea no son similares (es significativa) en ambos tipos de histerectomía, siendo mayor la abdominal.

TABLA 3: Distribución del diagnóstico o causa de histerectomía

<i>Causa de Histerectomía</i>	<i>Histerectomía Abdominal</i>		<i>Histerectomía Vaginal</i>	
	N	%	n	%
Fibromiomatosis	28	70.0	12	57.1
HUA	12	30.0	08	38.1
Dolor Pélvico Crónico	00	0.0	01	4.8
Total	40	100.0	21	100.0

Fuente: Datos de instrumento de recolección del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

(*) Según prueba estadística "Z=099" con P valor 0,323 > 0,05 indica que los porcentajes de fibromiomatosis como causa de histerectomía son similares (no es significativa) en ambos tipos de histerectomía.

TABLA 4: Distribución del tiempo de anestesia según el tipo de histerectomía

<i>Tiempo de Anestesia (min)</i>	<i>Histerectomía Abdominal</i>		<i>Histerectomía Vaginal</i>	
	n=40	%	n=21	%
85 - 100	14	35.0	15	71.4
101 - 120	17	42.5	06	28.6
121 - 140	09	22.5	00	0.0
Promedio \pm DS	110 \pm 26		101 \pm 18	
Máximo	140		120	
Mínimo	90		85	

Fuente: Datos de instrumento de recolección del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

(*) Según prueba estadística "t" de student con 59 grados de libertad y P valor 0,162 > 0,05 indica que los tiempos promedio de anestesia son similares (no significativa) en ambos tipos de histerectomía.

TABLA 5: Tiempo quirúrgico según el tipo de histerectomía

<i>Tiempo Quirúrgico (min)</i>	<i>Histerectomía Abdominal</i>		<i>Histerectomía Vaginal</i>	
	n=40	%	n=21	%
74 - 90	14	35.0	13	61.9
91 - 110	20	50.0	08	38.1
111 - 126	06	15.0	00	0.0
Promedio \pm DS	99 \pm 25		91 \pm 18	
Máximo	126		110	
Mínimo	79		74	

Fuente: Datos de instrumento de recolección del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

(*) Según prueba estadística "t" de student con 59 grados de libertad y P valor 0,199 > 0,05 indica que los tiempos promedio quirúrgico son similares (no significativa) en ambos tipos de histerectomía.

TABLA 6: Tiempo de recuperación de las pacientes operadas según tipo de histerectomía

<i>Tiempo de Recuperación (horas)</i>	<i>Histerectomía Abdominal</i>		<i>Histerectomía Vaginal</i>	
	n	%	n	%
60 - 84	23	57.5	19	90.5
85 - 108	17	42.5	02	9.5
Total	40	100.0	21	100.0

Fuente: Datos de instrumento de recolección del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Promedio \pm DS: 89 \pm 20 74 \pm 22

Máximo: 108 108

Mínimo: 58 60

(*) Según prueba estadística "t" de student con 59 grados de libertad y P valor 0,009 < 0,05 indica que los tiempos promedio quirúrgico no son similares (es significativa) en ambos tipos de histerectomía.

TABLA 7: Volumen uterino de las pacientes operadas por histerectomía abdominal y histerectomía vaginal

Volumen Uterino (ml)	Histerectomía Abdominal		Histerectomía Vaginal	
	n	%	n	%
70 - 150	19	47.5	07	33.3
151 – 300	21	52.5	14	66.4
Total	40	100.0	21	100.0

Fuente: Datos de instrumento de recolección del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Promedio \pm DS:	175 \pm 89	182 \pm 97
Máximo :	300	280
Mínimo :	70	89

(*) Según prueba estadística "t" de student con 59 grados de libertad y P valor 0,778 > 0,05 indica que los volúmenes promedio son similares (no es significativo) en ambos tipos de histerectomía.



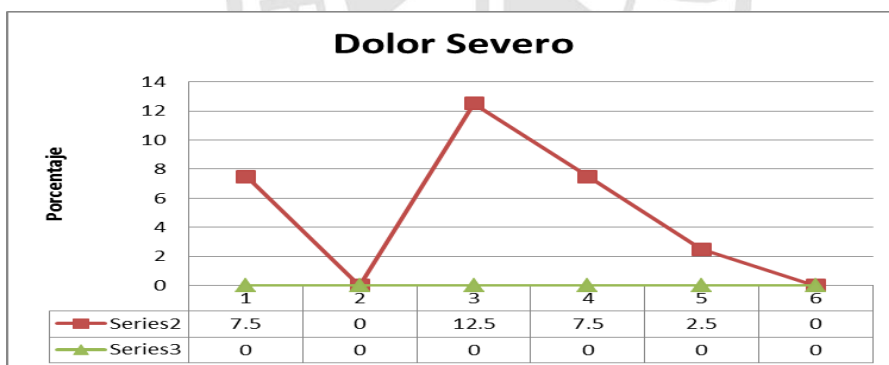
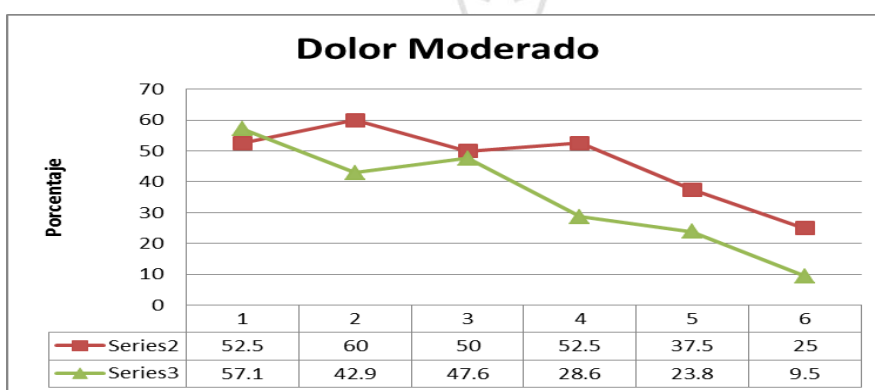
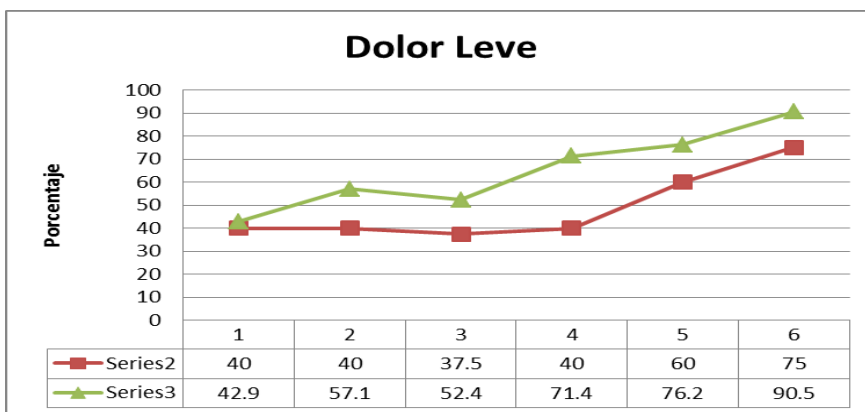
TABLA 8: Distribución del grado de dolor postoperatorio por tipo de histerectomía según el tiempo en horas

Tiempo (horas)	Grado de Dolor	Histerectomía Abdominal (n=40)		Histerectomía Vaginal (n=21)		P-VALOR DE LA PRUEBA Z DE COMPARACION DE PROPORCIONES INDEPENDIENTES
		n	%	n	%	
6	Leve	16	40.0	9	42.9	0,830
	Moderado	21	52.5	12	57.1	0,729
	Severo	3	7.5	0	0.0	0,072
12	Leve	16	40.0(°)	12	57.1(°)	0,197
	Moderado	24	60.0	9	42.9	0,197
	Severo	0	0.0	0	0.0	-----
24	Leve	15	37.5(°)	11	52.4(°)	0,264
	Moderado	20	50.0(°)	10	47.6(°)	0,860
	Severo	5	12.5	0	0.0	0,017
36	Leve	16	40.0(°)	15	71.4(°)	0,012
	Moderado	21	52.5	6	28.6	0,058
	Severo	3	7.5	0	0.0	0,072
48	Leve	24	60(°)	16	76.2(°)	0,181
	Moderado	15	37.5	5	23.8	0,256
	Severo	1	2.5	0	0.0	0,311
72	Leve	30	75.0(°)	19	90.5(°)	0,099
	Moderado	10	25.0	2	9.5	0,099
	Severo	0	0.0	0	0.0	-----

Fuente: Datos de instrumento de recolección del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

(*) Según prueba estadística "Z" con P valor > 0,05 indica que los porcentajes de grado de dolor en los diferentes tiempos son similares (no es significativa) en ambos tipos de histerectomía; a excepción que a las 36 horas del grado de dolor leve difieren significativamente.

GRÁFICO 1: Distribución del grado de dolor postoperatorio por tipo de histerectomía según el tiempo en horas



Fuente: Datos de instrumento de recolección del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Leyenda:

1:	6	horas	■	Histerectomía abdominal
2:	12	horas	▲	Histerectomía vaginal
3:	24	horas		
4:	36	horas		
5:	48	horas		
6:	72	horas		

TABLA 9: Complicaciones postoperatorias en las pacientes operadas según el tipo de histerectomía

<i>Complicación Postoperatoria</i>	<i>Histerectomía Abdominal</i>		<i>Histerectomía Vaginal</i>	
	N	%	N	%
Con Complicaciones	3	7.5	2	9.5
Infección de Herida	3	7.5	2	9.5
Sin Complicaciones	37	92.5	19	90.5
Total	40	100.0	21	100.0

Fuente: Datos de instrumento de recolección del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

(*) Según prueba estadística "Z" con P valor 0,791 > 0,05 indica que los porcentajes en los tipos de complicación postoperatoria son similares (no es significativa) en ambos tipos de histerectomía.



IV. DISCUSIÓN

Se presenta a continuación el análisis e interpretación de los resultados según los indicadores en concordancia con los objetivos del estudio y conforme a los resultados obtenidos, en base a un total de 61 cirugías, de las cuales 40 correspondieron al grupo de histerectomía abdominal (65.6%) y 21 al grupo de histerectomía vaginal (34.4%); predominando en casi el doble la vía abdominal. Al respecto Robert Kovac, en su trabajo: transvaginal hysterectomy: Rational And Surgical Approach (2004), menciona que la histerectomía abdominal se realiza en los Estados Unidos en una proporción de 3:1, sosteniendo que el predominio de la vía abdominal puede deberse a la formación de los residentes, el uso de directrices limitadas u obsoletas, una presunción más que una confirmación de que existe la patología que contraindique un abordaje vaginal, y las ideas erróneas acerca de la seguridad y el costo de la histerectomía vaginal.

La evaluación de la característica edad de las pacientes (tabla 01) muestra que la mayor frecuencia en ambos grupos con HA y HV, pertenecen al rango de más de 40 años (35 versus 42.9%), respectivamente. La edad de las pacientes en ambos grupos es similar a lo reportado en otros estudios (16 - 19). En relación a esta característica Benassi, L., Rossi, T., Kaihura, C. and *et al.* (2002), en su estudio sobre Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: a randomized clinical trial (2002), no encuentran diferencias importantes en la edad de la paciente.

Es importante mencionar que las pacientes operadas (tabla 02) presentaron antecedentes de cesárea para ambos grupos 42.5% en HA y 19.1% en HV siendo la diferencia significativa (Según prueba estadística “Z=2,02” con P valor $0,043 < 0,05$). Los resultados son similares a los reportados en otros estudios. (17,19)

Referente a la causa, motivo o indicación de histerectomía (tabla 03) el principal motivo de cirugía que más se presentó fue fibromiomatosis, con (70%) para histerectomía abdominal mientras que en histerectomía vaginal fue de 57.1% siendo la diferencia no significativa (según prueba estadística “Z=099”

con P valor $0,323 > 0,05$), valores concordantes se reportan en la literatura consultada (11,16). Esto se explica porque los leiomiomas o miomas son tumores pélvicos más frecuentes en las mujeres; la necesidad de practicarlas deberá considerarse solo en las pacientes que no desean tener más hijos y la necesidad de tratar síntomas como hemorragia uterina anormal o dolor pélvico. (1, 2, 3)

La evaluación de los indicadores relacionados al acto quirúrgico, nos muestra que la anestesia más utilizada es la peridural. Además se ven (tabla 4, 5 y 6) los promedios de tiempo de anestesia, tiempo quirúrgico y tiempo de recuperación fue mayor en el grupo de histerectomía abdominal con 110 ± 26 min, 99 ± 25 min y 89 ± 20 horas, en comparación con los de HV: 101 ± 18 min, 91 ± 18 min y 74 ± 22 horas respectivamente, siendo la diferencia no significativa en el tiempo de anestesia y tiempo quirúrgico (Según prueba estadística "T" de student con 59 grados de libertad P valor $0,162 > 0,05$ y P valor $0,199 > 0,05$ respectivamente). Pero si hay diferencia significativa en el tiempo de recuperación (según prueba estadística T de student con 59 grados de libertad y P valor $0,009 < 0,05$). Al comparar los resultados con los de otros autores, estos son concordantes. Benassi, L., Rossi, T., Kaihura, C. an *et al.* (2002), determina que el tiempo operatorio fue significativamente inferior para la vía vaginal en comparación con la vía abdominal (86 minutos vs minutos 102, $p < .001$). Así también Ribeiro, S., Ribeiro, R., Santos, N., Pinotti, J. determinan que el tiempo operatorio más corto es para la histerectomía vaginal, concluyendo estos autores que la histerectomía vaginal presenta resultados superiores en términos de tiempo quirúrgico comparado con la histerectomía abdominal total y debería ser la primera opción para la histerectomía. Así mismo Vesperinas, G., Rondini, C., Carlos, Morán, B., Levancini, M., Avilés, C., Troncoso, F. (2005), en un análisis prospectivo y aleatorio muestran tiempo operatorio mayor en el grupo HAT que el del grupo de HV (74,0 v/s 52,9 minutos, $p < 0,001$). Nieboer, T., Johnson, N., Lethaby, A., Tavender, E., Curr, E., Garry, R., Van Voorst, S., Willem, B. (2009) evalúan el abordaje quirúrgico más beneficioso y menos perjudicial para 4495 mujeres. Determinando los beneficios de la HV versus la HAT fueron de menor duración de la cirugía.

Kovac Robert, (2004), menciona que la histerectomía vaginal ofrece ventajas sobre la histerectomía abdominal con respecto al tiempo operatorio, manifestando que nueva instrumentación facilita el abordaje vaginal y contribuye a mejorar la hemostasia y la disminución del tiempo operatorio.

Es meritorio resaltar que no se presentaron complicaciones intraoperatorias, lesiones ureterales, vesicales, intestinales, hemorragia en ninguno de los casos evaluados. Otros autores si encuentran complicaciones tal como Nieboer, T., Johnson, N., Lethaby, A., Tavender, E., Curr, E., Garry, R., Van Voorst, S., Willem, B., Mol, J., Kluivers, K. (2009), evaluando en 4495 determinan que los beneficios de la HL versus la HAT fueron: una pérdida de sangre intraoperatoria inferior (DM 45 cc), una disminución menor de la hemoglobina (DM 0,55 g/dl), al precio de más lesiones de las vías urinarias (vejiga o uréter). Mientras que otros autores como Benassi, L., Rossi, T., Kaihura, C. and *et al.* (2002), manifiestan que no hubo diferencias significativas en las complicaciones intraoperatorias y sangrado quirúrgico entre la HAT y la HV; así también Vesperinas, G., Rondini, C., Troncoso, C., Morán, B., Levancini, M., Avilés, C. y Troncoso, F., (2005) no encuentran diferencias significativas en las complicaciones intraoperatorias; lo mismo que Campbell, E., Xiao, H., Smith, M. (2003), afirman ninguna diferencia en las complicaciones quirúrgicas en comparación con la histerectomía vaginal y abdominal.

En ambos grupos de estudio se observa que existe un predominio del volumen uterino (tabla 07) de las pacientes operadas de 151 a 300 ml, siendo en el grupo de HA de 52.5% y muchos más en el grupo de HV de 66.4% no habiendo diferencia significativa en el promedio de volúmenes (según prueba estadística T de student con 59 grados de libertad y P valor $0,778 > 0,05$).

La evaluación del dolor postoperatorio (tabla 8) que se presentó en ambos grupos, se realizó por horas, en base al promedio de los puntajes de la escala EVA considerándose para la calificación de intensidad leve, moderado o severo, para cada intervalo de tiempo evaluado. Se encontró que las pacientes sometidas a HV presentaron menor proporción dentro de las primeras 6 horas de dolor moderado que las pacientes con HA (57.1% versus 52.5%), valor que

se fue incrementado en el tiempo junto con el nivel leve que fue de 42.9 a las 6 horas, incrementándose a 57% a las 12 horas, 71% a las 36 horas llegando hasta 90.5% a las 72 horas. Cabe mencionar que ninguna paciente presentó dolor severo tal como fue manifestado en las pacientes con HA que fue 7.5% a las 6 horas incrementándose a 12.5% a las 24 horas. Según prueba estadística “Z” con P valor $> 0,05$ indica que los porcentajes de grado de dolor en los diferentes tiempos son similares (no es significativa) en ambos tipos de histerectomía, a excepción de las 36 horas del grado de dolor leve difieren significativamente a favor de HV. Esto indicaría una menor demanda de analgésicos, tal como reportan Benassi, L., Rossi, T., Kaihura, C. *et al.* (2002), quienes determinan que en el postoperatorio, se encontró una mayor demanda de analgésicos (86% versus 66%, $P < .05$) en el grupo de histerectomía abdominal en comparación con el grupo histerectomía vaginal, lo que conduce a inferir que sus pacientes con HA tuvieron mayor dolor postoperatorio.

Referente a las complicaciones postoperatorias (tabla 9), solo la infección de herida operatoria se manifestó en ambos grupos correspondiendo a 7.5% de pacientes sometidas a HA y de 9.5% en las pacientes con HV sin diferencia media y proporcional significativa (prueba estadística “Z” con P valor $0,791 > 0,05$). Aunque no se consideró en el instrumento de recolección de datos a la fiebre como complicación, está registrado en las historia clínicas que estos porcentajes de pacientes con infección de herida hicieron fiebre, correspondiendo a valores menores al reportado por Benassi, L., Rossi, T., Kaihura, C. *et al.* (2002), quienes encuentran en el postoperatorio una mayor incidencia de fiebre (30.5% vs 16.6%, $P < .05$) en el grupo abdominal en comparación con el grupo vaginal. Mientras que, Vesperinas, G., Rondini, C., Troncoso, C., Morán, B., Levancini, M., Avilés, C., y Troncoso, F. (2005) determinan que las pacientes sometidas a HAT presentaron más complicaciones postoperatorias. Así mismo, Nieboer, T., Johnson, N., Lethaby, A., Tavender, E., Curr, E., Garry, R., Van Voorst, S., Willem, B., Mol, J., Kluivers, K., (2009), en 4 495 mujeres reportan menos episodios febriles o infecciones no especificadas (odds ratio [OR] 0,42) y menos infecciones de la herida y de la pared abdominal (OR 0,31) pero más lesiones de las vías urinarias (vejiga o uréter) (OR 2,41). Mientras que Kovac Robert (2004),

menciona que la HV ofrece ventajas sobre la HA con respecto las tasas de complicaciones, la recuperación, volver a sus actividades diarias, y los costes totales de tratamiento.

Silva, A., Andrade, R., Sena de Magalhães, R., Belo, A. and Triginelli, S. (2006) muestran bajos resultados postoperatorios de la calidad de vida en el grupo de HAT, en comparación con el grupo de HV en la capacidad funcional ($p = 0,002$), aspecto físico ($p = 0,008$) y dolor ($p = 0,002$). El índice de satisfacción general con la cirugía fue similar en los dos grupos de pacientes ($p = 0,147$). Sin embargo, una tasa más alta de los pacientes sometidos a HV elegiría la misma modalidad terapéutica (65,5 frente a 90%, $p = 0,021$). En conclusión una mejor calidad de vida postoperatoria (capacidad funcional aspecto, físico y el dolor) y mayor índice de satisfacción se encontró en el HV cuando se compara con HAT.

Según los resultados obtenidos que son concordantes con los autores citados, se comparte con ellos sus conclusiones, que la vía vaginal debe ser la primera elección en pacientes sin prolapso en casos seleccionados.

La HA debe considerarse para aquellas pacientes en que no esté indicado el abordaje vaginal o laparoscópico. Así también, estos resultados deben conducir a la elección de la histerectomía vaginal como una alternativa válida a la histerectomía abdominal, sumado a ello el costo y la estancia hospitalaria de la HA que es superior al de la HV.

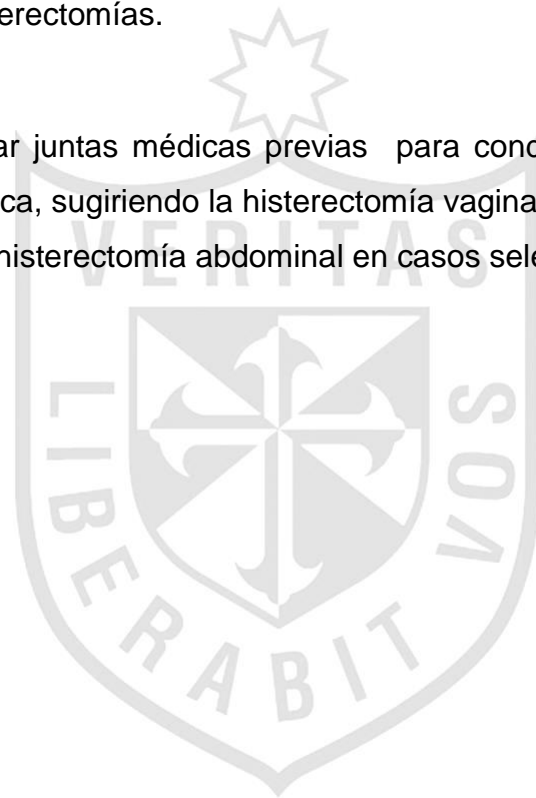
En consecuencia, el enfoque quirúrgico para la histerectomía implica una discusión entre la paciente y su cirujano sobre los beneficios y perjuicios relativos antes de optar por un abordaje quirúrgico de la histerectomía.

V. CONCLUSIONES

1. Tanto la histerectomía abdominal como la histerectomía vaginal de útero no prolapsado, no presentaron complicaciones intraoperatorias.
2. En ambos grupos solo hubo infección de herida postoperatoria como complicación, correspondiendo 9.5 % para HV y 7.5 % para HA, sin diferencia significativa en la comparación de medias y proporciones (prueba estadística "Z" con P valor $0,791 > 0,05$).
3. El dolor postoperatorio fue más evidenciado en el grupo de pacientes con histerectomía abdominal desde las 6 hasta las 72 horas, no siendo la diferencia significativa (prueba estadística "Z" con P valor $> 0,05$).
4. Tanto el tiempo promedio de anestesia, tiempo quirúrgico y tiempo de recuperación fue menor en el grupo con histerectomía vaginal: 101 ± 18 min, 91 ± 18 min y 74 ± 22 horas, en comparación con el grupo de histerectomía abdominal: 110 ± 26 99 ± 25 y 89 ± 20 respectivamente, siendo la diferencia no significativa en el tiempo de anestesia y tiempo quirúrgico (Según prueba estadística T de student con 59 grados de libertad P valor $0,162 > 0,05$ y P valor $0,199 > 0,05$ respectivamente). Pero si hay diferencia significativa en el tiempo de recuperación (Según prueba estadística T de student con 59 grados de libertad y P valor $0,009 < 0,05$).
5. Las causas o indicaciones más frecuentes de histerectomía fue Fibromiomatosis con 70% para la histerectomía abdominal y 57% para la histerectomía vaginal, seguido de HUA con 30% y 38.1% respectivamente.

VI. RECOMENDACIONES

1. Continuar evaluando ambos grupos de estudio con un mayor número de pacientes y realizar además evaluaciones de seguimiento a mediano y largo plazo.
2. Realizar estudios para evaluar uso de analgésicos y costos entre ambas histerectomías.
3. Implementar juntas médicas previas para conducir la elección de la vía quirúrgica, sugiriendo la histerectomía vaginal como una alternativa válida a la histerectomía abdominal en casos seleccionados.



1. Martín, L. Pernoll. Manual de Obstetricia y Ginecología. 11ª Edición: Mc Graw– Hill Interamericana; 2011
2. Rock Jones III. Te Linde. Ginecología Quirúrgica 3ra edición. 2007. Capítulo II: 865-892.
3. Burton, D. Rose. Gynecology, Gynecology Surgery, Uterine Surgery; Vaginal Hysterectomy, Abdominal Hysterectomy, Laparoscopic Surgery. Up to Date: 2002.
4. Broder M, Kanouse D, Mittman B, Bernstein S. The Appropriateness of Recommendation for Hysterectomy. Obstetrics and Gynecology; 2000. P.199 – 205.
5. Berek, SJ, Hillard PA, Adashi Eli Y. Ginecología de Novak. 14ª Ed, Edit. Mc Graw - Hil Interamericana; 2007. Capitulo 22: 619 – 650.
6. Kovac S y Ameo R. Choosing The Approach To Hysterectomy Contemporary Obstetrics and Gynecology: 35 – 49, December 1999.
7. Benassi L, Rossi T, Kaihura CT et al. Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: a randomized clinical trial. 2002.
8. Ribeiro S, Ribeiro R, Santos N, Pinotti J. A randomized study of total abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomy. 2003.
9. Vesperinas, G., Rondini, C., Troncoso, C., Morán, B., Levancini, M., Avilés, C. y Troncoso, F. Histerectomía vaginal, abdominal y vaginal asistida por laparoscopia: un análisis prospectivo y aleatorio. 2005
10. Campbell E, Xiao H, Smith M. Types of hysterectomy. Comparison of characteristics, hospital costs, utilization and outcomes. 2003.

11. Nieboer, T., Johnson, N., Lethaby, A., Tavender, E., Curr, E., Garry, R., Van Voorst, S., Willem, B., Mol, J., Kluivers, K. Abordajes quirúrgicos de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas. 2009.
12. Robert Kovac. Transvaginal Hysterectomy: Rational And Surgical Approach. 2004.
13. Silva, A., Andrade, R., Sena de Magalhães, R., Belo, A. and Triginelli, S. Abdominal vs vaginal hysterectomy: a comparative study of the postoperative quality of life and satisfaction. 2006.
14. Lakeman, M., Van Der Vaart, Ch., Roovers, J. Hysterectomy and lower urinary tract symptoms: a nonrandomized comparison of vaginal and abdominal hysterectomy. 2010.
15. García Rodríguez M. , Romero Sánchez R., Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados. "mito o realidad". 2010.
16. Garcia Rodriguez, Miguel Emilio, Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados en mujeres nulíparas. 2010.
17. gonzalo a. sotero-salgueiro, técnica de peham-amreicht modificada para la histerectomía vaginal en útero sin prolapso. ginecol. obstet. 2002.
18. José Luis Correa-Ochoa, Jorge Alberto Tirado-Mejía, Juan Fernando Mejía-Zúñiga, Marcela Tirado-Hernández, Histerectomía vaginal sin prolapso: estudio de cohorte. Medellín (Colombia) 2008-2010.

19. Abner Santos-López, Viridiana Gorbea-Chávez, Silvia Rodríguez-Colorado, Histerectomía vaginal para úteros grandes y sin prolapso mediante morcelación y aguja de Deschamps. 2015.
20. Miguel Emilio García Rodríguez, Ramón Ezequiel Romero Sánchez, Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados. propósito de 300 casos. 2008.



ANEXO 1

Consentimiento informado

Estimada señora:

Se invita a usted a participar en este estudio; por lo tanto, se le brinda la siguiente información para poder decidir su participación voluntaria en el mismo:

1. Título de la investigación: comparación entre histerectomía vaginal de útero no prolapsado e histerectomía abdominal.

2. Justificación de la investigación

Los estudios muestran menos complicaciones intraoperatorias y posoperatorias, tiempo quirúrgico, tiempo de hospitalización, tiempo de recuperación y tiempo de anestesia en la histerectomía vaginal de úteros no prolapsado en comparación con la histerectomía abdominal. (1, 2, 3, 4, 5, 7) Asimismo sólo una investigación muestra más complicaciones urinarias en las histerectomías vaginales. (8)

A pesar de lo mencionado en el Perú y EE. UU. se realizan más histerectomías abdominales que histerectomías vaginales debido a la falta de entrenamiento y ausencia de lineamientos formales que definan con claridad cuáles son las situaciones en las que debería elegirse una u otra vía. (6)

Es por ello, necesario realizar la comparación de las dos técnicas como se realizará en la presente investigación para el beneficio del paciente.

3. Objetivo general: conocer los resultados entre histerectomía vaginal de útero no prolapsado e histerectomía abdominal en pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital nacional Arzobispo Loayza.

4. Metodología: a todas las pacientes seleccionadas previamente por los criterios de inclusión y exclusión se les medirá dolor postoperatorio mediante la escala del dolor llamada escala visual

analógica. Se anotará de la historia clínica tiempo de procedimiento quirúrgico, complicaciones intra y postoperatorias, recuperación, motivo de cirugía, edad y tiempo de anestesia. Mediante una ficha de recolección de datos.

5. Tratamientos que pueden ser administrados en el estudio: ninguno.
6. Procedimientos: se les medirá dolor postoperatorio mediante la escala del dolor llamada escala visual analógica. Se anotará de la historia clínica tiempo de procedimiento quirúrgico, complicaciones intra y postoperatorias, recuperación, motivo de cirugía, edad y tiempo de anestesia. Mediante una ficha de recolección de datos.
7. Incomodidades y riesgos derivados del estudio: no hay incomodidades.
8. Beneficios derivados del estudio: reafirmar la mejor la técnica quirúrgica para el beneficio del paciente, que cumpla con criterios de inclusión y exclusión.
 - a. Alternativas de tratamiento o diagnóstico: la paciente es informada de los beneficios y complicaciones de ambas técnicas quirúrgicas.
 - b. Costos y pagos a realizarse para el estudio: todos los materiales y costo de la fichas de recolección de datos serán proporcionados y financiados gratuitamente al sujeto en investigación, dichos gastos serán cubiertos por el investigador.
 - c. no habrá compensación económica para el sujeto en investigación.
9. Privacidad y confidencialidad
10. El equipo de investigación dará prioridad al mantenimiento de la privacidad, confidencialidad y anonimato de las historias de los pacientes en estudio, todo ello basado en la declaración de Helsinki

que se basa en lo siguiente: el médico tiene como misión natural la protección de la salud del hombre. La finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el perfeccionamiento de los métodos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad.

11. Participación voluntaria y retiro del estudio: la participación en este estudio es de carácter voluntario, así como la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello acarree una sanción o pérdida de sus beneficios que por su permanencia tendría derecho a recibir.

12. compensación económica y tratamiento en caso de daño o lesión en caso de daño: no aplica al estudio ya que no existe posibilidad de daño al recolectar datos a la paciente e historia clínica.

13. contactos para responder cualquier duda o pregunta: investigador: médico Carlos Enrique Fuentes Chero. Correo: fuenteschero@hotmail.com

Comparación entre histerectomía vaginal de útero no prolapsado e histerectomía abdominal

Yo,.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:.....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha y hora:.....

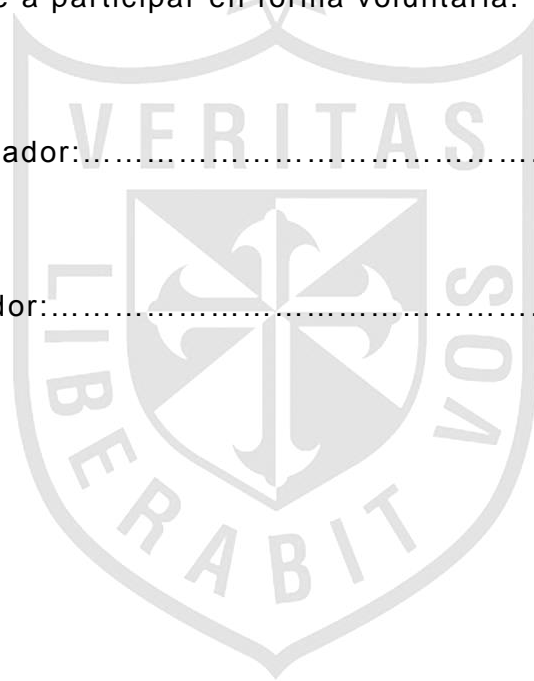
Firma del Participante:.....

En caso de una persona analfabeta, puede poner su huella digital en el consentimiento informado.

Le he explicado este proyecto al participante y he contestado todas sus preguntas, creo que el comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

Nombre del investigador:.....

Firma del investigador:.....



ANEXO 2

Instrumento de recolección de datos

I. Información general:

1. N° registro..... 2. N° de historia clínica:.....
3. Edad (años): < 15 () 15 a 19 () 20 a 29 ()
30 a 39 () 40 a más ()
5. Paridad: primípara () múltipara () gran múltipara ()

II. Información quirúrgica:

- 1) Tipo de cirugía:
a) HAT b) HV
- 2) complicaciones intraoperatorias: (sí) (no)
a) Lesiones ureterales (sí) (no)
b) Lesión vesical (sí) (no)
c) Lesión intestinal (sí) (no)
d) Hemorragia (s) (no)
- 3) complicaciones después de cirugía:
a) Infección de herida (sí) (no)
b) Hemorragia (sí) (no)
c) Retención urinaria (sí) (no)
d) Lesión uretral (sí) (no)
e) Fístula vesicovaginal (sí) (no)
f) Prolapso de la trompa de falopio (sí) (no)
g) Mortalidad. (sí) (no)
- 4) Tiempo quirúrgico en minutos:
- 5) Tiempo de recuperación en horas:
- 6) Dolor después de cirugía:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Insoporable

Primer día postoperatorio cada 1h las primeras 6h luego cada 3h:
Sigüientes días posoperatorios cada 6h:

7) Diagnóstico, causa o indicación de histerectomía:

- | | | |
|-------------------------------|------|------|
| a) Fibromiomatosis | (sí) | (no) |
| b) Hemorragia uterina anormal | (sí) | (no) |
| c) Dolor pélvico crónico | (sí) | (no) |
| d) Neoplasia cervical | (sí) | (no) |
| e) Endometriosis | (sí) | (no) |

8) Tipo de anestesia:

- a) General
- b) Raquídea
- c) Peridural

9) Tiempo de anestesia en minutos:

10) Volumen uterino en ml:

11) antecedente de cesárea:

- a) Sí
- b) No

