

11217
58
2ej



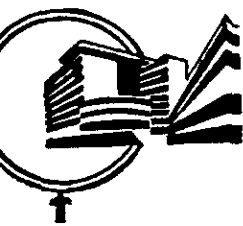
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"

HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR
LAPAROSCOPIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N :
G I N E C O L O G I A Y O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A :
DRA. CYNTHIA ELIZABETH PEREZ RAMIREZ

ASESOR: DR. RANFERI GAONA ARREOLA



MEXICO, D. F.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

02-16-2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

***HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR
LAPAROSCOPIA***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. CYNTHIA ELIZABETH PÉREZ RAMÍREZ

ASESOR: DR. RANFERI GAONA ARREOLA

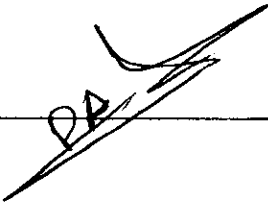
MÉXICO, D.F.

1999

HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"

**HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR
LAPAROSCOPIA**

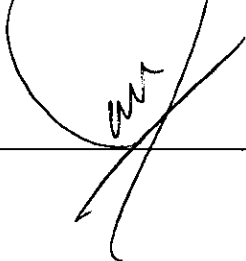
DR. FERNANDO ALFONSO RIOS MONTIEL
DIRECTOR DE LA UNIDAD.



DR. MARTÍN SERGIO PEÑA SANDOVAL
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA Y
ASESOR METODOLÓGICO.



DR. RANFERI GAONA ARREOLA
ASESOR DE TESIS.



Gracias a DIOS.

**Por permitir que mis sueños de ayer,
sean la hermosa realidad del día de hoy
y que el mañana, sea una visión de esperanza.**

**“Señor, tú, que sabes de mi deber de asistir
a los enfermos, conserva sensible mi alma al dolor
ajeno, haz que yo les sirva no solamente con las
manos, sino también con el corazón”.**

A mis Padres

Jorge y Diana

**Que son mi gloria y mi fortuna,
que con amor y comprensión han
sabido guiar mis pasos en esta vida,
hasta lograr hacer de mí una profesionalista.**

A mis hermanos

Yvette Jacqueline y Jorge Iván

**Compañeros inapreciables de
toda la vida.**

Al Dr. Ranferi Gaona

**Por su apoyo y aportación
para la realización de este trabajo.**

INDICE.

CONTENIDO.	PÁGINA
Resumen	01
Introducción	02
Material y Métodos	05
Resultados	07
Discusión	09
Conclusiones	12
Bibliografía	13
Anexo 1	16
Anexo 2	17

RESUMEN

Pérez RC, Gaona AR. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia

Objetivos: Determinar la eficacia de la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL) en la resolución de la patología uterina más frecuente en nuestro hospital, comparar los resultados obtenidos con pacientes sometidas a tratamiento laparoscópico en este estudio y la estadística reportada con técnicas convencionales en la literatura, establecer morbilidad y parámetros de seguridad en el tratamiento con HVAL.

Diseño del estudio: Se trata de un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo.

Material y métodos: Se captaron pacientes a las cuales se les realizó HVAL entre Octubre de 1998 y Septiembre de 1999 en el servicio de Medicina Reproductiva del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" con edades comprendidas entre los 25 y 55 años, patología uterina que pudo o no presentar descenso del mismo, con la técnica laparoscópica tipo III (clasificación de Munro) y midiendo los siguientes parámetros: indicación, tipo de procedimiento, tiempo quirúrgico, hallazgos, días de estancia intrahospitalaria, sangrado transoperatorio, complicaciones y días requeridos para la reintegración a sus actividades cotidianas. Se calcularon los porcentajes y medidas de tendencia central.

Resultados: Fueron realizadas 45 HVAL con pacientes en promedio de 47.1 años, promedio de gestas de 1.93 con rango de 0 a 4, 12 (24.4%) tenían antecedente de 1 o 2 cesáreas. Miomatosis uterina fue la indicación más frecuente en 23 pacientes (51.11%); todos los procedimientos fueron bajo anestesia general balanceada, con técnica de 3 punciones, ninguno fue convertido a laparotomía. El tiempo quirúrgico osciló entre 45 y 140 minutos, con promedio de 72.5. El sangrado transoperatorio varió entre los 30 y 200ml con promedio de 130. Se presentaron 4 complicaciones, 75% por infección de vías urinarias y 25% por lesión vesical. El tamaño uterino fue en 55.55% de entre 9 y 12cm. La estancia hospitalaria fue de 1 a 3 días, 1.73 en promedio. El período de reintegración a actividades cotidianas fue de 7-14 días (promedio de 7.51).

Discusión y Conclusiones: Los resultados desprendidos de este estudio son equiparables con lo reportado en la literatura mundial sobre HVAL, lo que deja entrever que este procedimiento ofrece importantes ventajas con respecto a estancia hospitalaria, período de recuperación, costos, sangrado transoperatorio y presencia de complicaciones en comparación con la histerectomía abdominal. La HVAL ofrece la alternativa de convertir algunas cirugías abdominales en vaginales en ausencia de prolapso uterino, con las consiguientes ventajas para la paciente, sin repercusión económica desfavorable para ella y el medio hospitalario si este cuenta con la tecnología adecuada y el procedimiento fue bien indicado y realizado con personal experto entrenado en el área.

Palabras clave: histerectomía vaginal; cirugía laparoscópica.

INTRODUCCIÓN

La *histerectomía*, remoción quirúrgica del útero, ha sido siempre fuente de polémica, es el procedimiento quirúrgico realizado con mayor frecuencia en la práctica gineco – obstétrica después de la operación cesárea. (1,2,3,4). Dado que existen pocas indicaciones ginecológicas absolutas para su realización, es difícil determinar cuando está razonablemente justificada. (1,3,5,6,7,8,9,10)

Se adolece de un consenso que permita definir cual es la mejor técnica quirúrgica para su realización (1,3,6,9,11,12). Tradicionalmente este procedimiento tiene dos vías de abordaje: abdominal o vaginal que, pese a tener el mismo objetivo, su realización está limitada básicamente al tamaño uterino, descenso del mismo y experiencia del cirujano. (1,4,6,11,13,14,15,16,17,18,19).

La histerectomía por vía vaginal (HV) es preferida sobre la histerectomía abdominal (HTA) por sus conocidos beneficios: menor morbilidad, disminución de tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, recuperación más rápida que permite una incorporación veraz a las actividades cotidianas e incluso menor dolor postoperatorio. (1,3,4,6,7,11,13,15,18,20,21,22,23,24.)

Sin embargo, no siempre es posible esta vía de abordaje por que existen limitaciones reales para esta técnica: tamaño uterino, historia de cirugías abdominales y ausencia de prolapso uterino.

Los procedimientos endoscópicos en ginecología han venido a abrir un panorama más para esta cirugía con diseño de nuevas técnicas para la histerectomía lo cual ha favorecido la extracción vaginal de úteros con patología que en otro momento no hubiera sido posible. Tal técnica esta descrita como Histerectomía Vaginal Asistida por Laparoscopia (HVAL). (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,25)

Reich y De Caprio en 1989, reportaron por primera vez una histerectomía laparoscópica presentando en ese momento una clasificación del

procedimiento, en la cual si, durante el evento quirúrgico eran electrocoagulados y cortados los pedículos de ligamentos redondos, útero-ováricos y anchos así como las arterias uterinas y ligamentos útero-sacros y cardinales, teniendo como único paso vaginal la extracción de la pieza quirúrgica, se consideraba como histerectomía laparoscópica; definieron entonces como histerectomía asistida por laparoscopia, aquel procedimiento en el cual se lleva a cabo la circuncisión cervical y/o corte y ligadura de los pedículos uterinos por vía vaginal. (4,5,6,7,8,13,14,26,27,28)

La HVAL ofrece una técnica que convierte algunas histerectomías abdominales en histerectomías vaginales lo que ofrece ciertas ventajas sobre los procedimientos abdominal o estrictamente vaginal como las que se enuncian a continuación:

- La laparoscopia permite la visualización de los ureteros lo que previene la lesión inadvertida de los mismos. Para la ooforectomía concomitante, los vasos ováricos son seccionados bajo observación directa para asegurar una adecuada hemostasia.

- La pérdida hemática intraoperatoria ha disminuido y los periodos de hospitalización y convalecencia se han acortado. (1-5,7,11,13,14,16,20,21,23,24)

Munro y cols. en 1993 proponen una clasificación para la Histerectomía Vaginal Asistida por Laparoscopia, permitiendo uniformidad en los criterios la cual puede ser de la etapa 0 a la V dependiendo del avance abdominal logrado a través de la laparoscopia y ubicando a la histerectomía tipo III como la que se realiza con mayor frecuencia y que corresponde a la HVAL. (8,29)

El presente estudio tiene como objetivos el determinar la eficacia de la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, en la resolución de la patología uterina más frecuente en nuestro hospital, comparar los resultados obtenidos con las pacientes sometidas a tratamiento laparoscópico en este estudio y la estadística reportada en la literatura, establecer morbilidad y parámetros de seguridad en el tratamiento con histerectomía asistida por laparoscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el servicio de Medicina Reproductiva del Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala, se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo en 45 pacientes, el cual fue presentado y aceptado por el Comité local de Investigación .

Se seleccionaron pacientes entre los 25 y 55 años de edad, que tuvieran alguno de los siguientes diagnósticos: miomatosis uterina sintomática, hiperplasia endometrial típica o atípica, adenomiosis, Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) III, sangrado uterino anormal (SUA) refractario al tratamiento farmacológico, síndrome post-salpingoclasia, dos o menos cirugías previas, con o sin descenso uterino, con Papanicolaou de un año o menos, con estudios de laboratorio y valoración preanestésica, así como consentimiento informado de la paciente. Se tomó como criterio de exclusión la conversión a cirugía abierta durante la laparoscopia. Los criterios de no inclusión fueron: aquellas pacientes que no aceptaron el tratamiento laparoscópico, contraindicaciones de la laparoscopia, tumoraciones anexiales concomitantes mayores de 10 cm, contraindicaciones anestésicas, pacientes que no cumplan con los requisitos previos, pacientes que durante el estudio preoperatorio requieran tratamiento convencional. La técnica laparoscópica se realizó de acuerdo a la clasificación de Munro y el procedimiento realizado fue el tipo III. Se realizó con técnica de 3 punciones, con punción inicial de 1 cm. infraumbilical para telescopio de 10mm y equipo de videocámara, dos punciones accesorias suprapúbicas de medio centímetro cada una. El neumoperitoneo se realizó con CO2 con flujo continuo a 2 litros por minuto; se manejó equipo de electrocirugía monopolar con pinza de cocodrilo para fulguración y corte de pedículos. Una vez realizado el neumoperitoneo y las punciones, se efectuaron dos tiempos quirúrgicos en el siguiente orden: el tiempo abdominal incluyó pinzamiento, electrocoagulación y corte de ligamentos

redondos, ligamentos útero-ováricos y trompa de falopio, apertura de ligamento ancho, disección de arterias uterinas, fulguración y corte de pedículos uterinos, disección vesical, fulguración y corte de ligamentos útero-sacos, disección parcial de ligamentos cardinales y verificación de la hemostasia. El tiempo vaginal comprendió: pinzamiento de cérvix, circuncisión de cérvix, disección de epitelio vaginal hasta descubrir pilares vesicales, pinzamiento corte y ligadura de pilares vesicales, pinzamiento corte y ligadura de ligamentos cardinales apertura de peritoneo posterior y vésico-uterino, extracción de la pieza, cierre de cúpula vaginal y fijación de la misma a ligamentos cardinales.

Se analizaron los siguientes elementos: indicación, tipo de procedimiento, tiempo quirúrgico, hallazgos, días de estancia intrahospitalaria, sangrado transoperatorio, complicaciones y días que requirieron para la reintegración a sus actividades normales; los cuales fueron registrados en hojas de captura.(anexo 1).

No se requirió material especial para la investigación. En cuanto a los recursos materiales (los cuales son propios del servicio) se emplearon los equipos de videolaparoscopia y electrocauterio. Los recursos humanos estuvieron conformados por médicos de los servicios de: Medicina Reproductiva, Ginecología, Anestesiología y personal de Enfermería asignado a dichos servicios. Mientras que los recursos financieros no fueron necesarios.

RESULTADOS.

Se realizaron 45 Histerectomías asistidas por laparoscopia en el Servicio de Medicina Reproductiva del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" entre Octubre de 1998 y Septiembre de 1999. La edad promedio fue de 47.1 años con un rango de 25 a 55 años. 34 pacientes se encuentran en el grupo de más de 45 años (75.55%) (tabla 1, gráfica a). Se reportó un promedio de 1.93 gestas con rango de 0 a 4; 7 pacientes (15.55%) fueron nuligestas, representando el mayor porcentaje el grupo de primigestas, 15 pacientes (33.3%) (tabla 2, gráfica b). 12 pacientes tenían antecedente de cesáreas (24.4%), de las cuales 11 (91.66%) tenían una cesárea y 1 (8.33%) dos intervenciones quirúrgicas de éste tipo. (Tabla 3, gráfica c). La miomatosis uterina tuvo mayor representación con 23 pacientes (51.11%), seguido por 8 mujeres que presentaron sangrado uterino anormal (17.77%), hiperplasia endometrial y endometriosis con 4 pacientes (8.88%) cada una, dolor pélvico crónico 3 (6.66%), 2 pacientes con NIC III (4.44%) y 1 caso de adenomiosis (2.22%). (tabla 4, gráfica d) En cuanto al tipo de anestesia, a las 45 pacientes del universo de trabajo (100%) se les administró anestesia general balanceada (AGB), al mismo número de pacientes con su respectivo porcentaje se les realizaron 3 punciones abdominales, 1 principal infraumbilical de 1 cm y 2 accesorias suprapúbicas de ½ cm. El rango comprendido para tiempo quirúrgico (tiempos abdominal y vaginal) fue de 45 a 140 minutos (min) con un promedio de 72.5 min., el mayor porcentaje correspondió a los procedimientos realizados en 60 minutos: 8 (17.77%) y 65 min. 7 (15.55%) (tabla 5, gráfica e) Con un rango de 30 a 200 mililitros (ml) el sangrado postoperatorio tuvo como promedio 130 ml y mayor porcentaje la pérdida de 120ml en 31.11% (tabla 6, gráfica f) Se presentaron 4 complicaciones (8.88%) siendo 3 casos de infección de vías urinarias y 1 caso de lesión vesical (75 y 25% respectivamente). (tabla 7, gráfica g) El tamaño uterino tuvo un rango de entre 6 y 15 centímetros (cm)., 13 pacientes presentaron úteros entre 6 y 8 cm (28.88%), de 9 a 12 cm, 25 (55.55%) y de entre 13 y 15 cm,

7 pacientes (15.55%). (tabla 8, gráfica h) No se requirió conversión a laparotomía en ninguno de los casos (0%); La estancia hospitalaria medida en días, tuvo un rango de 1 a 3, con promedio de 1.73 días, 16 pacientes (35.55%) permanecieron 1 día, 25 (55.55%) por espacio de 2 y, 4 (8.88%) por 3 días. (tabla 9, gráfica i) La reintegración a actividades cotidianas presentó un rango de 7 a 14 días, con promedio de 7.51, 16 pacientes (35.5%) a los 7 días, 10 (22.22%) a los 10 y 9 (20%) a los 14 días. (tabla 10, gráfica j)

DISCUSIÓN

Tomando en cuenta las consideraciones vertidas en la literatura actual consultada, y con base en nuestros resultados, la HVAL ofrece ventajas sobre la histerectomía abdominal, ya que se tiene la posibilidad de que las pacientes candidatas a dicho procedimiento, se beneficien con la conversión al abordaje vaginal cuando no hay prolapso uterino, cuando existe antecedente de cirugías abdominales múltiples o bien, con alguna otra situación que puede contraindicar la vía vaginal, y, así mismo ofrece ventajas sobre la vía vaginal pura como lo es la realización de ooforectomía por ejemplo, ya que con la técnica asistida se puede *visualizar durante el tiempo abdominal* las características de la cavidad, y corroborar la adecuada hemostasia de los pedículos evitando complicaciones en forma importante. (1,13)

Aunque muchos reportes son controvertidos en cuanto a la pérdida hemática, incidencia de complicaciones, tiempo quirúrgico y periodo de recuperación a las actividades cotidianas además de los costos en comparación con la vía abdominal en donde Lipscomb y colaboradores reportan que no hay *diferencias significativas en dichos parámetros* (1), nuestros resultados indican que sí hay un impacto en cuanto a la pérdida sanguínea lo cual se puede explicar ya que, como se expuso líneas arriba, al tener una visualización directa vía laparoscópica de la cavidad abdominal y de los pedículos seccionados y al haber realizado previamente la hemostasia, se limita el sangrado transoperatorio (1,2,8).

En lo referente al tiempo quirúrgico, en nuestro reporte no parece haber gran diferencia en el tiempo esperado para las vías abdominal y vaginal, sin embargo, Kably y colaboradores, en una serie nacional comparativa de 1997 entre las tres vías de abordaje para la histerectomía, sí hacen referencia a la marcada diferencia en contra de la HVAL con respecto a los otros dos tipos de abordaje referido, sin embargo, que esta variable puede cambiar con el tiempo, debido a que es una técnica novedosa que por el momento no se realiza con la misma frecuencia que las otras dos técnicas y que, por ende, mientras más se

realice y mayor práctica se adquiera, mejores serán los tiempos quirúrgicos en un futuro no lejano (4).

En el rubro de las complicaciones, nuestro reporte es del orden de 8.88%, siendo el 75% correspondiente a infección de vías urinarias, y un solo caso de lesión vesical, quedando este índice de complicaciones por debajo de las esperadas para el abordaje abdominal. En la literatura se reportan las complicaciones de esta técnica, correspondiendo a las del aparato urinario las más frecuentes con lesiones vesicales (cistostomías) y de uréteres entre otras. (1,4,20,22,30,31,32)

Ninguno de los casos presentados requirió de conversión a laparotomía, cuando en otras series reportadas alcanza hasta 11% o más. (1,5,15)

En cuanto a la estancia intrahospitalaria, también fue inferior en comparación a la vía abdominal de acuerdo con nuestro reporte y con la literatura, 1.73 días de promedio, contra 4.35. (1,4,7,9,26)

El periodo de recuperación a las labores cotidianas fue menor igualmente con base en nuestra serie y en la literatura para histerectomía abdominal, con promedio 7.51 días, rango de 1-2 semanas contra 5-9 semanas. (1,5,22)

Si bien, el aspecto de los costos se reportó en una serie nacional en 1997 como significativamente mayor a las vías abdominal y vaginal (4), consideramos que este aspecto no tiene por qué verse incrementado si contamos con el equipo necesario, como podemos verificar en reportes de Estados Unidos donde no llega a ser mayor del 20%. (1,8,14,23,24)

Consideramos que en nuestro país existen varias limitantes que favorecen el desarrollo de esta técnica, pues la minoría de las instituciones nacionales cuenta con el equipo necesario, aunado a la escasez de cursos ofrecidos para dicha área lo que conlleva a impedir un adecuado entrenamiento del personal y a

favorecer los tiempos quirúrgicos prolongados y hasta la incidencia de complicaciones, sin embargo, en nuestra institución, donde contamos con la tecnología necesaria (lo cual no incrementaría los costos) y el personal especializado y altamente capacitado para dicha área, podemos afirmar que esta técnica es un procedimiento que es factible realizar en beneficio de nuestras pacientes ofreciéndoles la opción terapéutica de una conversión del abordaje abdominal al vaginal con sus consecuentes y ya mencionadas ventajas.

CONCLUSIONES.

Los resultados desprendidos de este estudio son equiparables con lo reportado en la literatura mundial con respecto a la HVAL, lo que deja entrever que este procedimiento ofrece importantes ventajas en lo referente a estancia hospitalaria, período de recuperación, costos, sangrado transoperatorio y presencia de complicaciones en comparación con la histerectomía abdominal. La HVAL ofrece la alternativa de convertir algunas cirugías abdominales en vaginales en ausencia de prolapso uterino, con las consiguientes ventajas para la paciente, sin repercusión económica desfavorable para ella y el medio hospitalario si este cuenta con la tecnología adecuada y el procedimiento fue bien indicado y realizado con personal experto entrenado en el área.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Lipscomb G. Laparoscopic-Assisted Hysterectomy: Is It ever indicated?. Clin Obstet Gynecol, 1997; 40 (4) : 895 – 902
2. Shen-Gunther J. Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy. J Reprod Med, 1996; 41 (4) : 231-4
3. Nezhat F., Nezhat C., Gordon S. Laparoscopic versus abdominal hysterectomy. J Reprod Med, 1992; 37 : 247-50
4. Kably A., Barroso G et/al. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Estudio crítico y comparativo con histerectomía vaginal y abdominal en el Hospital ABC de la Ciudad de México. Ginec Obstet Mex, 1997; 65 : 362-7
5. Reich H. Laparoscopic hysterectomy. J Gynecol Surg, 1989; 5 : 213-6
6. Nezhat C, Nezhat F et/al. Proposed classification of hysterectomies involving laparoscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 1995; 2 (4) : 427-9
7. Boike G, Elfstrand E. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in a university hospital: report of 82 cases and comparison with abdominal and vaginal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol, 1993; 168 (6) : 1690-1701
8. Munro M. Classification system for laparoscopic hysterectomy. Obstet Gynecol 1993; 82 : 624-9
9. Stovall GT. The changing status of hysterectomy. Clin Obstet Gynecol, 1997; 40 (4) : 866-7
10. Gambone JC, Reiter RC. Hysterectomy: improving the patient's decision-making process. Clin Obstet Gynecol, 1997; 40 (4) : 868-877
11. Meeks R, Harris R. Surgical approach to hysterectomy: abdominal, laparoscopy-assisted or vaginal. Clin Obstet Gynecol, 1997; 40 (4): 886-94
12. Chapron C., Aubert V. Complete hysterectomy for benign pathology and laparoscopy: respective indications of laparoscopic preparation and an exclusively laparoscopic approach. Contracept Fertil Sex, 1995; 23 (12): 741-8

13. Sadik S et/al. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy with suturing technique. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 1995; 2 : 237-40
14. Simon P., Janowski L. Clinical experience with a novel surgical technique: laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy, 1996; 17 (1) : 7-10
15. Sultana CJ, Sogor L. Laparotomy vs. laparotomy for gynecologic procedures. *J Reprod Med*, 1996; 41 (4) : 225-230
16. Rempen A. Experience with laparoscopic assistance in vaginal hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1996; 65 : 215-20
17. Richards SR, Simpkins S. Laparoscopic supracervical Hysterectomy versus laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 1995; 2 (4) : 431-5
18. Daniell JF, Kurtz BR et/al. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *The initial Nashville, Tennessee , experience.* *J Reprod Med*, 1993; 38 (7) : 537-42
19. Lui CY. Laparoscopy hysterectomy a review of 72 cases. *J Reprod Med*, 1992; 37 : 4
20. Meikle SF, Weston NE et/al. Complications and recovery from laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy compared with abdominal and vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol*, 1997; 89 (2): 304-11
21. Troncoso F., Paiva E. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia en el Hospital Dr. Sotero del Río. *Rev. Chil Obstet Gynecol*, 1994; 59 (6) : 435-41
22. Labib M., Palfrey S. The postoperative inflammatory response to injury following laparoscopic assisted vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy. *Ann Clin Biochem*, 1997; 34(1) : 156-7
23. Nezhad C., Bess O. et/al. Hospital cost comparison between abdominal, vaginal, and laparoscopy-assisted vaginal hysterectomies. *Obstet Gynecol*, 1994; 83 (5) : 713-6
24. Summitt RL, Stovall TG et/al. Randomized comparison of laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy with standard vaginal hysterectomy in an outpatient setting. *Obstet Gynecol*, 1992; 80 (6) : 895-901
25. Chapron C., Aubert V. Total hysterectomy for benign pathologies: why is laparoscopy of value? . *Contracept Fertil Sex*, 1995; 23 (11) : 688-93

26. Pelosi MA. Hand-assisted laparoscopy for complex hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 1999; 6 (2) : 183-8
27. Messina MJ, Garavaglia MM, et/al. Laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy: cost analysis and review of initial experience in a community hospital. *J Am Osteopath Assoc*, 1995; 95 (1) : 31-6
28. Elia G, Vermesh M, et/al . A cohort study comparing laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy and extrafascial hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 1995 ; 2 (4) : 395-8
29. Darai E., Bernard G. Laparoscopy-assisted hysterectomy and laparoscopic preparation. Apropos of a series of 177 cases. *Ann Chir*, 1998; 52 (1) :29-35
30. Pelosi MA. Extraperitoneal cystostomy after laparoscopy. A case report. *J Reprod Med*, 1996; 41 (12) : 911-914
31. Schwartz R. Complications of laparoscopic hysterectomy. *Obst Gynecol*, 1993; 81: 1022-4
32. Woodland M. Ureter injury during laparoscopy assisted vaginal hysterectomy with the endoscopic linear stapler. *Am J Obst Gynecol*, 1992; 167: 756-7

ANEXO 1

HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS DE PACIENTES SOMETIDAS A HVAL.

NOMBRE : _____

EDAD : _____.

GESTAS : _____ PARAS : _____ ABORTOS : _____ CESAREAS : _____

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:

- MIOMATOSIS UTERINA _____
- ADENOMIOSIS _____
- DOLOR PÉLVICO CRÓNICO _____
- HIPERPLASIA ENDOMETRIAL _____
- ENDOMETRIOSIS _____
- NIC III _____

TIPO DE ANESTESIA : _____ NÚM. PUNCIONES : _____

TIEMPO QUIRÚRGICO : _____ MINUTOS.

SANGRADO TRANSOPERATORIO : _____ CC.

COMPLICACIONES.

- ANESTÉSICAS : _____
- ABSCESO DE CÚPULA : _____
- ABSCESO DE PARED : _____
- INFECCIÓN VÍAS URINARIAS : _____
- LESIÓN VESICAL : _____
- LESIÓN URETERAL : _____
- OTROS : _____

TAMAÑO UTERINO POSTOPERATORIO : _____ CM.

CONVERSIÓN A LAPAROTOMÍA : _____

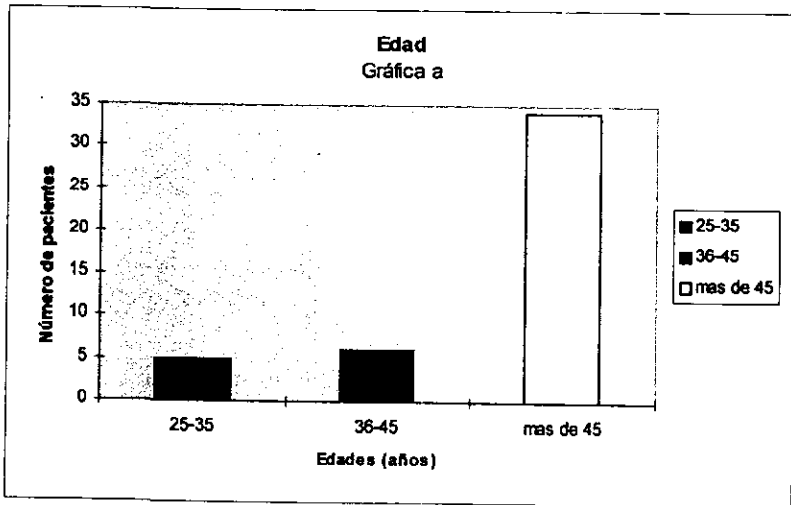
ESTANCIA HOSPITALARIA : _____ DÍAS.

INCAPACIDAD : _____ DÍAS.

REINTEGRACIÓN A ACTIVIDAD COTIDIANA : _____ DÍAS.

Edad	25-35	36-45	+ 45
Número de Pacientes	5	6	34
Porcentaje	11.11	13.33	75.55

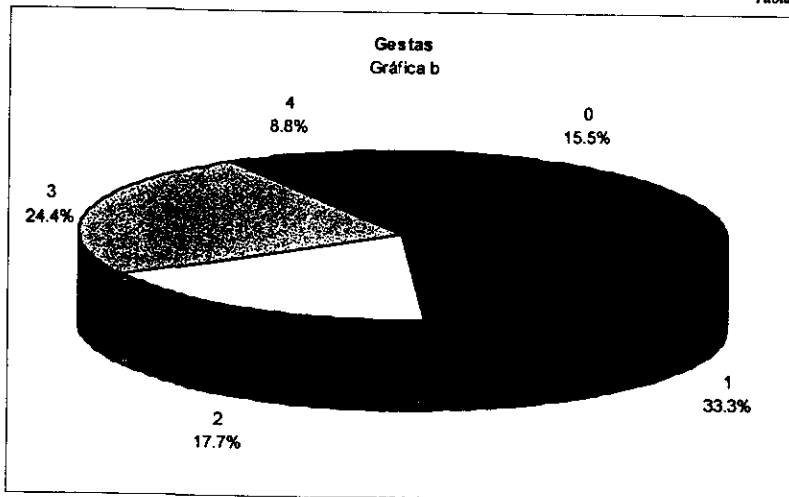
Tabla 1 EDAD.



Gráfica a EDAD.

Gestas	0	1	2	3	4
Número de pacientes	7	15	8	11	4
Porcentaje	15.5	33.3	17.7	24.4	8.8

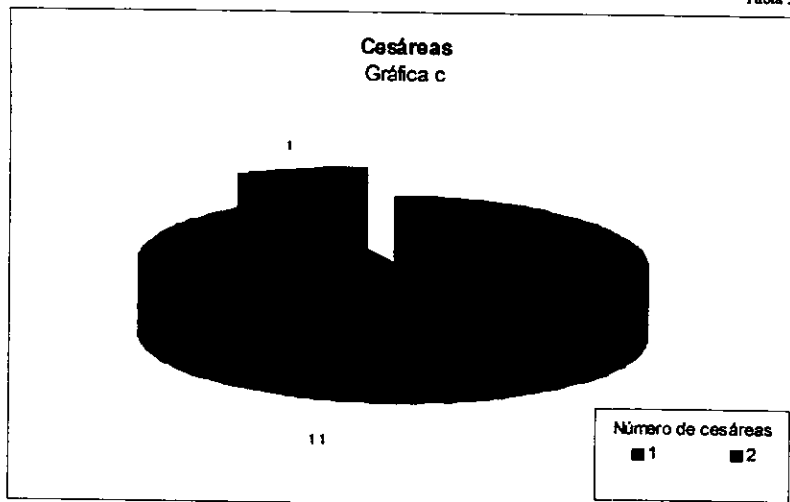
Tabla 2 GESTAS



Gráfica b GESTAS.

Cesáreas	1	2
Número de pacientes	11	1
Porcentaje	91.66	8.33

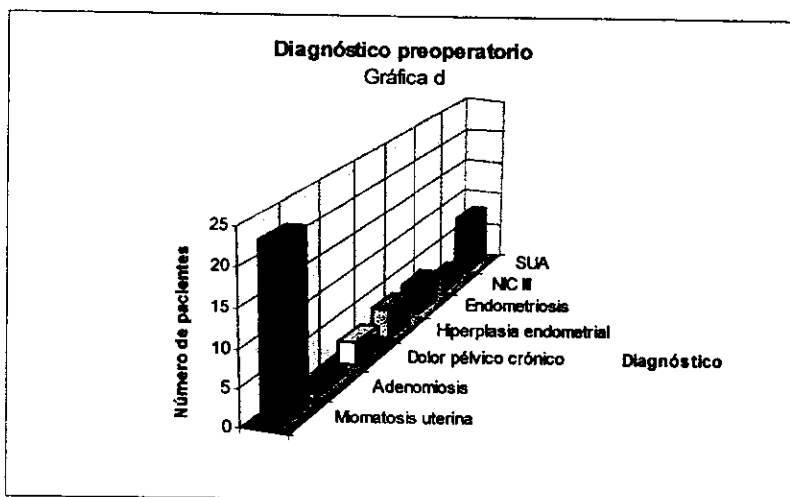
Tabla 3 CESÁREAS.



Gráfica c CESÁREAS.

Diagnósticos	Miomatosis uterina	Adenomiosis	Dolor pélvico	Hiperplasia endometrial	Endometriosis	NIC III	SUA
Pacientes	23	1	3	4	4	2	8
Porcentaje	51.11	2.22	6.66	8.88	8.88	4.44	17.77

Tabla 4 DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO.

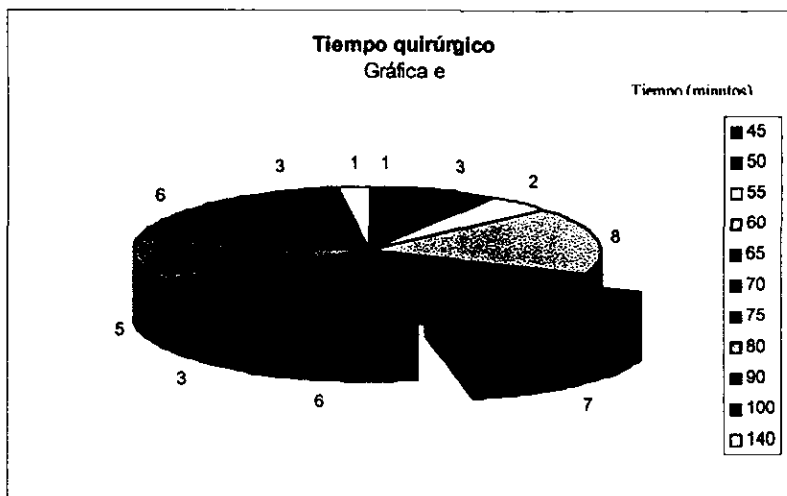


Gráfica d DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Tiempo (minutos)	45	50	55	60	65	70	75	80	90	100	140
Número de pacientes	1	3	2	8	7	6	3	5	6	3	1
Porcentaje	2.22	6.66	4.44	17.77	15.55	13.33	6.66	11.11	13.33	6.66	2.22

Tabla 5 TIEMPO QUIRÚRGICO



Gráfica e TIEMPO QUIRÚRGICO

Mililitros	30	50	70	90	100	120	150	180	200
Número de pacientes	1	2	2	3	7	7	14	5	4
Porcentaje	2.22	4.44	4.44	6.66	15.55	15.55	31.11	11.11	8.88

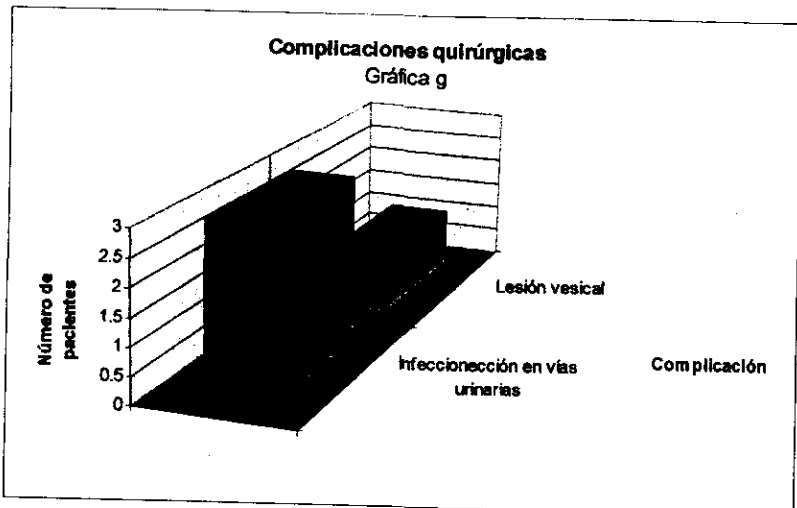
Tabla 6 SANGRADO TRANSOPERATORIO



Gráfica f SANGRADO TRANSOPERATORIO

Complicación	Infección vías urinarias	Lesión vesical
Número de pacientes	3	1
Porcentaje	75	25

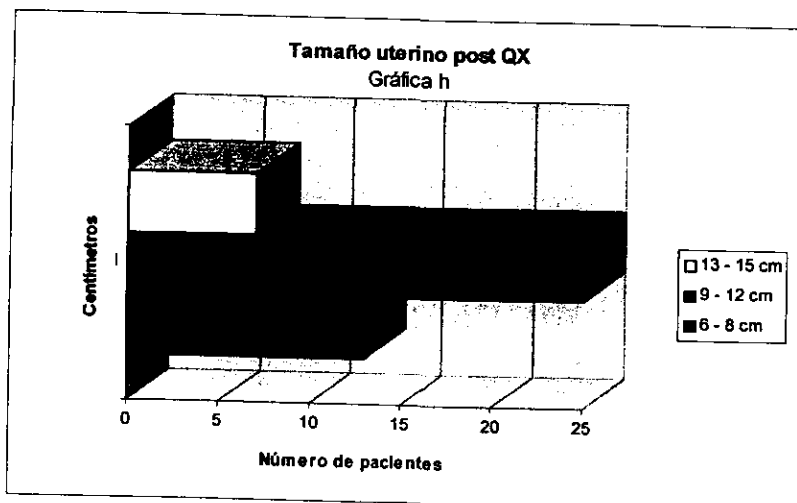
Tabla 7 COMPLICACIONES



Gráfica g COMPLICACIONES

Tamaño uterino post QX	6 – 8 cm	9 – 12 cm	13 – 15 cm
Número de pacientes	13	25	7
Porcentaje	28.88	55.55	15.55

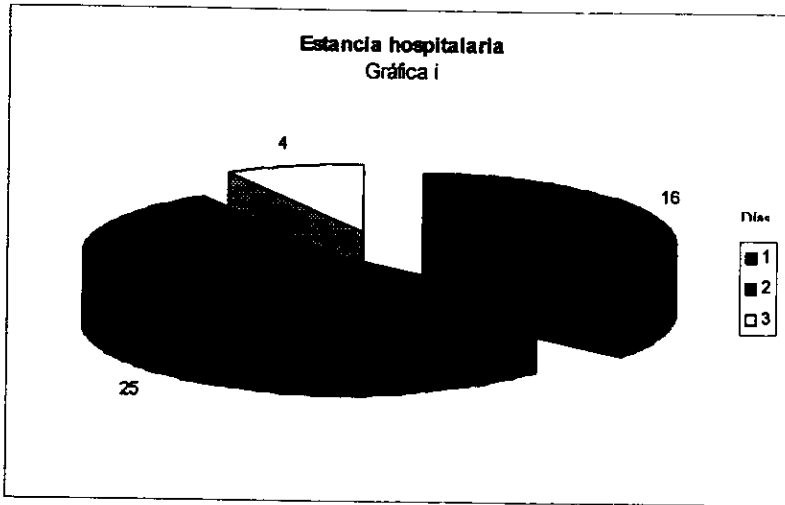
Tabla 8 TAMAÑO UTERINO POST QX



Gráfica h TAMAÑO UTERINO POST QX

Días	1	2	3
Número de pacientes	16	25	4
Porcentaje	35.55	55.55	8.88

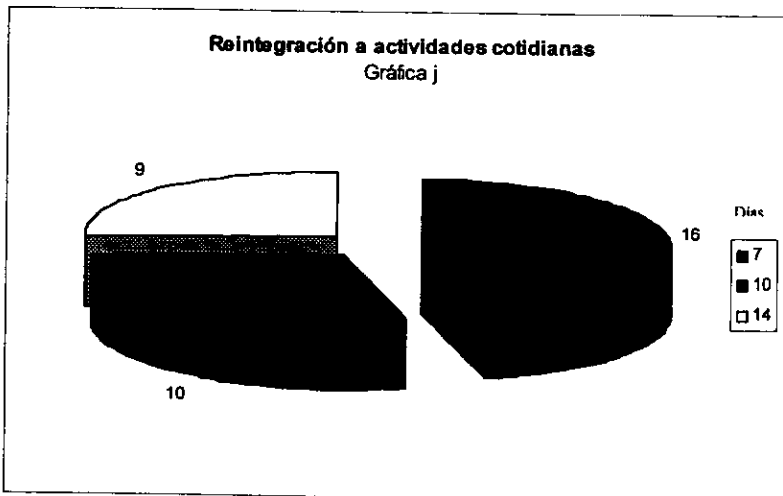
Tabla 9 ESTANCIA HOSPITALARIA



Gráfica 9 ESTANCIA HOSPITALARIA

Días	7	10	14
Número de pacientes	16	10	9
Porcentaje	45.71	28.57	25.71

Tabla 10 REINTEGRACIÓN A ACTIVIDADES COTIDIANAS



Gráfica 10 REINTEGRACIÓN A ACTIVIDADES COTIDIANAS