



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

## FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E  
INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS  
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

COMPARACIÓN DE LA EVOLUCIÓN  
POSOPERATORIA ENTRE HISTERECTOMÍA  
VAGINAL VS. LAPAROSCÓPICA A TRAVÉS DEL  
ÍNDICE DE SATISFACCIÓN Y COMPLICACIONES  
EN EL HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO  
ADOLFO LÓPEZ MATEOS DEL 1 DE FEBRERO DE  
2018 AL 1 DE FEBRERO DEL 2019.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:  
GASPAR ANTONIO RUIZ SALINAS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA  
ESPECIALIDAD:  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR DE LA TESIS  
DRA. MARÍA DEL CARMEN GARCÍA MARTÍNEZ

No. DE REGISTRO DEL PROTOCOLO  
316.2018

CIUDAD DE MÉXICO, 2019





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

---

DR. DANIEL ANTONIO RODRÍGUEZ ARAIZA  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

---

DRA. FLOR MARÍA DE GUADALUPE  
ÁVILA FEMATT  
JEFE DE ENSEÑANZA MÉDICA

---

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ  
ARELLANO  
JEFE DE INVESTIGACIÓN

---

DR. JUAN PABLO BARBA MARTIN  
PROFESOR TITULAR

---

DRA. MARÍA DEL CARMEN GARCÍA MARTÍNEZ  
ASESOR CLÍNICO DE TESIS

---

DRA. ALMA OLIVIA AGUILAR LUCIO  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

## RESUMEN

### ANTECEDENTES

La histerectomía es un procedimiento el cual se basa en la extracción del útero del cuerpo femenino y existen diferentes vías de realización; las técnicas más comunes son la histerectomía total vaginal que consiste en la extracción del útero vía vaginal sin necesidad de realizar incisiones abdominales, la histerectomía total abdominal que se basa en la realización de una incisión abdominal amplia con uso o no de separadores para la extracción uterina y la histerectomía total laparoscópica la cual es una técnica de mínima invasión que se basa en la realización de pequeños orificios abdominales para la realización de la cirugía con la obtención del útero vía vaginal o a través de estos previo uso de morcerador (aparato para cortar en partes la pieza quirúrgica).

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico mayor más frecuente en la práctica ginecológica abarcando aproximadamente el 70% de las intervenciones, siendo la principal indicación la miomatosis uterina, aunque no se descartan algunas otras indicaciones que tienden a ser comunes como lo son el prolapso de órganos pélvicos, sangrado uterino anormal y enfermedades premalignas.

La histerectomía laparoscópica fue descrita por Reich en 1989 y desde entonces se replanteó cual sería la mejor vía de abordaje en comparación con la histerectomía vaginal, actualmente se ha planteado que la primera se asocia a una recuperación más rápida, sin embargo se asocia a mayor costo que la histerectomía vaginal, razón por lo que se tiende a mencionar como una alternativa válida.

### OBJETIVO

Determinar, analizar y comparar si la histerectomía vaginal presenta menos complicaciones y un índice de satisfacción posquirúrgico mayor que el de la histerectomía laparoscópica en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos en el periodo 1 Febrero 2018 – 1 Febrero 2019.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio clínico de tipo longitudinal, comparativo y descriptivo.

Se realizó estudio en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, formando dos grupos, el primero de pacientes posoperadas de histerectomía total vaginal y el segundo de histerectomía total laparoscópica con un universo total de 82 pacientes, la muestra significativa fue de 68 pacientes para permitir así un grado máximo de error del 4.9% y un intervalo de confianza del 95%, posterior a eso se realizó una heterogeneidad del 50% entre ambas técnicas quirúrgicas.

Previo consentimiento informado se realizó la encuesta de índice de satisfacción posquirúrgico a las 24 horas y 7 días posquirúrgicos, además se recolectaron el resto de las variables (edad, diagnóstico prequirúrgico, valoración del dolor con la Escala Visual Análoga a las 24 horas posquirúrgicas, lesión a órgano adyacente, otra complicación, hemorragia, tiempo quirúrgico, tiempo anestésico y días de estancia intrahospitalaria) en una hoja de recolección de datos.

Se realizaron gráficas y cálculo de promedio, media, moda y mediana del resultado de índice de satisfacción posquirúrgico a las 24 horas y 7 días y del resto de las variables.

## RESULTADOS

Se realizó la encuesta de índice satisfacción posquirúrgico a las 24 horas y a los 7 días posquirúrgicos a las 68 pacientes posoperadas de histerectomía total vaginal y laparoscópica. Hubo diferencias en el grado de satisfacción entre las dos técnicas; a las 24 horas el 75.7% (n=24) de las pacientes abordadas por vía laparoscópica refirieron buena satisfacción, mientras que la vía vaginal refirió un 78.1% (n=25) de buena satisfacción. Hubo un cambio a los 7 días de 90.9% (n=30) y 100% (n=32) de buena satisfacción de cada una respectivamente.

En ambos grupos los datos de la hoja quirúrgica en relación a complicaciones arrojó mayor volumen de sangrado, tiempo quirúrgico y anestésico, lesión a órgano adyacente y otras complicaciones por la vía laparoscópica.

## CONCLUSIONES

En pacientes cuyas características permitan hacer una histerectomía vaginal se deberá de optar por esta vía, ya que de acuerdo a lo estudiado se observó que es la técnica de abordaje más segura, eficaz y con mejor índice de satisfacción posquirúrgico de la paciente.

## SUMMARY

### BACKGROUND

The hysterectomy is a procedure that is based in the extraction of the uterus of the female body and exist different techniques to be done, the more common are the vaginal approach that consist in the extraction of the uterus by vagina without the need of making any injure on the abdomen, the abdominal approach that is based on the extraction of the uterus by making an injure in the abdomen with the need or not of a separator and the laparoscopic approach that is a technique of minimal invasion that makes little puncture wounds for the surgery and the extraction is usually by vagina or it can be by this little puncture wounds with the use of a morcellator (cutter in parts).

The hysterectomy is the most common major procedure in the gynecologic practice reaching the 70% of all the surgeries, being the principal indication the uterine myomatosis, even though there are other indications that are common such as pelvic organ prolapse, abnormal uterine bleeding and premalignant diseases.

The laparoscopic hysterectomy was developed by Reich in 1989 and since then physicians started to ask which the best way of approach is in comparison with the vaginal hysterectomy, actually they have established that the laparoscopic approach offers a faster recuperation however is associated with a greater cost than the vaginal hysterectomy and that's the reason that still makes this one as a better approach.

### OBJECTIVE

Determine, analyze and compare if the vaginal hysterectomy presents less complications and a greater satisfaction rating than the laparoscopic hysterectomy in the Service of Gynecology and Obstetrics of the Adolfo López Mateos Hospital within the period between February 1<sup>st</sup> 2018 and February 1<sup>st</sup> 2019.



## MATERIAL AND METHODS

A descriptive, longitudinal and comparative clinical study in the Service of Gynecology and Obstetrics of Adolfo López Mateos Hospital was conducted.

The premise was to make two groups with patients operated of hysterectomy approached by vaginal and laparoscopic, we find a total universe of 82 patients and calculate a significant sample of 68 patients to bring a maximum error degree of 4.9% and a confidence interval of 95% and then a 50% heterogeneity between this two techniques.

Previous informed consent an inquest of post-surgical satisfaction rating was made at the 24 hours and 7 days post-surgical and other variables were taken (age, pre-surgical diagnosis, pain evaluation by the Analog Visual Scale at the 24 hours post-surgical, injury to adjacent organ, other complications, bleeding, surgical and anesthetic time and days of hospital stay) in a data collection sheet.

Graphs and calculation of average, mode and median of the result of post-surgical satisfaction rating made at 24 hours and 7 days were made and for the rest of the variables too.

## RESULTS

The inquest of post-surgical satisfaction rating was performed at 24 hours and 7 postoperative days at 68 patients who had undergone total vaginal and laparoscopic hysterectomy. There were differences in the degree of satisfaction between the two techniques, at 24 hours 75.7% (n=24) of the patients treated by laparoscopic approach reported good satisfaction, while the vaginal approach reported 78.1% (n=25) of good satisfaction. There was a change in the 7 days inquest with 90.9% (n=30) and 100% (n=32) of good satisfaction of each respectively.

In both groups, the collection of data from the surgical sheet in relation to complications yielded a higher rate of bleeding, surgical and anesthetic time, injury to adjacent organ and other complications through the laparoscopic approach.

## CONCLUSIONS

In patients that have the characteristics that make possible to perform a vaginal hysterectomy should be opted to do by this approach because according to this study the vaginal approach is the most secure, efficient and with a better postsurgical satisfaction degree according to the patients themselves.

## AGRADECIMIENTOS

Son varias las personas que han contribuido al proceso y conclusión de este trabajo. En primer lugar, quiero agradecer a la Dra. Alma Olivia Aguilar Lucio, asesora metodológica de tesis, quien me apoyó de manera personal e institucional y me alentó para que concluyera esta investigación. Asimismo, a la Dra. María del Carmen García Martínez, asesora clínica de tesis y mi mentora desde hace 4 años, quien creyó desde el principio en este proyecto.

A las doctoras Marbella Leyva Delgado y Gabriela Díaz Sesma por su talento y esmero, sin ustedes no hubiera sido posible realizar los detalles finales de este trabajo.

Gracias de corazón, a mis tutores, los doctores Carmen García y Adrián Tolentino por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento. Han hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio contar con su guía y ayuda.

Gracias a todas las personas del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, pero en especial, a mi maestro que hoy puedo llamar amigo, el Dr. Raymundo Pérez Zuñiga sin su ayuda todo trabajo hubiera sido más largo, complicado, menos rico y desde luego menos entretenido.

De igual manera, al Dr. Carlos Gutiérrez Gutiérrez quien con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hizo que pudiera crecer día a día como especialista, gracias por su dedicación, apoyo incondicional y amistad.

A mis padres Marcela y Gaspar, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy, gracias por ser los principales promotores de mis sueños y expectativas. Ha sido un orgullo y privilegio ser su hijo, son los mejores padres.

A Lorena eres una mujer que simplemente me hace llenar de orgullo, te amo y no va a haber manera de devolverte tanto que me has ofrecido. Esta tesis es un logro más que llevo a cabo y sin lugar a dudas ha sido en gran parte gracias a ti; no sé donde me encontraría de no ser por tu ayuda, tu compañía y tu amor.

No puedo dejar de agradecerle a mis seres de luz Elena y Antonio por ayudarme a crecer y amarme, mi corazón les pertenece, los amo y extraño.

## INDICE

Definición del problema	1
Antecedentes	1
Justificación	3
Hipótesis	3
Objetivos	4
Material y métodos	5
Criterios de inclusión	5
Criterios de exclusión	6
Criterios de eliminación	6
Variables	6
Resultados	7
Discusión	16
Conclusiones	18
Bibliografía	20
Anexos	22

## DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Ante los avances tecnológicos la histerectomía laparoscópica se ha mostrado como una mejor alternativa para la extracción uterina, sin embargo, en este protocolo se pretende corroborar sus ventajas ante la opción de histerectomía vaginal comparando complicaciones y datos inherentes a la técnica quirúrgica elegida, así como el grado de satisfacción obtenido de la propia paciente.

## ANTECEDENTES

La histerectomía es un procedimiento el cual se basa en la extracción del útero del cuerpo femenino y existen diferentes vías de realización, las técnicas más comunes son la histerectomía total vaginal que consiste en la extracción del útero vía vaginal sin necesidad de realizar incisiones abdominales, la histerectomía total abdominal que se basa en la realización de una incisión abdominal amplia con uso o no de separadores para la extracción uterina y la histerectomía total laparoscópica que es una técnica de mínima invasión que se basa en la realización de pequeños orificios abdominales para la realización de la cirugía con la obtención del útero vía vaginal o por los pequeños orificios previo uso de morcerador (aparato para cortar en partes la pieza quirúrgica). (5)

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico mayor más frecuente en la práctica ginecológica abarcando aproximadamente el 70% de las intervenciones, siendo la principal indicación la miomatosis uterina, aunque no se descarta algunas otras indicaciones que tienden a ser comunes como lo son el prolapso de órganos pélvicos, sangrado uterino anormal y enfermedades premalignas. (5)

La histerectomía laparoscópica fue descrita por Reich en 1989 y desde entonces se replanteó cual sería la mejor vía de abordaje en comparación con la histerectomía vaginal, actualmente se ha sustentado que la primera se asocia a una recuperación más rápida, sin embargo se asocia a mayor costo que la histerectomía vaginal, razón por lo que se tiende a mencionar como una alternativa válida. (7)

Actualmente se ha procurado que las histerectomías se realicen más comúnmente por vía laparoscópica, ya que ofrece ventajas de recuperación y reincorporación a las actividades cotidianas en poco tiempo, y mejores resultados estéticos, en países desarrollados más

del 50% son por esta vía, teniendo algunas indicaciones que actualmente se plantean como preferentes, más no como absolutas como son úteros con un volumen menor de 200 cc, adecuado adiestramiento del cirujano, así como suficiente experiencia acumulada, sin embargo la histerectomía laparoscópica muestra como su mayor inconveniente el tiempo quirúrgico más prologado que el de la histerectomía vaginal, además de presentar riesgo latente de conversión a técnica abdominal abierta en casos de úteros de gran tamaño, es por ello que la vía de acceso preferida para miomatosis uterina de grandes elementos es la histerectomía total abdominal en el 90% de los casos. (8)

La histerectomía total laparoscópica es el procedimiento que requiere menor estancia hospitalaria y ofrece una pronta reincorporación a las actividades cotidianas, su mayor inconveniente como antes se ha mencionado es su asociación a un mayor tiempo quirúrgico (>120 min.), sin embargo otro factor asociado es la mayor exposición a medicamentos anestésicos es por ello que la literatura en su mayoría menciona aún a la histerectomía total vaginal como la vía de elección para patologías benignas, ya que se asocia con menor tiempo quirúrgico, menor exposición a anestésicos, menor riesgo de sangrado (>300 ml.) aunque tangiblemente ambas ofrecen un retorno más rápido a las actividades normales. (9)

Sin embargo el debate toma relevancia en aquellos casos donde la experiencia y adiestramiento del cirujano es mayor, ya que se plantea a la histerectomía laparoscópica como el método predilecto, pues ofrece una mejor visión anatómica. Siendo la vía de elección para úteros más grandes en comparación con la histerectomía vaginal y en especial para aquéllos úteros con poca o ninguna alteración de la estática pélvica factor que podría dificultar la vía vaginal. (10)

La literatura mundial establece indicaciones claras, más no absolutas como ya se comentó, para la elección adecuada de la técnica quirúrgica como son:

- a) Histerectomía vaginal: Alteraciones de la estática pélvica (prolapso uterino), patología benigna sin prolapso con antecedente de parto previo, no haber tenido más de dos cesáreas, no contar con antecedente de cirugías abdominales complicadas, tamaño no mayor de 12 cm. ó mayor de 12 cm. pero menor de 20 cm. si existe el recurso de morcerador.

- b) Histerectomía laparoscópica: Patología benigna asociada a endometriosis, sangrado uterino anormal, ausencia de prolapso de uterino, antecedente de 2 o más cesáreas, ausencia de partos, asociación de patología uterina con tumoraciones anexiales y enfermedad pélvica inflamatoria. (12)

## JUSTIFICACIÓN

Independientemente de la vía de abordaje, la histerectomía total es la cirugía ginecológica más frecuentemente realizada en nuestro servicio, aproximadamente 90 pacientes por año (55% vaginales y 45% laparoscópicas). La importancia de la comparación entre estas dos técnicas quirúrgicas radica en observar prospectivamente los resultados posoperatorios e índice de satisfacción posquirúrgico inmediato y mediato de las pacientes con el fin de poder establecer o hacer una recomendación válida de la vía de abordaje de primera elección para la realización y tener menor riesgo de complicaciones, menor estancia hospitalaria, además de reducir costos a la institución.

## HIPÓTESIS

- ✓ Hipótesis de Trabajo

La histerectomía vaginal presenta menos complicaciones y un índice de satisfacción mayor que el de la histerectomía laparoscópica.

- ✓ Hipótesis Nula

La histerectomía vaginal no presenta menos complicaciones ni un índice de satisfacción posquirúrgico mayor que el de la histerectomía laparoscópica.

## OBJETIVOS

### ▪ OBJETIVO GENERAL:

Determinar, analizar y comparar si la histerectomía vaginal presenta menos complicaciones y un índice de satisfacción posquirúrgico mayor que el de la histerectomía laparoscópica en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos en el periodo 1 Febrero 2018 – 1 Febrero 2019.

### ▪ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Determinar las características epidemiológicas de la población estudiada.
- 2.- Identificar que técnica quirúrgica presenta mayor sangrado del previsto.
- 3.- Identificar que técnica quirúrgica presenta más riesgo de lesión a órganos adyacentes definiendo esto como una lesión incidental no dolosa de estructuras anatómicas adyacentes al útero, siendo las más comunes vejiga, uréter y recto.
- 4.- Comparar y evaluar la escala de dolor a las 24 hrs. posquirúrgicas con las escala de EVA (Escala Visual Análoga) del dolor.
- 5.- Registrar los días de estancia intrahospitalaria posquirúrgicos de las pacientes posoperadas con cada una de las técnicas comparadas.
- 6.- Evaluar y comparar el índice de satisfacción posquirúrgico a las 24 hrs. y a los 7 días posoperatorios de las pacientes operadas con cada una de las técnicas comparadas.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio clínico de tipo longitudinal, comparativo y descriptivo.

Se realizó estudio en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, en el período del 1 de Febrero de 2018 al 1 de Febrero del 2019, formando dos grupos, el primero de pacientes posoperadas de histerectomía total vaginal y el segundo de histerectomía total laparoscópica con un universo total de 82 pacientes, la muestra significativa fue de 68 pacientes para permitir así un grado máximo de error del 4.9% y un intervalo de confianza del 95%, posterior a eso se realizó una heterogeneidad del 50% entre ambas técnicas quirúrgicas.

Previo consentimiento informado se realizó la encuesta de índice de satisfacción posquirúrgico a las 24 horas y 7 días posquirúrgicos, además se recolectaron el resto de las variables (edad, diagnóstico prequirúrgico, valoración del dolor con la Escala Visual Análoga (Anexo 1) a las 24 horas posquirúrgicas, lesión a órgano adyacente, otra complicación, hemorragia, tiempo quirúrgico, tiempo anestésico y días de estancia intrahospitalaria) en una hoja de recolección de datos.

Se realizaron gráficas y cálculo de promedio, media, moda y mediana del resultado de índice de satisfacción posquirúrgico (Anexo 2) a las 24 horas y 7 días y del resto de las variables.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1) Pacientes posoperadas de histerectomía total laparoscópica que cumplan los criterios de elegibilidad establecidos por la literatura de esta técnica (patología benigna asociada a endometriosis, sangrado uterino anormal, ausencia de prolapso uterino, antecedente de 2 o más cesáreas, ausencia de partos, asociación de patología uterina con tumoraciones anexiales y enfermedad pélvica inflamatoria).

2) Pacientes posoperadas de histerectomía total vaginal que cumplan los criterios de elegibilidad establecidos por la literatura de esta técnica (alteraciones de la estática pélvica (prolapso uterino), patología benigna sin prolapso con antecedente de parto previo, no haber tenido más de dos cesáreas, no contar con antecedente de cirugías abdominales complicadas, tamaño no mayor de 12 cm. ó menor de 20 cm. si existe el recurso de morcerador).

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1) Toda paciente posoperada de histerectomía total abdominal.

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- 1) Pacientes que no cumplan con los criterios de elegibilidad de las técnicas quirúrgicas en el estudio.
- 2) Si durante el desarrollo de la técnica elegida ocurre una eventualidad que obligue a la utilizar la vía abdominal.

## VARIABLES

VARIABLES CONTINUAS: Edad, tiempo anestésico y tiempo de estancia intrahospitalaria.

VARIABLES NOMINALES: Diagnóstico prequirúrgico, técnica de abordaje de histerectomía, lesión a órgano adyacente, complicación asociada, hemorragia y tiempo quirúrgico.

VARIABLES ORDINALES: Evaluación con escala visual análoga (EVA) a las 24 hrs. e índice de satisfacción posquirúrgico.

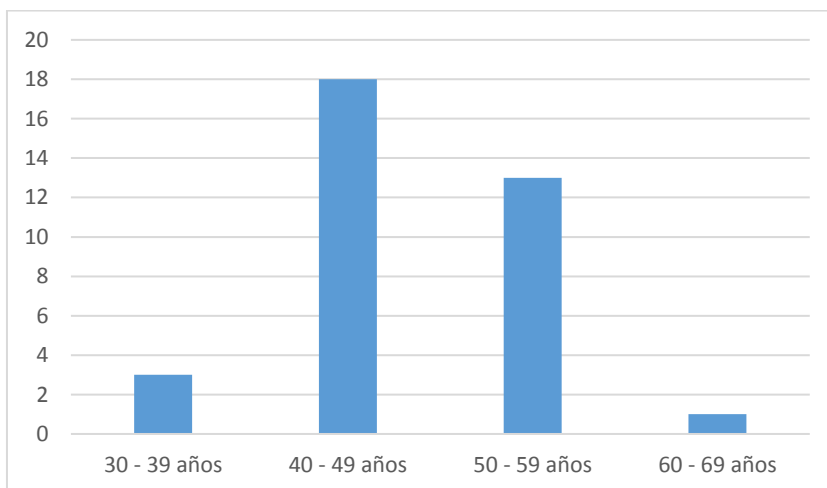
## RESULTADOS

En total se recabó la información de 68 pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos. De los cuales el 50% (34 pacientes) fueron operadas por vía laparoscópica y 50% (34 pacientes) fueron operadas por vía vaginal. Se eliminaron 3 pacientes por necesidad de ocupar la vía abdominal para su resolución. (Tabla 1)

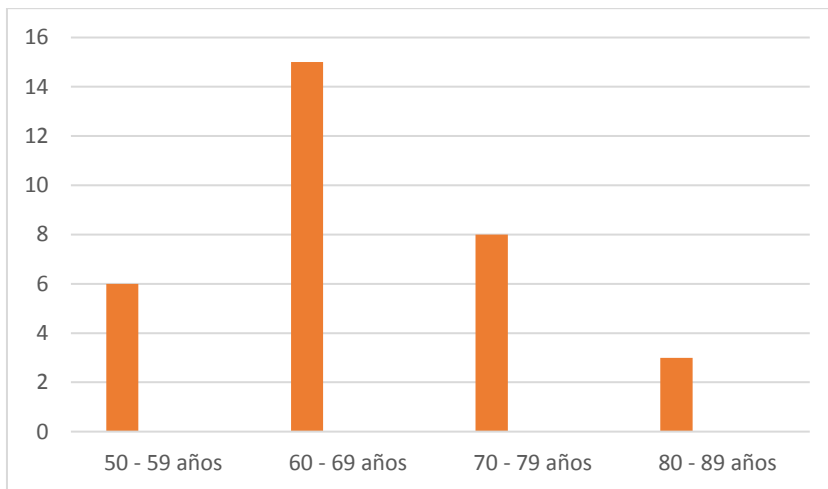
**Tabla 1.** Distribución por vía de abordaje quirúrgico del total de pacientes

Técnica quirúrgica	No. de pacientes	Eliminados	Total
Vaginal	34	2	32
Laparoscópica	34	1	33
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>3</b>	<b>65</b>

En cuanto a la edad de las pacientes estudiadas intervenidas de histerectomía por vía laparoscópica y vaginal se observó la siguiente distribución: (Gráfica 1 y 2)



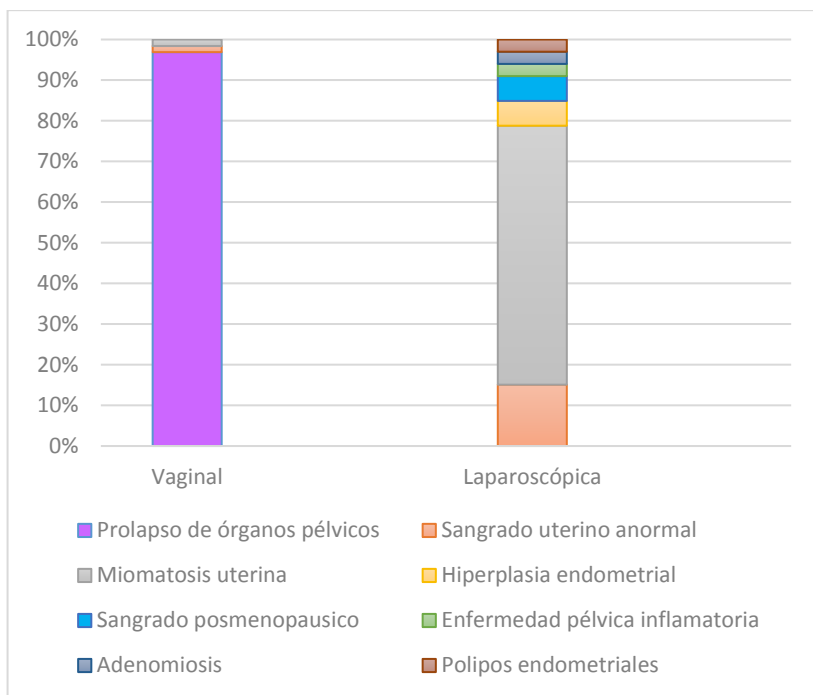
**Gráfica 1.** Distribución de edad, técnica laparoscópica.



**Gráfica 2.** Distribución de edad, técnica vaginal.

La distribución mostró que la edad más común para el abordaje laparoscópico fue la quinta década de la vida en un 54.4% (n=17), posteriormente la sexta década de la vida en un 39.4% (n=13), cuarta y séptima década de la vida en un 3.1% (n=3), siendo estas las menos comunes; mientras que en la técnica vaginal se encontró a la séptima década de la vida como la más común con un 46.8% (n=15), posterior la octava década de la vida en un 24.2% (n=8), sexta década de la vida en un 18.7% (n=6) y novena década de la vida en un 10.3% (n=3).

En cuanto a los diagnósticos prequirúrgicos el diagnóstico de elección en nuestro medio para el abordaje laparoscópico es la miomatosis uterina en un 63.7% (n=21), mientras que el abordaje vaginal es prolapso de órganos pélvicos como su diagnóstico más común de elección en un 96.9% (n=31). (Gráfica 3)



**Gráfica 3.** Distribución de pacientes por diagnóstico prequirúrgico de ambas técnicas quirúrgicas.

Se observó con respecto al tiempo quirúrgico que el 54.4% (n=18) de las pacientes que fueron intervenidas por la vía laparoscópica fueron operadas en un tiempo menor de 120 minutos, mientras que la vía vaginal mostró que el 96.8% (n=30) de sus pacientes fueron operadas en un tiempo menor de 120 minutos. (Tabla 2 y 3)

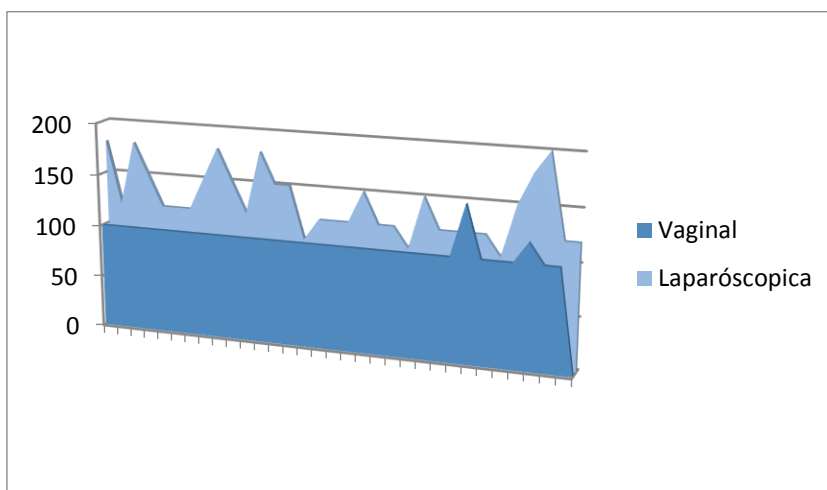
**Tabla 2.** Tiempo quirúrgico empleado por vía laparoscópica.

Tiempo quirúrgico	No. De pacientes	Porcentaje
< 120 minutos	18	54.5%
> 120 minutos	15	45.5%
<b>Total</b>	33	100%

**Tabla 3.** Tiempo quirúrgico empleado por vía vaginal.

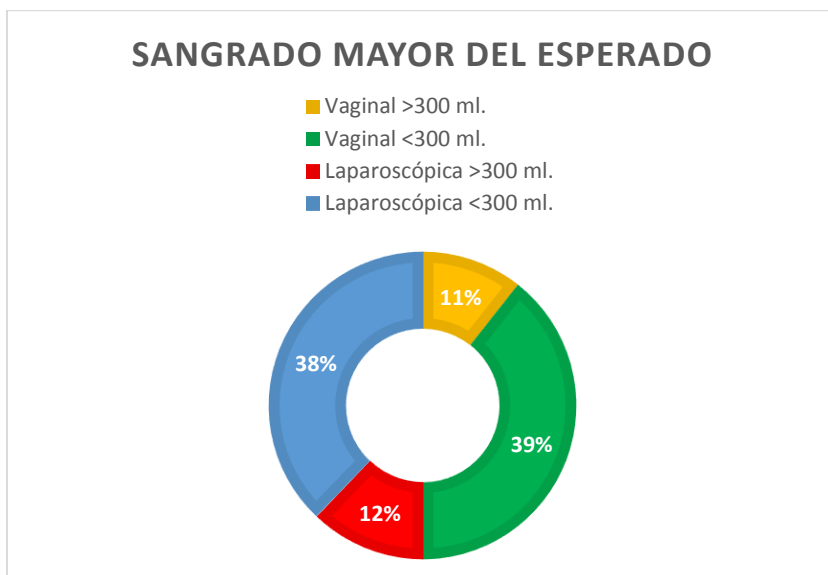
Tiempo quirúrgico	No. De pacientes	Porcentaje
< 120 minutos	31	96.8%
> 120 minutos	1	3.2%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

El tiempo anestésico que se encontró para la vía laparoscópica fue de 138 minutos en promedio con una moda de 120 minutos, mientras que la vía vaginal presentó un tiempo promedio de 102 minutos y una moda de 100 minutos. (Gráfica 4)



**Gráfica 4.** Distribución de tiempo anestésico por paciente de cada técnica quirúrgica.

Los resultados recabados de la hoja quirúrgica muestran que la vía laparoscópica presentó en 24.3% (n=8) de sus pacientes un sangrado mayor a lo esperado (300 ml.), mientras que la vía vaginal presentó en un 21.3% (n=7) de sus pacientes un mayor sangrado del esperado. (Gráfica 5)

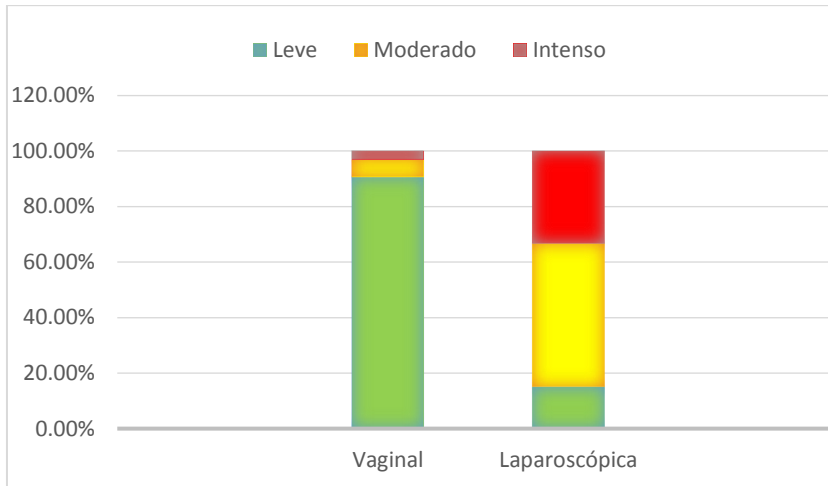


**Gráfica 5.** Distribución por porcentajes del total de pacientes que presentaron mayor sangrado (>300 ml.) por técnica quirúrgica.

Se observó que la vía laparoscópica presentó un 3.1% (n=1) de lesión a órgano adyacente, donde solo un paciente sufrió lesión intestinal, mientras que la vía vaginal no presentó lesiones a órgano adyacente.

La vía laparoscópica presentó una incidencia de complicaciones asociadas del 9.1% (n=3), presentándose en 3 pacientes retracción de la arteria uterina siendo esta la complicación más común, mientras que la vía vaginal presentó un 0% (n=0) de complicaciones asociadas.

El dolor posquirúrgico inmediato que fue evaluado por la Escala Visual Análoga a las 24 hrs. posterior a la cirugía reportó que el 51.5% (n=17) de las pacientes intervenidas por vía laparoscópica presentaron dolor moderado, mientras que las pacientes operadas por vía vaginal presentaron dolor leve en un 90.6% (n=29). (Gráfica 6)



**Gráfica 6.** Distribución de pacientes de ambas técnicas quirúrgicas de evaluación de dolor posquirúrgico por Escala Visual Análoga.

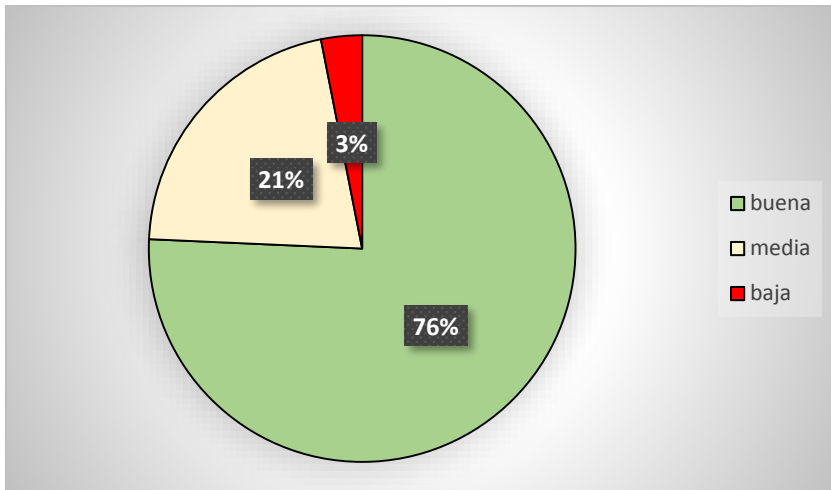
Los días de estancia intrahospitalaria posquirúrgicos reportan un promedio de 2.1 días para la vía laparoscópica y una moda de 2 días con una estancia mínima de 2 días y una estancia máxima de 5 días solo en la paciente que sufrió lesión intestinal advertida; mientras que la vía vaginal requirió un tiempo promedio de estancia de 2 días y una moda de 2 días.

La encuesta realizada para evaluar el índice de satisfacción posquirúrgico arrojó que a las 24 horas posquirúrgicas el 75.7% (n=25) de la pacientes con abordaje laparoscópico presentaron una buena satisfacción, el 21.2% (n=7) media satisfacción y el 3.1% (n=1) baja satisfacción. Mencionando que la de baja satisfacción fue una sola paciente que sufrió lesión intestinal. (Gráfica 7)

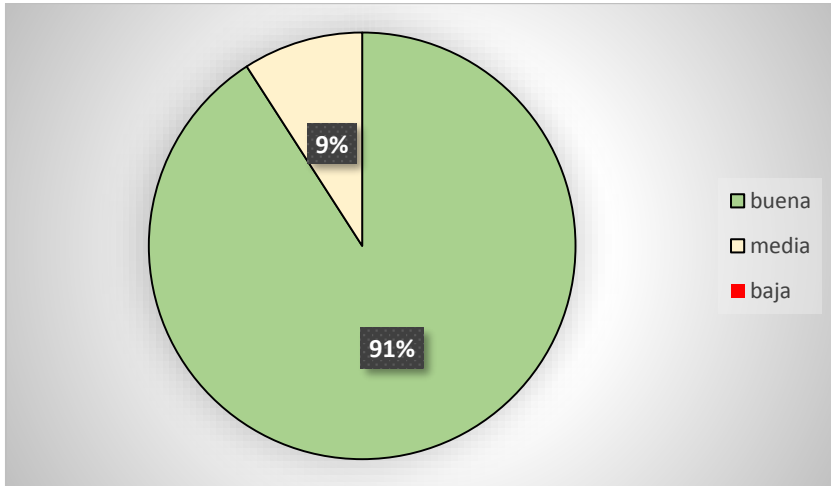
La evaluación por medio de la encuesta para valorar el índice de satisfacción posquirúrgico reveló que a los 7 días las pacientes posoperadas por técnica laparoscópica percibieron una buena



satisfacción en un 90.9% (n=29) y media satisfacción en un 9.1% (n=3).  
(Gráfica 8)



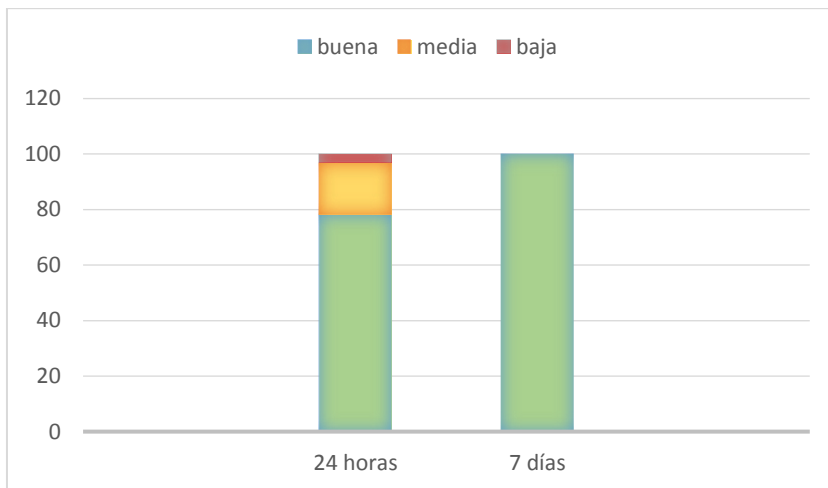
**Gráfica 7.** Distribución de pacientes posoperados por vía laparoscópica de acuerdo a índice de satisfacción posquirúrgico evaluado a las 24 hrs. posoperatorias.



**Gráfica 8.** Distribución de pacientes posoperadas por vía laparoscópica de acuerdo a índice de satisfacción posquirúrgico evaluado a los 7 días posoperatorios.

El índice de satisfacción posquirúrgico evaluado por encuesta a las 24 horas, mostró que las pacientes operadas por vía vaginal refirieron un 78.1% (n=25) de buena satisfacción, un 18.7% (n=6) media satisfacción y un 3.2% (n=1) baja satisfacción. Mencionando que solo 1 paciente refirió baja satisfacción por el dolor posquirúrgico y fue la única paciente que fue intervenida por indicación de miomatosis uterina no asociada a prolapso de órganos pélvicos. (Gráfica 9)

Su reevaluación por medio de la encuesta para valorar el índice de satisfacción posquirúrgico mostró que a los 7 días las pacientes posoperadas por vía vaginal percibieron una buena satisfacción en un 100% (n=32). (Gráfica 9)



**Gráfica 9.** Distribución de pacientes posoperadas por vía vaginal de acuerdo a Índice de Satisfacción Posquirúrgico evaluado a las 24 hrs. y 7 días posoperatorios.

## DISCUSIÓN

El presente estudio partió de un universo de 68 pacientes posoperadas de histerectomía practicados en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. De ese universo 34 casos (50%) fueron abordados por vía laparoscópica y 34 casos fueron abordados por vía vaginal.

Las edad más común reportada en este estudio para la vía laparoscópica fue de entre los 40 – 49 años (63.7%, n=21) y para la vía vaginal de entre los 60 – 69 años (46.8%, n=15); así como el diagnóstico más común para la vía vaginal fue el prolapso de órganos pélvicos (96.9%, n=31), mientras que para la vía laparoscópica fue la miomatosis uterina (63.7%, n=21), lo cual corresponde a lo reportado con la literatura que define a las pacientes con patología benigna (miomatosis uterina) como la más susceptible de esta cirugía en un grupo etario de entre 40-64 años en un 88.54%. (11)

Claramente se puede observar que el tiempo quirúrgico promedio de la histerectomía vaginal es inferior en más del 20% al tiempo quirúrgico de la histerectomía laparoscópica. Estas cifras coinciden con la literatura internacional que nos muestra que la vía vaginal puede presentar hasta un 50% menos de tiempo quirúrgico. (1)

Se encontró que el tiempo anestésico para la histerectomía laparoscópica fue en promedio de 138 minutos vs. 102 minutos para la vaginal, la variación de tiempo entre las distintas técnicas es acorde a lo reportado por la literatura, pero no el tiempo quirúrgico de la histerectomía vaginal ya que se reporta de aproximadamente 120 minutos siendo menor en nuestro medio. (3)

El sangrado mayor del esperado (>300 ml.) se presentó con valores similares para la histerectomía laparoscópica y la vía vaginal (24.3%, n=8 y 21.3%, n=7 respectivamente) lo cual no es coincidente con la literatura pues regularmente se reporta un sangrado notoriamente menor por la vía laparoscópica, además de reportar rangos de mayor

sangrado hasta del 12.6% lo cual es notoriamente mayor en nuestro medio. (13)

La lesión a órgano adyacente se presentó en un 3.1% (n=1) por vía laparoscópica con lesión advertida a colon sigmoides; Dato que llama la atención pues de acuerdo a la literatura las lesiones más comunes son las de vía urinaria en un 5% dejando atrás a las lesiones intestinales en un 0.4%. (2)

En cuanto a las complicaciones asociadas encontramos la retracción de la arteria uterina como la más común presentándose en un 9.1% (n=3) de las pacientes operadas de histerectomía laparoscópica, mientras que la vía vaginal no presentó complicaciones asociadas. El porcentaje encontrado de complicaciones laparoscópicas se encuentra de acuerdo a lo reportado ya que se llega a mencionar de hasta el 12% y de menos del 1% para la vía vaginal. (6)

El dolor posquirúrgico evaluado a las 24 hrs. posoperatorias con Escala Visual Análoga se reportó como moderado en 51.5% (n=17) de las pacientes abordadas por vía laparoscópica y leve en un 90.6% (n=29) de las pacientes abordadas por vía vaginal. Este dato no es congruente con la literatura pues se ha reportado a la histerectomía laparoscópica como una alternativa técnica que presenta menor dolor posoperatorio y recuperación más rápida que sus otras técnicas pares. (4)

El promedio de estancia intrahospitalaria posquirúrgico fue de 2.1 días para la vía laparoscópica y de 2 días para la vía vaginal lo cual coincide con lo reportado con la literatura revisada. (13)

## CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue determinar, analizar y comparar que técnica quirúrgica ya sea vaginal o laparoscópica presentaba mayor tasa de complicaciones y mayor índice de satisfacción posquirúrgica en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

Se encontró que la histerectomía vaginal presentó un mayor índice de satisfacción posquirúrgico evaluado por encuesta a las 24 hrs y 7 días posoperatorio.

De igual manera, al tomarse en cuenta los parámetros recabados de la hoja quirúrgica (tiempo anestésico y quirúrgico, lesión a órgano adyacente, complicación asociada y dolor posquirúrgico) se encontró que la histerectomía laparoscópica supone una técnica menos segura y eficaz.

De acuerdo con los datos obtenidos en este estudio, la técnica vaginal es una técnica eficaz y segura, ya que requirió un menor tiempo quirúrgico, menor tiempo de exposición anestésica y no se presentó ninguna complicación durante la realización del estudio.

De acuerdo con nuestros resultados y los de otros estudios realizados internacionalmente, se reconoce que la histerectomía vaginal es la forma más certera de disminuir complicaciones como son la lesión a órgano adyacente, mayor dolor posquirúrgico u otras complicaciones asociadas (retracción de arteria uterina).

Si bien se estableció una relación entre el uso de la técnica vaginal y la reducción de complicaciones asociadas, se deberá de tomar en cuenta que esta investigación aporta datos de la histerectomía laparoscópica como una técnica recién implementada en el Hospital y que conforma un lapso de tiempo correspondiente a un periodo de formación que dependerá de la curva de aprendizaje del ginecólogo, por lo que es importante seguir recabando información sobre este tema

y plantear protocolos de manejo en cuanto a histerectomía laparoscópica se refiere.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Villarreal Garza Roberto, Ventajas y desventajas de la histerectomía abdominal/vaginal asistida por laparoscopia. Revista Electrónica Gineco-Obstetricia Avances. (2000)
2. Pliego Pérez, Celaya Barrera, et al. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia: Experiencia con 139 casos (1994-2001), Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica, Volumen 3, Número 3, Julio – Septiembre 2002. (2002)
3. Fornasini Marco, et al. Comparación entre Histerectomía Vaginal, Abdominal y Vaginal asistida por laparoscopia en pacientes del servicio de Ginecología. <http://repositorio.usfq.edu.ec>. (2004)
4. Parra W, Sedano M, et al. Histerectomía laparoscópica. Revista de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse; volumen 2; página 203-208. (2007)
5. Aarts JWM, et al. Abordaje quirúrgico de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas. <http://cochrane.org/es>. (2014)
6. Llanes Castillo, et al. Histerectomía laparoscópica total versus histerectomía convencional en pacientes trabajadoras de petróleos mexicanos. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad (2014)
7. Ferreira Ricardo. Histerectomía vaginal vs. Histerectomía laparoscópica total. <http://intramed.net/contenidover>. (2015)
8. Walters MD. Choosing a route of 20h hysterectomy for benign disease. <http://www.uptodate.com/home>. (2015)

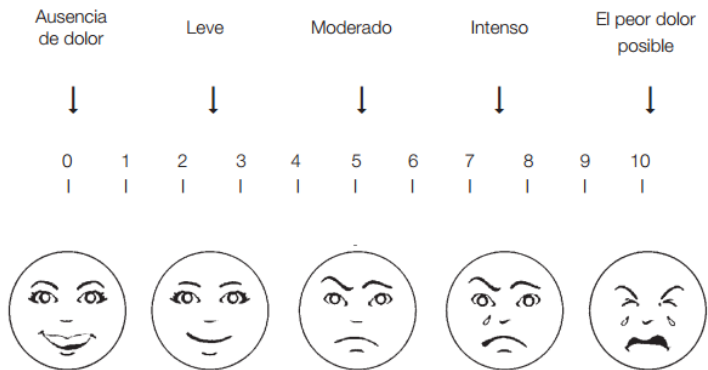


9. Ferri Folch Blanca, et al. Total laparoscopic hysterectomy vs vaginal hysterectomy. Analysis of cost and surgical outcomes. <http://elsevier.es/es-revista>. (2015)
10. Einarsson JI, et al. Laparoscopic hysterectomy. <http://uptodate.com/home>. (2016)
11. Barrionuevo Vaca, et al. Estudio comparativo entre las diferentes técnicas de histerectomía convencional versus histerectomía robótica con enfoque en pérdida sanguínea transquirúrgica, dolor postoperatorio y estancia intrahospitalaria en pacientes con patología uterina benigna sometidas a cirugía en el servicio de ginecología del Hospital Carlos Andrade Marín durante el periodo comprendido de enero a diciembre del 2015. <http://repositorio.puce.edu.ec>. (2016)
12. Correa-Ochoa MD, et al. Impact on quality of life and sexual satisfaction of total abdominal hysterectomy and vaginal hysterectomy without prolapse. Cohort study. <http://www.scielo.org.co>. (2017)
13. Sanchez Julián Sa4ndra, Eficacia de la histerectomía vaginal versus histerectomía vaginal asistida por laparoscopia en pacientes con patologías uterinas. <http://repositorio.uwiener.edu.pe>. (2018)

## ANEXO 1

### ESCALA VISUAL ANÁLOGA

Describe el dolor en una escala de 0 a 10



## ANEXO 2

### **Encuesta de Satisfacción Posquirúrgica**

Marque con una cruz lo que proceda  
10: Nivel alto o lo mejor

1: Nivel bajo o lo peor

1.- El tiempo que ha permanecido ingresada, ¿Piensa que ha sido el correcto?

Si / no

2.- ¿Qué valor le da usted a que coincida lo planificado con lo realizado?

1      2      3      4      5      6      7      8      9  
         10

3.- ¿Qué valor le da usted al alivio del dolor/molestias?

1      2      3      4      5      6      7      8      9  
         10

4.- ¿Recomendaría a un familiar los servicios del servicio de Ginecología Laparoscópica / Uro-ginecología?

1      2      3      4      5      6      7      8      9  
         10

5.- ¿Qué valor le da al seguimiento del cuidado durante su estancia intrahospitalaria?

1      2      3      4      5      6      7      8      9  
         10

6.- ¿Considera que presentó alguna complicación durante su estancia?

Si / no

7.- ¿Considera que el tiempo quirúrgico (duración de la cirugía) fue el adecuado?

Si / no

8.- ¿Considera que la explicación del procedimiento realizado fue suficiente?

Si / no

9.- ¿Cómo te sientes en general de salud posterior a la operación?

1      2      3      4      5      6      7      8      9  
          10

10.- ¿En qué grado pudo realizar su actividad básica posterior a la cirugía?

1      2      3      4      5      6      7      8      9  
          10

\*\*Las preguntas con valor numérico se les asignará 0 puntos con una calificación de 1-5, 0.5 con una calificación de 6-7 y 1 punto con calificación de 8-10; La puntuación final de la encuesta se tomará como baja satisfacción de 1-5, satisfacción media de 6-7 y buena de 8-10.