



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Histerectomía abdominal y vaginal : experiencia en el
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre enero a
diciembre del 2010**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Wilder Jair Vidal Macedo

LIMA – PERÚ
2011

CAPÍTULO I: DATOS GENERALES

TÍTULO:

Histerectomía Abdominal y Vaginal: Experiencia en el Hospital Nacional
Daniel Alcides Carrión entre Enero a Diciembre del 2010

AREA DE INVESTIGACIÓN:

Ginecología y Obstetricia

AUTOR RESPONSABLE:

Jair Vidal Macedo

ASESOR:

JULIO AGUILAR FRANCO

INSTITUCIONES:

Unidad de Postgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

DURACIÓN

4 meses

Dedicatoria:

A mi esposa, padres y hermanos quienes con su paciencia y comprensión hicieron posible la realización de este trabajo.

RESUMEN

Objetivo

Caracterizar demográfica, clínica y quirúrgicamente, los casos de histerectomías, abdominales y vaginales, realizados en el Hospital Daniel Alcides Carrión entre enero a diciembre del 2010.

Métodos

Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Se incluyó a toda la población de pacientes sometidas a histerectomía entre enero a diciembre 2010. Se pesquisaron los reportes operatorios de Sala de Operaciones, luego, se revisaron las historias clínicas. La presente investigación fue aprobada por el comité metodológico y ético del hospital en cuestión.

Resultados

En el tiempo de estudio, se realizaron en total 243 histerectomías. 172 casos (70,8%) fueron histerectomías abdominales y 71 casos (29,2%) fueron histerectomías vaginales. La edad promedio de las pacientes fue $51,5 \pm 11,1$ (rango: 35-94) años. El 93,8% de las pacientes fueron postmenopáusicas. Tiempo de enfermedad promedio: 23,4 meses. Clínica principal: dolor pélvico (53,5%), metrorragia (53,1%) y tumoración pélvica (36,2%). Etiología más importante: miomatosis (65,8%) y distopía genital (30,5%). Complicaciones intraoperatorias: 6 casos (2,5%). Complicaciones postoperatorias: 18 casos (7,4%) de la población atendida.

Conclusiones

La histerectomía es una práctica frecuente, de baja morbilidad, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, y cuya clínica se condice con lo publicado previamente. La etiología principal, considera a las distopías como segunda causa de importancia, distinguiéndose así de las publicaciones previas. La histerectomía vaginal demostró ser una técnica mucho más rápida, eficaz y eficiente que la histerectomía abdominal.

Recomendaciones

Se cuenta con la experiencia y experticia suficiente para poder incluir, dentro de las técnicas de histerectomía, aquellas ligadas a la cirugía laparoscópica. La investigación, que se establezca a partir de los aportes aquí brindados, servirá para probar la eficacia y eficiencia de la histerectomía vaginal guiada por laparoscopia frente a las técnicas ahora ofertadas: histerectomía abdominal y vaginal.

Palabras claves: Histerectomía, Callao, Vaginal, Abdominal, Caracterización

INDICE

1.	Capítulo I: Planteamiento del Problema	
	1.1 Descripción del Problema	07
	1.2 Antecedentes del problema	08
	1.2 Formulación del problema	11
2.	Capítulo II: Marco Teórico	12
3	Capítulo III: Objetivos	15
4	Capítulo IV: Material y Métodos	16
5	Capítulo V: Resultados	18
6	Capítulo VI: Discusión	23
7	Capítulo VII: Conclusiones	28
8	Capítulo VIII: Recomendaciones	30
9	Capítulo IX: Referencias Bibliográficas	32

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1. Descripción del problema

El año 2010, la revista *Obstetrics and Gynecology International* dedicó un número entero a un tema clásico: Histerectomía [1]. Desde que Conrad Langenbeck, en 1813, efectuara la primera histerectomía históricamente registrada, mucho se ha avanzado en este campo ginecológico [2]. Sin embargo, es en el último cuarto de siglo, con el advenimiento de la histerectomía laparoscópica, que los avances han vivido sus más grandes logros [1, 3]. Este perfeccionamiento dual entre técnica y tecnología, junto con el desarrollo de una serie de tratamientos paralelos, han traído como consecuencia una reducción en el índice de histerectomías [4].

El Perú, como país en vías de desarrollo, en el campo de la atención médica, y específicamente en el tema de la histerectomía, no está en condiciones de sumarse a la discusión científica, salvo como mero expectador. En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, principal centro de referencia de atención pública de toda la región Callao y zonas aledañas, las histerectomías son prácticas comunes, dentro del manejo quirúrgico de ciertas patologías ginecológicas. Lo interesante es que contando el Hospital con equipo de laparoscopia desde hace más de una década, aún no se ha incorporado esta tecnología (laparoscopia) en el perfeccionamiento de la técnica (histerectomía). Para iniciar la consecución de dicho fin, es necesaria la existencia previa de reportes que sistematicen la experiencia, a modo de línea de base, en torno a la práctica de la histerectomía. Con el presente estudio, se propuso revisar todos los registros de pacientes sometidas a histerectomía, tanto abdominal como vaginal, entre

enero a diciembre del 2010, con el objetivo de caracterizar desde una perspectiva demográfica, clínica y quirúrgica a dicha población.

I.2. Antecedentes del problema

Reportes internacionales refieren que la histerectomía es la segunda intervención quirúrgica mayor más frecuente, luego de las cesáreas [5]. Otros autores han informado que luego de las apendicentomías, las histerectomías son las intervenciones quirúrgicas viscerales más realizadas en el mundo [2, 6]. En Estados Unidos, se calcula que un tercio de las mujeres menores de 66 años han sido sometidas a histerectomía, de las cuales el 70 a 80% se han realizado mediante un abordaje abdominal [4, 7-9]. En Europa, la realidad es en parte similar y en parte distinta, los reportes indican que un quinto de las mujeres menores de 55 años han sido sometidas a histerectomía, siendo 80% de las mismas realizadas también mediante un abordaje abdominal [5, 6]. Un dato a tomarse en cuenta es la asociación que han demostrado ciertos autores entre histerectomía y bajo nivel económico [10].

Estudios de comparación entre 3 técnicas de histerectomía: abdominal, vaginal y laparoscópica, han demostrado que existen ventajas y desventajas de cada técnica dependiendo del motivo por el que hayan sido indicadas [11-13]. Comparando la histerectomía abdominal con la histerectomía vaginal se encuentra que ambas técnicas tienen excelentes resultados, pero las pacientes sometidas a histerectomía vaginal presentaron menores complicaciones febriles postquirúrgicas [2, 11, 12], recuperación más corta y más benigna [2, 14], ausencia de cicatriz visible [7, 14], menor morbilidad [15], menor íleo intestinal y menor pérdida sanguínea [11, 12]. Ahora bien, estudios que

han comparado histerectomía vaginal con histerectomía abdominal y al mismo tiempo con histerectomía laparoscópica, terminan recomendando incluso aquí las ventajas de la histerectomía vaginal por sobre las dos otras técnicas alegando no sólo sus bondades médico-quirúrgicas sino también sus bondades económicas [14, 16, 17]. A pesar de esto, sin embargo, todos los reportes publicados se condicen al aceptar que a pesar de las ventajas del abordaje vaginal, el abordaje abdominal es una necesidad muchas veces en el contexto de cada paciente, quedando esto demostrado en todos los estudios al mencionarse una mayor prevalencia de histerectomías abdominales que vaginales [2, 5, 8, 10-16, 18, 19].

Pareciera existir, al mismo tiempo, una anuencia en afirmar que el principal inconveniente de la histerectomía laparoscópica tiene que ver con la experticia del cirujano a cargo y los costos que se asocian a esta [19]. Sin embargo, desde la perspectiva del paciente, la evidencia es contundente al resaltar las bondades del abordaje por laparoscopia: mejor satisfacción subjetiva, menor estancia hospitalaria, recuperación mucho más temprana, retorno pronto a labores económicas y afán estético satisfecho [20]. Al mismo tiempo, estudios bioquímicos han demostrado que el estrés quirúrgico (evaluado mediante el dosaje de interleukinas y proteína C reactiva) es marcada y significativamente menor en los casos de laparoscopia frente a los casos de laparotomía [7, 21].

Ahora bien, en cuanto a la técnica a utilizar para la histerectomía (abdominal, vaginal, vaginal guiada por laparoscopia y laparoscópica) se ha mencionado que cada una tiene razones a favor y en contra que deben ser barajadas por el especialista a la luz de la naturaleza particular de cada paciente [22]. En resumidas cuentas, se ha aceptado que la vía vaginal es la primera opción a elegir debido a que presenta una menor morbilidad,

menor periodo de convalecencia y disminución de la estancia hospitalaria [13, 23]. Sin embargo, tradicionalmente se ha descrito que la histerectomía vaginal debe diferirse en caso de existir contraindicaciones como: miomas, masas anéxales, necesidad de anexectomía, cirugía pélvica previa y nuliparidad [13]; sobre estas, recientes publicaciones han agregado a la endometriosis severa o moderada, cesárea previa, útero grande como contraindicaciones para la histerectomía vaginal [7]. Pese a lo anteriormente descrito, un estudio realizado por Kovak y colaboradores encontró que en 91,3% de los casos de mujeres que presentaban una o más de las contraindicaciones antes descritas, tuvieron éxito al ser sometidas a histerectomía vaginal, probando la relatividad de dichos criterios y sobre todo el valor de la experticia del ginecólogo a cargo, y al mismo tiempo las ventajas de realizar una histerectomía vaginal guiada por laparoscopia [7, 18].

En el transcurso de los últimos 25 años, con la utilización cada vez mayor de la laparoscopia, se empleó esta primero como guía para la realización de histerectomía vaginal guiada por laparoscopia y finalmente se aplicó directamente como técnica operatoria realizándose la histerectomía laparoscópica [3, 20]. En la histerectomía vaginal guiada por laparoscopia, el laparoscopia solo sirve para el ligamiento e incisión de los ligamentos redondos, y los ligamentos suspensorios u ováricos en caso se vaya a realizar ooforectomía, todo el resto, incluyendo el ligamiento de las arterias uterinas se realiza por vía vaginal [3, 13, 18]. Se ha reconocido, incluso en nuestro medio, la necesidad de la histerectomía vaginal guiada por laparoscopia como punto intermedio, de aprendizaje, dominio y perfección de la técnica, hasta llegar finalmente a la implementación de la histerectomía laparoscópica [7].

Actualmente, en los países desarrollados, las posibilidades de intervención han avanzado a tal punto que se conocen un total de 16 técnicas quirúrgicas (ya por vía vaginal como por vía abdominal), las cuales incluyen: cauterización, embolización, ablación (bipolar y laser) y vaporización, entre otras técnicas demasiado ajenas a nuestra realidad concreta de país en vías de desarrollo [3].

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es el establecimiento prestador de servicios de salud, público, de mayor nivel resolutivo de toda la región Callao y zonas aledañas, sin embargo no cuenta aún con un estudio que sistematice la experiencia en torno a la histerectomía, ya sea abdominal y/o vaginal. El presente estudio se propuso para absolver dicha deficiencia, y a partir de ello no sólo mejorar en base a la experiencia sino promover la utilización de nuevas técnicas (esencialmente laparoscópicas) para mayor beneficio de los pacientes como de los profesionales médicos en formación.

I.3. Formulación del problema

¿Cuál es la experiencia en cuanto a histerectomías, abdominales y vaginales, en el Hospital Daniel Alcides Carrión entre enero a diciembre del 2010?

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

El término “histerectomía” proviene de dos voces griegas, “hystero” que quiere decir: útero, y “ectomy” que quiere decir: remoción del cuerpo humano [3]. Ahora, como procedimiento quirúrgico, la histerectomía es una práctica común en ginecología para una serie de enfermedades diversas [11, 12, 14, 20, 22]. Desde una posición clasificatoria, la histerectomía puede ser total o subtotal, con o sin remoción de anexos y dependiendo del abordaje se han descrito 4 formas: abdominal, vaginal, vaginal guiada por laparoscopia y laparoscópica [2, 7, 14]. A modo de recuento histórico valga decir que la primera histerectomía vaginal fue realizada por Conrad Langenbeck en 1813, posteriormente en 1853 se realiza la primera histerectomía abdominal subtotal por Walter Burnham, diez años después, en 1863, se realiza la primera histerectomía abdominal electiva por Clay y Koeberle, finalmente en 1988, se realiza la primera histerectomía laparoscópica por Harry Reich [1-3].

En Estados Unidos se ha descrito que las causas más frecuentes que motivan las histerectomías son: fibrosis uterina (miomas), hemorragias uterinas disfuncionales, lesiones endometriosis dolorosas, prolapso y dolor pélvico crónico [2, 24]. En estudios franceses los fibromas (principal causa en histerectomías abdominales) y los prolapsos (principal causa en histerectomías vaginales) encabezan la lista, seguidos por las metrorragias, lesiones anexiales, displasias cervicales entre otras [2, 6, 24]. Estudios de revisión han resumido las siguientes causas como motivos para histerectomía: fibrosis uterina (miomas, sobre todo luego del fracaso de tratamiento farmacológico hormonal), hiperplasia endometrial (sobre todo en aquellos casos con atipia, en la cual existe un alto grado de malignización), adenomiosis (esencialmente si falla el tratamiento farmacológico hormonal), prolapso uterino (aunque se recomienda que otras técnicas

como la fijación interna uterina tienen mejores resultados), sangrado uterino disfuncional (igualmente si ha fallado el tratamiento farmacológico hormonal) y neoplasia intraepitelial cervical de alto grado (sobre todo en pacientes sin deseos futuros de gestación, en cuyo caso se sugiere primero la posibilidad de la conización) [1, 3, 13, 14, 19]. Al mismo tiempo, independientemente del motivo por el que indique la histerectomía, se ha descrito que este procedimiento presenta una mortalidad muy baja, menor al 0,1%, pero una morbilidad que sigue siendo un problema prevalente, esencialmente debido a las complicaciones postquirúrgicas [15]. Estas complicaciones han sido descritas esencialmente en aquellos casos en los que la histerectomía se asocia a laparotomía, es decir histerectomía abdominal, o histerectomía laparoscópica convertida [22].

Ahora bien, la indicación de histerectomía depende de una evaluación integral de la paciente que incluya considerar de modo paralelo: la edad de la paciente, los deseos futuros de embarazo, la intención de preservar el útero, la clínica que acontece y la posibilidad o no de utilizar otros tratamientos previos [2, 8, 11-15]. Debido a que en nuestro Hospital se realizan solo histerectomías abdominales y vaginales, y ya que el presente estudio girará en torno a ambas, en las siguientes líneas se esbozará a modo de resumen, ciertos detalles en relación a cada una de estas técnicas, resaltando siempre, y como se ha explicado líneas arriba, que la elección de una técnica específica no se realiza siguiendo criterios taxativos, rígidos, sino que depende de la evaluación integral que se realice a la paciente al inicio y también de la experticia del médico que comandará la cirugía [2, 14, 23].

En cuanto a las histerectomías abdominales se ha descrito que brindan una mayor exposición del campo operatorio, con la posibilidad de otorgarle al cirujano una visión

directa y tridimensional de la zona a intervenir, debido a ello se considera que la histerectomía abdominal, que implica una laparotomía, es la técnica idónea cuando se trata de lesiones grandes, o cuando hay infección pelviana, malignidad, patología anexial y enfermedad adherencial extensa [1, 2, 11-13]. En cuanto a las complicaciones descritas a toda histerectomía abdominal se encuentran: hemorragia postoperatoria severa, tromboembolismo, complicaciones urológicas (fistula vesicovaginal, retención urinaria), complicaciones digestivas (íleo), hematomas no infectados (parietales, subperitoneales), complicaciones infecciosas y febriles no trombóticas (infección urinaria, absceso de pared, infección de muñón vaginal, linfangitis, fiebre inexplicada y sepsis) [2, 3, 6].

En relación a la histerectomía vaginal, se ha descrito como técnica ideal sobre todo en caso de existir relajación del suelo pélvico, y en la amplia evidencia publicada se le ha asociado con excelentes resultados para las siguientes patologías: sangrado uterino anormal (que no responde a tratamiento hormonal, ni curetaje, ni dilatación), leiomiomas pequeños sintomáticos, neoplasias intraepiteliales cervicales en aquellas pacientes sin intereses futuros de gestación [2, 3, 6].

CAPITULO III. OBJETIVOS

Objetivo General

- Caracterizar demográfica, clínica y quirúrgicamente, los casos de histerectomías, abdominales y vaginales, realizados en el Hospital Daniel Alcides Carrión entre enero a diciembre del 2010.

Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de histerectomía, abdominal y vaginal, realizadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión entre enero a diciembre del 2010.
- Determinar las características demográficas de las pacientes sometidas a histerectomía, abdominal y vaginal, en el Hospital Daniel Alcides Carrión entre enero a diciembre del 2010.
- Determinar los antecedentes médico-quirúrgicos de las pacientes sometidas a histerectomía, abdominal y vaginal, en el Hospital Daniel Alcides Carrión entre enero a diciembre del 2010.
- Determinar las características quirúrgicas, intraoperatorias y postoperatorias, de las pacientes sometidas a histerectomía, abdominal y vaginal, en el Hospital Daniel Alcides Carrión entre enero a diciembre del 2010.
- Comparar las características demográficas, médico-quirúrgicas, intraoperatorias y postoperatorias de las pacientes sometidas a histerectomía, abdominal y vaginal, en el Hospital Daniel Alcides Carrión entre enero a diciembre del 2010.

CAPITULO IV. METODOLOGÍA

Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, y que involucró a todas las pacientes sometidas a histerectomía, tanto abdominal como vaginal, entre enero y diciembre del 2010. No se trabajó con una muestra, se incluyeron todas las pacientes atendidas en el periodo descrito. Se pesquisaron los reportes operatorios de Sala de Operaciones con el objetivo de identificar el número total de histerectomías realizadas en el 2010, en el proceso se fueron registrando los números de historias clínicas de cada paciente y luego se solicitaron dichos documentos en Archivo del hospital. Se revisaron las historias clínicas de las pacientes en las cuales se dio la histerectomía y se tomaron los datos para los fines de la caracterización que persiguió la presente investigación. Se contó con los permisos de las autoridades para la revisión y acceso a las historias clínicas. Se reservó en estricto privado la identidad de cada paciente que se incluyó en el estudio. La investigación fue aprobada por el Comité Ético y Metodológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Se incluyeron como variables de estudio:

Características demográficas: Edad, estado laboral, grado de instrucción.

Características médico-quirúrgicas: Motivo de consulta, tiempo de enfermedad, antecedentes médicos de importancia, antecedentes quirúrgicos de importancia, perfil vaginal, paridad, peso, talla, antecedente de aborto, IMC.

Características quirúrgicas intraoperatorias y postoperatorias: Tiempo operatorio, Eventos intraoperatorios (complicaciones intraoperatorias y necesidad de transfusión

sanguínea), Diagnósticos postoperatorios, Estancia en UCI, Complicaciones postoperatorias y Día de alta.

Con la finalidad de caracterizar a la población, se procedió a los cálculos univariados para variables cualitativas de frecuencia, incidencia, y prevalencia. Para el caso de variables cuantitativas se procesaron medidas de tendencia central como media, mediana, desviación estándar y rango (para variables cuantitativas). Se realizó un análisis bivariado que incluyó la elaboración de tablas de dos por dos y el cálculo de medidas de riesgo y Chi cuadrado; así como la comparación de medias para muestras independientes con las pruebas: T de student y ANOVA. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS versión 18.0.

CAPITULO V. RESULTADOS

En el periodo de estudio, entre enero y diciembre del 2010, se han realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión un total de 243 histerectomías. De este total, se optó por un abordaje abdominal en 172 casos (70,8%), mientras que el abordaje vaginal se realizó en 71 casos (29,2%). La edad promedio de la población de estudio fue de $51,5 \pm 11,1$ años, con un rango que osciló entre los 35 y 94 años. En el 77% (187 casos) se trató de mujeres adultas mientras que el 23% (56 casos) de mujeres restantes eran adultas mayores. 202 (83,1%) casos refirieron estado laboral de desempleo. En cuanto a nivel de instrucción: 145 (59,7%) casos presentaron estudios incompletos de secundaria, 30 (12,3%) casos presentaron secundaria completa y 68 (28%) casos refirieron haber cursado estudios superiores.

En relación a las características médico-quirúrgicos, se muestra en la Tabla 1 la descripción de las siguientes variables: Tiempo de enfermedad, Sintomatología principal, Antecedentes médicos de importancia, Antecedentes quirúrgicos de importancia, IMC, Paridad y Antecedente de aborto. Como antecedentes médicos de importancia se encontró: hipertensión arterial (25 casos, 35,7%); diabetes mellitus (45 casos, 64,3%); hipotiroidismo (8 casos, 3,3%) e hipertiroidismo (3 casos, 1,2%). Como antecedentes quirúrgicos de importancia: cesárea (35 casos, 14,4%); colecistectomía laparoscópica (16 casos, 6,6%); apendicectomía (12 casos, 5%); laparotomía exploratoria (9 casos, 3,7%); hernioplastía (5 casos, 2,1%) y prolapso rectal (2 casos, 0,8%). Por otro lado, considerando el régimen catamenial, el 93,8% (228 casos) era postmenopaúsica.

Tabla 1. Características médico-quirúrgicas de las 243 pacientes sometidas a Histerectomía en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2010

Variable	Resultados
Tiempo de enfermedad	23,4 ±31,9 (rango: 1-156) meses
Sintomatología principal	
Dolor pélvico	130 (53,5%)
Metrorragia	129 (53,1%)
Tumoración pélvica	88 (36,2%)
Incontinencia urinaria	24 (9,9%)
Dismenorrea	24 (9,9%)
Antecedentes médicos de importancia	71 (29,2%)
Antecedentes quirúrgicos de importancia	72 (29,6%)
IMC	
Delgadez	3 (1,2%)
Normal	55 (22,7%)
Sobrepeso	99 (40,9%)
Obesidad I	56 (23,1%)
Obesidad II	24 (9,9%)
Obesidad III	5 (2,1%)
Paridad	
Ningún parto	12 (4,9%)
Un parto	22 (9,1%)
Dos partos	36 (14,8%)
Entre tres y cinco partos	152 (62,5%)
Seis o más partos	21 (8,7%)
Antecedente de aborto	98 (40%)

En la Tabla 2, se expone lo relativo al perfil vaginal de las pacientes en el preoperatorio.

Tabla 2. Perfil vaginal preoperatorio de las 243 pacientes sometidas a Histerectomía en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2010

Perfil vaginal	No distopía	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Segmento vaginal anterior					
<i>Uretrocele</i>	--	6 (10,2%)	12 (20,3%)	32 (54,2%)	9 (15,3%)
<i>Cistocele</i>	--	3 (5,1%)	3 (3,4%)	36 (61%)	18 (30,5%)
Segmento vaginal superior					
<i>Histerocele</i>	--	8 (13,6%)	12 (20,3%)	15 (25,4%)	24 (40,7%)
<i>Enteroccele</i>	6 (10,2%)	29 (49,2%)	18 (30,5%)	6 (10,2%)	--
Segmento vaginal posterior					
<i>Rectocele</i>	6 (10,2%)	29 (49,2%)	24 (40,7%)	--	--
<i>Desgarro perianal</i>	9 (15,3%)	38 (64,4%)	12 (20,3%)	--	--

En fin a caracterizar el proceso operatorio y el postoperatorio, se muestra, en la Tabla 3, lo referido a las variables: Tiempo operatorio, Eventos intraoperatorios (complicaciones intraoperatorias y necesidad de transfusión sanguínea), Diagnósticos postoperatorios, Estancia en UCI, Complicaciones postoperatorias y Día de alta. Vale aquí mencionar que no se registraron casos de muerte intraoperatoria ni postoperatoria hasta el momento del alta.

Tabla 3. Caracterización del proceso intra y postoperatorio de las 243 pacientes sometidas a Histerectomía en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2010

Variable	N (%)
Tiempo operatorio	102,3 ±25,3 (rango:40-150) min
Eventos intra-operatorios	
Complicaciones intraoperatorias	7 (2,9%)
Necesidad de transfusión sanguínea	6 (2,5%)
Diagnósticos postoperatorios	
Miomatosis uterina	160 (65,8%)
Distopía genital (severa y total)	74 (30,5%)
Hiperplasia endometrial	20 (8,2%)
NIC-1	9 (3,7%)
Poliposis endometrial	3 (1,2%)
NIC-IV	2 (0,8%)
Procedimiento intraoperatorio	
Histerectomía abdominal	172 (70,8%)
Histerectomía vaginal	71 (29,2%)
Salpingooforectomía bilateral	133 (54,7%)
Salpingooforectomía unilateral	45 (18,5%)
Colporrafía AP	65 (26,7%)
Estancia en UCI en el postoperatorio	--
Complicaciones postoperatorias	
No	225 (92,6%)
Sí	18 (7,4%)
Día de alta	3,7 ±1,8 (rango:2-12) días

Finalmente, la Tabla 4, expone lo referente a las variables antes expuestas pero desde la perspectiva de una comparación entre Histerectomía vaginal y abdominal.

Tabla 4. Comparación entre ambas técnicas de histerectomía: abdominal y vaginal, en el Hospital

Nacional Daniel Alcides Carrión, 2010

Variable	Histerectomía abdominal	Histerectomía vaginal	Valor p
Edad	47,4 ±8,6 años	61,2 ±10,4 años	<0,000
Estado laboral			
Empleada	41 (23,9%)	0 (0%)	<0,000
Desempleada	131 (76,1%)	71 (100%)	
Nivel de instrucción			
Secundaria incompleta	92 (51,9%)	53 (74,6%)	=0,009
Secundaria completa	24 (15,6%)	6 (8,5%)	
Con estudios superiores	56 (32,5%)	12 (16,9%)	
Tiempo de enfermedad	17,6 ±21,9 meses	36 ±44,5 meses	<0,000
Antecedentes médicos			
No	139 (80,8%)	33 (46,5%)	<0,000
Sí	33 (19,2%)	38 (53,5%)	
Antecedentes quirúrgicos			
No	118 (68,6%)	53 (74,6%)	<0,000
Sí	54 (31,4%)	18 (25,4%)	
Paridad	2,9 ±1,6 partos	4,3 ±1,6 partos	<0,000
IMC			
Delgadez	0 (0%)	3 (4,2%)	=0,004
Normal	32 (18,7%)	23 (32,4%)	
Sobrepeso	78 (45,6%)	21 (29,6%)	
Obesidad I	41 (24,1%)	15 (21,1%)	
Obesidad II	15 (8,7%)	9 (12,7%)	
Obesidad III	5 (2,9%)	0 (0%)	
Complicaciones intraoperatorias			
No	166 (97%)	70 (98,6%)	<0,000
Sí	6 (3%)	1 (1,4%)	
Tiempo operatorio	103,6 ±25,4 min	98,9 ±24,6 min	=0,032
Complicaciones postoperatorias			
No	157 (91,8%)	68 (95,7%)	=0,002
Sí	15 (8,2%)	3 (4,3%)	
Día de alta	4,2 ±1,4 min	3,1 ±1,6 min	=0,015

CAPITULO VI. DISCUSIÓN

En lo que va del transcurso de un año, específicamente el año 2010, nuestro estudio demuestra que la histerectomía, tanto vaginal como laparoscópica, es una práctica frecuente dentro de las prácticas quirúrgicas en el campo ginecológico que se practican en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión; esto puede entenderse, debido a que nuestro hospital representa el máximo nivel resolutivo a nivel del sistema de salud pública en la Región Callao y zonas aledañas. Por otro lado, y coincidiendo con lo reportado en la literatura existente, es más frecuente la histerectomía abdominal que la histerectomía vaginal [4-9]. Ahora bien, se muestra que si bien hubo pacientes en edad fértil, el grueso de la población atendida (9 de cada 10) eran mujeres postmenopáusicas.

Si bien se ha reportado asociación entre histerectomía y bajo nivel socioeconómico [10], en nuestro estudio no se contó con la información suficiente para evaluar dicha asociación (debido a la naturaleza retrospectiva de nuestro método); sin embargo, analizando las variables: estado laboral y nivel de instrucción podríamos tener una idea, cuando menos general, del nivel productivo, social y económico de las mujeres atendidas. Así, ocho de cada diez eran desempleadas y casi seis de cada diez (59,6%) no habían concluido los estudios escolares. Esto nos permitiría, por un lado, concretizar cierta asociación entre nivel socioeconómico y la práctica de histerectomía que necesitaría de una siguiente investigación para ser evaluada como tal. Esto, como se entiende, debe ser conceptualizado en el marco también de la etiología de la paciente: en nuestra población, a diferencia de población extranjera, las displasias cervicales son problemas poco frecuentes (que suman un 4,5%), pero sí lo son la multiparidad (71,2%

de la población refirió cuando menos 3 partos), el antecedente de aborto (reportado en el 40% de la población) y como se ha mencionado antes: el desempleo y el bajo nivel de instrucción. Estas últimas cuatro causas sí tienen un nexo con el nivel socioeconómico de las personas y de ahí la posible asociación entre nivel socioeconómico e histerectomía, pero volvemos a repetir, se necesita más investigación para dilucidar este aspecto.

Como se sabe, la decisión de realizar una histerectomía a una paciente depende de una evaluación inicial integral que incluya: la edad de la paciente, los deseos futuros de embarazo, la intención de preservar el útero, la clínica que acontece y la posibilidad o no de utilizar otros tratamientos previos [2, 8, 11-15]. Nuestra población fue esencialmente postmenopáusica y no se contó con información suficiente para caracterizar los tratamientos previos. En torno a la evaluación clínica de las pacientes, llama la atención el amplio rango reportado en el tiempo de enfermedad: de un mes hasta 156 (13 años), con un promedio que ronda los dos años (23,4 meses) lo cual marca ya de por sí una pauta en la caracterización de la idiosincrasia de las pacientes: esa especie de estoicismo femenino en cuanto a su salud que es signo y seña de prácticas sociales mayores como la marginación femenina, el machismo y el relegamiento de la mujer en cuanto a persona. Según se ha encontrado, los signos y síntomas más frecuentes fueron: dolor pélvico (reportado en el 53,5% de la población de estudio), metrorragia (reportado en el 53,1% de la población de estudio) y tumoración pélvica (reportado en el 36,2% de la población de estudio y detallado en la Tabla 2 en cuanto a perfil vaginal). Esto se condice con lo publicado previamente [2, 24]. Al mismo tiempo, hay que resaltar, en esta misma línea de discusión, la prevalencia de sobrepeso (40,9%) y la prevalencia de obesidad (35,1%).

Integrando lo que se ha mostrado: bajo nivel instructivo, desempleo, multiparidad, antecedente de aborto, sobrepeso, obesidad, tiempo de enfermedad y signos y síntomas principales, se puede tener una idea, más que aproximada, de la calidad de vida de las pacientes, y por tanto de la dimensión ya no sólo biomédica que gira en torno a la histerectomía sino de la dimensión de salud pública, y así justificar de sobra la necesidad de implementar y mejorar los mecanismos de afrontamiento (ya sean estos clínicos, o quirúrgicos) puesto que de ellos no sólo dependerá la resolución de la clínica de una paciente sino el mejoramiento de la calidad de vida de la población femenina. Quizás en razón a esto, en países desarrollados se cuenta cuando menos con 16 posibilidades de intervención quirúrgicas, ya por vía vaginal como por vía abdominal [3]; mientras que en países en vías de desarrollo como el Perú, y sobre todo en el sector público del sistema de salud, no se cuenta con ni siquiera la quinta parte de dichas técnicas quirúrgicas. Peor aún, si se remarca que la presente investigación se realiza en una de las más grandes regiones del país (la región Callao) caracterizada ya por su desarrollo social como económico, podría darnos una idea de la gravedad de la situación al interior del país, sobre todo en zonas donde ni siquiera se cuenta con especialistas dedicados y entrenados para asegurar el bienestar de la población.

En cuanto a los diagnósticos asociados a la histerectomía, nuestros resultados confirman las publicaciones previas, tanto nacionales como internacionales, en relación a la etiología principal, motivo de las histerectomías: fibrosis uterinas (miomas) [1-3, 6, 13, 14, 19, 24]. Sin embargo, a diferencia de otras realidades: en segundo lugar en etiología según se muestra en nuestros resultados corresponde a las distopías genitales. Esto puede explicarse con lo ya mencionado en el párrafo anterior, en relación a los escasos de tratamientos disponibles en nuestro medio. Usualmente, en otros países, sobre todo

en los desarrollados, existen diversas opciones para tratar quirúrgicamente las distopías (tales como las fijaciones internas que según se han reportado tienen mejores resultados), restringiéndose el uso de histerectomías [3, 19]. Sin embargo, en nuestro país, aún no se cuenta con el desarrollo técnico suficiente para restringir el uso de las histerectomías, y prueba de ello es que en segundo lugar, a diferencia de las publicaciones previas, se encuentre una condición, que podríamos juzgar incluso de “fisiológica” o al menos de naturales (en el marco de pacientes con sobrepeso, obesidad y multiparidad) como son las distopías genitales.

Vale la pena resaltar la nula mortalidad reportada, pero sí la morbilidad asociada, fenómeno también descrito previamente [15]. Aunque bien que esta morbilidad asociada no resultó siendo grave (lo que se muestra con que ningún caso necesitó atención en unidad de cuidados intensivos), pero sí prevalente: 7,4% de complicaciones postoperatorias (fístula vesicovaginal, hematoma de cúpula vagina, hemoperitoneo, infección de herida operatoria y trombosis venosa profunda). Sin embargo, llama la atención la amplia variedad de días registrados en la estancia hospitalaria: entre dos y doce días, lo cual se debe probablemente, a la condición clínica de la paciente previa a la histerectomía, a la técnica de histerectomía (como se muestra en la Tabla 4 y que explicaremos a continuación), y a la presencia complicaciones postoperatorias.

Finalmente, y tal como se muestra en la Tabla 4, existen significativas diferencias entre las dos técnicas (vaginal y abdominal) mediante las que se realizó la histerectomía. Así, las mujeres sometidas a histerectomía vaginal en relación a las que fueron sometidas a histerectomía abdominal: fueron mayores en edad (61,2 vs. 47,4 años); presentaron mayor prevalencia de desempleo (100% vs. 76,1%); mayor prevalencia de mujeres que no habían concluido sus estudios escolares (74,6% vs. 51,9%); reportaron un mayor

tiempo de enfermedad (36 vs. 17,6 meses); mayor paridad (4,3 vs. 2,9 partos) y una menor prevalencia de sobrepeso (29,6% vs. 45,6%). En relación al acto operatorio, la práctica de histerectomía vaginal se asoció con una menor prevalencia de complicaciones intraoperatorias (1,4% vs. 3%); un menor tiempo operatorio (98,9 vs. 103,6 minutos); una menor prevalencia de complicaciones postoperatorias (4,3% vs. 8,2%) y una menor estancia de hospitalización (3,1 vs. 4,2 días).

Por todo lo anteriormente expuesto, nuestros resultados sirven para confirmar a la histerectomía vaginal como una técnica rápida, eficaz y eficiente [2, 3, 6]; además de ser obvias sus bondades desde una perspectiva estética en relación a la histerectomía abdominal [7, 14]. Esto es importante de tener en cuenta en el contexto de haberse reconocido que no existe una técnica ideal (en tanto vaginal o abdominal) sino que ambas presentan ventajas y desventajas que deberán ser barajadas por el cirujano a cargo dependiendo de la etiología subyacente y de su capacidad técnica [11-13]. Pero más allá de existir condiciones clínicas que propicien la elección de una u otra técnica en el contexto de comparar ambos procedimientos, se comprueba, condiciéndose nuestros resultados, con una amplia evidencia que resalta las bondades de la histerectomía vaginal, considerándola como la primera elección, en caso la etiología lo permita, para realización de histerectomías [2, 7, 11, 12, 14, 15]. Esto creemos que marca la pauta inicial para el siguiente paso, que es justamente el motivo de nuestra investigación: justificar la necesidad de la implementación de una nueva técnica operatoria: histerectomía vaginal guiada con laparoscopia.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

En base a la presente investigación se concluye:

- La histerectomía es una práctica frecuente en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (243 casos en el transcurso enero a diciembre 2010).
- El 83,1% de las mujeres sometidas a histerectomía son desempleadas y el 59,7% no ha terminado la educación secundaria.
- El 93,8% de las mujeres sometidas a histerectomía fueron postmenopáusicas.
- El tiempo de enfermedad en promedio fue de 23,4 meses.
- Los principales signos y síntomas fueron: dolor pélvico (53,5%), metrorragia (53,1%) y tumoración pélvica (36,2%).
- La etiología más importante de las histerectomías fueron: miomatosis (65,8%) y distopía genital (30,5%).
- Son más frecuentes las histerectomías abdominales (70,8%) que las vaginales (29,2%).
- Las complicaciones intraoperatorias se reportaron en un total de 6 casos (2,5%) de la población atendida.
- Las complicaciones postoperatorias se reportaron en un total de 18 casos (7,4%) de la población atendida.
- La histerectomía vaginal es una técnica rápida, eficaz y eficiente, y se distingue en estos aspectos, significativamente, de la histerectomía abdominal.

- No se reportaron casos de mortalidad y ningún caso de morbilidad postoperatoria necesitó ser manejada en unidad de cuidados intensivos.

CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES

La presente investigación, la primera en realizarse en nuestro hospital, sistematiza la experiencia en torno a la práctica de histerectomía en el transcurso de un año (2010), pero permite tener una idea de la experiencia y experticia con que cuenta nuestro hospital en cuanto a la práctica de histerectomía en general. Se ha mostrado que la histerectomía, ya vaginal como abdominal, es una práctica frecuente y de benignidad significativa (las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias no llegan al 10%), debido a esto, consideramos que se cuenta ya con la suficiente experiencia para poder pasar a un nuevo nivel resolutivo, el cual incluye la utilización de laparoscopia dentro de la práctica quirúrgica de histerectomía. Según se muestra en nuestros resultados la histerectomía vaginal, cuando es indicada su realización, presenta mejores indicadores intraoperatorios y postoperatorios que la histerectomía abdominal. Esto, creemos, podría servir como línea de base para implementar la “histerectomía vaginal guiada por laparoscopia”, que según se ha reportado en la bibliografía internacional presenta mayores ventajas que la histerectomía vaginal en sí [2, 5, 7, 8, 10-19, 21]. Este paso intermedio, ha sido ya referido en nuestro país, como una condición necesaria para ganar experticia en vías a implementar la histerectomía laparoscópica como técnica propia.

Contando nuestro hospital con la oferta necesaria para realizar cirugía laparoscópica, creemos conveniente sugerir la implementación de capacitaciones técnicas tanto al personal asistencial como al personal residente a fin de que logren relacionarse y manejar sin problemas los instrumentos laparoscópicos en beneficio de las pacientes.

Para ello, urge la voluntad política, y para fomentarla se ha realizado el presente estudio que se convierte en un instrumento de sustentación y justificación de dicha necesidad.

Al mismo tiempo, no siendo suficiente los aportes aquí expuestos, y no dándose las condiciones políticas necesarias, no descartamos la posibilidad de implementar un nuevo estudio, experimental, controlado y doble ciego (en la medida de lo posible), donde se compare ya no sólo la histerectomía abdominal con la vaginal sino también, y sobre todo: con la histerectomía vaginal guiada por laparoscopia. Este nuevo estudio habrá de edificarse, indefectiblemente, a la luz de los aportes hasta aquí escritos.

CAPITULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mettler, L., et al., *Hysterectomy: Current Methods and Alternatives*. Obstetrics and Gynecology International, 2010.
2. Cisneros-Jaramillo, G. and E. Noboa-Flores, *Histerectomía*, in *Ginecología Obstetricia y Reproducción*, J. Pacheco, Editor. 2007, REP: Lima. p. 654-660.
3. Papadopoulos, M., A. Tolikas, and D. Miliaras, *Hysterectomy—Current Methods and Alternatives for Benign Indications*. Obstetrics and Gynecology International, 2010.
4. Babalola, E., et al., *Decreasing utilization of hysterectomy: a population-based study in Olmsted county, Minnesota, 1965-2002*. Am J Obstet Gynecol, 2007. **196**(3): p. 214.e1-214.e7.
5. Vessey, M., et al., *The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study*. Br J Obstet Gynaecol, 1992. **99**: p. 402-407.
6. Perineau, M., X. Monroziés, and J. Reme, *Complications des hystérectomies*. Rev Franc Gynécol d'Obstét, 1992. **5**: p. 299-304.
7. Celis, A. and I. Sandoval, *Histerectomía laparoscópica*, in *Ginecología Obstetricia y Reproducción*, J. Pacheco, Editor. 2007, REP: Lima. p. 675-680.
8. Iversen, L., et al., *Long term effects of hysterectomy on mortality: nested cohort study*. BMJ, 2005. **330**: p. 1482-1485.
9. Wilcox, L., L. Koonin, and R. Porkas, *Hysterectomy in the United States: 1980-1990*. Obstet Gynecol, 1992. **83**: p. 549-555.
10. Erekson, E., et al., *Socioeconomic indicators and hysterectomy status in the United States, 2004*. J Reprod Med, 2009. **54**(9): p. 553-558.
11. Garry, R., et al., *Evaluate hysterectomy trial: a multicentre randomized trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy*. Health Tech Asses, 2004. **8**(26): p. 1-154.
12. Garry, R., et al., *The eVALuate stury: two parallel randomized trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy*. BMJ, 2004. **328**: p. 129-133.
13. Salinas, H., et al., *Vias alternativas de histerectomía. Experiencia con 2527 pacientes en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile*. Rev Calidad Asistencial, 2006. **21**(6): p. 314-320.
14. Johnson, N., et al., *Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial*. BMJ, 2005. **330**: p. 1478-1486.
15. Colmenares, C., et al., *Factores de riesgo asociados a complicaciones infecciosas en pacientes sometidas a histerectomía: estudio de casos y controles*. Rev. Cienc. Salud, 2003. **1**(1): p. 45-57.
16. Dorsey, J., et al., *Costs and charges associated with three alternative techniques of hysterectomy*. N Engl J Med, 1996. **335**: p. 476-482.

17. Sculpher, M., et al., *Cost effectiveness analysis of laparoscopic hysterectomy compared with standar hysterectomy: resultsfrom a randomized trial*. BMJ, 2004. **328**: p. 134-139.
18. Kovac, S., S. Cruikshank, and H. Retto, *Laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy*. J Gynecol Surg, 1990. **6**: p. 185-193.
19. Serna, E., et al., *Histerectomia laparoscópica total, curva de aprendizaje: experiencia de Clínica del Prado*. Rev Chil Obstet Ginecol, 2010. **75**(6): p. 367-374.
20. Lieng, M., A. Lømo, and E. Qvigstad, *Long-Term Outcomes Following Laparoscopic and Abdominal Supracervical Hysterectomies*. Obstetrics and Gynecology International, 2010.
21. Kim, T. and J. Yoon, *Comparison of the neuroendocrine and inflammatory responses after laparoscopic and abdominal hysterectomy*. Korean J Anesthesiol, 2010. **59**: p. 265-269.
22. Payá, V., et al., *Histerectomía laparoscópica frente a histerectomía abdominal: estudio clínico comparativo*. Clin Invest Gin Obst, 2002. **29**(8): p. 284-290.
23. Clinch, J., *Length of hospital stay after vaginal hysterectomy*. Br J Obstet Gynaecol, 1994. **101**: p. 253-254.
24. Reich, H., J. De-Caprio, and F. McGlynn, *Laparoscopic hysterectomy*. J Gynecol Surg, 2001. **5**: p. 213-215.