

**EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍAS
LAPAROSCÓPICAS POR PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS BENIGNAS Y
PREMALIGNAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA “A” EN EL PERÍODO
COMPRENDIDO ENTRE ABRIL 2022 A SEPTIEMBRE DE 2022.**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL Y
LAPAROSCÓPICA
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL “DR. JOSÉ ANTONIO GUBAIRA”

**EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍAS
LAPAROSCÓPICAS POR PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS BENIGNAS Y
PREMALIGNAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA “A” EN EL PERÍODO
COMPENDIDO ENTRE ABRIL 2022 A SEPTIEMBRE DE 2022.**

Trabajo Especial de Grado presentado ante la ilustre Universidad de Carabobo
como requisito para optar al título de Especialista en Cirugía General y
Laparoscópica

Autora: García Silvia
C.I: V. 20878846

VALENCIA, NOVIEMBRE DE 2022



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL “DR. JOSÉ ANTONIO GUBAIRA”

**EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍAS
LAPAROSCÓPICAS POR PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS BENIGNAS Y
PREMALIGNAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA “A” EN EL PERÍODO
COMPENDIDO ENTRE ABRIL 2022 A SEPTIEMBRE DE 2022.**

Autora: García Silvia

Tutor Clínico: Díaz Marcos

Tutor Metodológico: Pérez Amílcar

VALENCIA, NOVIEMBRE DE 2022



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS POR PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS BENIGNAS Y PREMALIGNAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA "A" EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL 2022 A SEPTIEMBRE DE 2022.

Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía General** por el (la) aspirante:

GARCIA D., SILVIA M.
C.I. V – 20878846

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Marcos Díaz C.I. 16173114, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **20/03/2023**



Jesús Villarreal

Prof. Jesús Villarreal

(Pdte)

C.I. 14.753.447

Fecha 20/03/2023

Marcos Díaz

Prof. Marcos Díaz

C.I. 16.173.114

Fecha 20-03-2023

Wilfredo Perfetti

Prof. Wilfredo Perfetti

C.I. 1599433

Fecha 20/3/2023

TG:102-22



TG-CS: 102-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS POR PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS BENIGNAS Y PREMALIGNAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA "A" EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL 2022 A SEPTIEMBRE DE 2022." Presentado por el (la) ciudadano (a): **GARCIA D., SILVIA M.**

titular de la cédula de identidad N° **V-20878846**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 20/03/2023 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: Lunes.

RESOLUCIÓN

Aprobado: Fecha: 20/03/23. *Reprobado: Fecha: _____.

Observación: APROBADO

Presidente del Jurado

Nombre: JESÚS VILLAVARDE

C.I. 14753447

Miembro del Jurado

Nombre: Wilfredo Perfetti

C.I. 15.979.433

Miembro del Jurado

Nombre: Marcos Díaz

C.I. 16.173.114

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

AGRADECIMIENTOS

Motivos de estar agradecida tengo muchos, empezando primeramente por Dios, quien me demostró día a día que los milagros existen pese a la ciencia, y que todo es siempre de acuerdo a su voluntad divina, a pesar de las dificultades siempre estuvo presente brindando las herramientas para hacerlo posible, obteniendo, conocimientos y enseñanzas, de maestros, colegas y pacientes extraordinarios, que me permitieron ser la profesional que soy en día.

Agradezco a mi familia, principalmente mis padres quienes siempre estuvieron motivándome a seguir, jamás rendirme luchar por mis sueños y metas, no olvidar de dónde vengo, y reforzarme en lo positivo quien deseo ser, doy gracias a todas esas personas que pese no tener lazo sanguíneo, contribuyeron y estuvieron en el momento indicado de mi carrera, motivándome a seguir y recordarme que estoy allí con una misión de servir con amor y vocación para ser mejor cada día, esas personas que no me dejaron caer, pese a las dificultades, muchas gracias a todos.

Agradezco a un gran maestro, educador, consejero, quien en muchas oportunidades me referi como Boss quien pellizca, y usaba el efecto Pigmalión pero siempre por nuestro bien; quien siempre me inspiro a ese amor y dedicación por los pacientes y quienes más lo necesitan, Honor a quien honor merece Dr. Alexis Riera, mi población de estudio fue de su consulta; del mismo modo quiero agradecer enormemente por ser un Maestro, tener paciencia, vocación y dedicación a brindarme los conocimientos requeridos en esta investigación al Dr. Marcos Díaz, gracias por permitirme aprender de usted, y aceptar apoyarme en esta investigación por ser mi tutor clínico, y motivar a la cirugía mínimamente invasiva, recuerdo que lo más difícil fue empezar pero pese a las dificultades y el tiempo lo logramos, eternamente agradecida; quiero agradecer al Dr. Jesús Morán, por siempre motivar al aprendizaje, y seguir en la constante actualización, y formarme en los inicios del aprendizaje de la laparoscopia, excelente maestro, quiero agradecer a la Dra. Ariannys León Jefa del Servicio de Cirugía A, que a pesar de todos los dolores de cabeza siempre estuvo pendiente de mis pacientes y que siempre me motivo a no rendirme pese a las dificultades, dentro de este contexto también debo agradecer a la Dra. Daniela Hernández, que siempre estuvo dispuesta aprender constante conmigo, brindando su apoyo en la mayoría de los casos.

A mis colegas residentes quienes acompañaron mi trabajo durante estos tres años pues de ellos también vinieron enseñanzas. Me impulsaron a aprender más Berhard, Jonathan, y Anaid, a enseñar, a ser capaz, Otman y Andrea a conocer mis límites, Oriana a pensar y a seguir. Me hicieron recordar la importancia de la disciplina, el respeto, la responsabilidad, la honestidad, Ruth, el trabajo en equipo Alexander y el diferenciar el trabajo de lo personal. En especial agradezco a quienes fueron no solo mis colegas de trabajo, sino que se convirtieron en esa familia nosocomial, a mi querido Grupo 4, a todos los especialistas que fueron excelentes consejeros y amistades Dr. Beja, Dra. Petropoulos, Dra. Zabala, quiero agradecer, a Edixon y a Dulce antiguos R3 ahora colegas, por enseñarme con dedicación y pasión, y siempre ver más opciones, a Gabriela, Ángel y Ángeles, por ser excelentes personas, amigos, dispuestos a colaborar en todo, por siempre estar allí. Y a todos aquellos que, aunque no nombre directamente, forman parte de mi vida y de una forma u otra fueron influencia en mi toma de decisiones. Eternamente agradecida con todos.

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
MATERIALES Y MÉTODOS	14
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS	28
ANEXO A: CARTA DEL COMITÉ DE BIOÉTICA	29
ANEXO B: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y FICHA DE REGISTRO	30
ANEXO C: CUESTIONARIO POST OPERATORIO TARDIO	31



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL “DR. JOSÉ ANTONIO GUBAIRA”

**EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍAS
LAPAROSCÓPICAS POR PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS BENIGNAS Y
PREMALIGNAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA “A” EN EL PERÍODO
COMPRENDIDO ENTRE ABRIL 2022 A SEPTIEMBRE DE 2022.**

Autora: García Silvia
Tutor Clínico: Díaz Marcos
Año: 2022

RESUMEN

La laparoscopia es actualmente un método estándar para la evaluación y manejo de una variedad de condiciones benignas ginecológicas, convirtiéndose en unos de los mayores avances en el tratamiento de las pacientes en los últimos tiempos.

Objetivo General: Evaluar la experiencia en la realización de histerectomías laparoscópicas por patologías ginecológicas benignas y premalignas en el Servicio De Cirugía A en el periodo comprendido entre abril de 2022 a septiembre de 2022.

Metodología: Se realizó un trabajo de investigación de tipo observacional – descriptiva. Con un diseño de campo, transversal y prospectivo. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada, conformada por 20 pacientes divididas en dos grupos: 10 histerectomía laparoscópica y 10 sometidas a histerectomía abierta. La recolección de la información se realizó mediante la técnica de observación directa de las pacientes y como instrumento se aplicó una ficha de registro, además de un cuestionario en el post operatorio tardío. Los resultados se presentaron en tablas de contingencias según los grupos de estudio. **Resultados:** se registró un promedio de edad de 49,47 años. El síntoma más frecuente fue la Hipermenorrea (86,67%). la Hiperplasia endometrial (36,67%) fue la patología más frecuente. Las complicaciones intraoperatorias representaron un 46,67%. El tipo de complicación más frecuente fue el sangrado (33,33%) en las histerectomías abiertas. Un 80% permaneció hospitalizada por 1 día. En los 5 días posteriores a la intervención, el nivel de dolor más frecuente fue el leve (40%) todas intervenidas por histerectomía por laparoscopia; la mediana de puntaje EVA fue mayor entre las pacientes sometidas a histerectomía abierta, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($P < 0,05$). Un 53,33% de las pacientes alcanzó una recuperación en 2 semanas. Un 66,66% recomendaría realizar la histerectomía laparoscópica a otras pacientes. **Conclusión:** la histerectomía laparoscópica es una cirugía mínima invasiva con mejores resultados estéticos, menor índice de dolor post operatorio y menor pérdida hemática.

Palabras Clave: Histerectomías, laparoscopia, patología ginecológica, benigna, complicaciones

Línea de Investigación: cirugía mínima invasiva



UNIVERSITY OF CARABOBO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
POSTGRADUATE ADDRESS



GENERAL AND LAPAROSCOPIC SURGERY SPECIALIZATION PROGRAM
HOSPITAL CITY DR. ENRIQUE TEJERA
GENERAL SURGERY SERVICE "DR. JOSE ANTONIO GUBAIRA"

**EXPERIENCE IN PERFORMING LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMIES FOR
BENIGN AND PRE-MALIGNANT GYNECOLOGICAL PATHOLOGIES IN THE "A"
SURGERY SERVICE IN THE PERIOD BETWEEN APRIL 2022 AND
SEPTEMBER 2022.**

Author: García Silvia
Clinical Tutor: Díaz Marcos
Year: 2022

ABSTRACT

Laparoscopy is currently a standard method for the evaluation and management of a variety of benign gynecological conditions, becoming one of the greatest advances in the treatment of patients in recent times. **General Objective:** To evaluate the experience in performing laparoscopic hysterectomies for benign and premalignant gynecological pathologies in Surgery Service A in the period between April 2022 and September 2022. **Methodology:** An observational - descriptive research work was carried out. With a field design, transversal and prospective. The sample was of a deliberate non-probabilistic type, made up of 20 patients divided into two groups: 10 laparoscopic hysterectomies and 10 who underwent open hysterectomy. The information was collected using the technique of direct observation of the patients and as an instrument a registration form was applied, in addition to a questionnaire in the late postoperative period. The results were presented in contingency tables according to the study groups. **Results:** a mean age of 49.47 years \pm 1.18 was recorded. The most frequent symptom was Hypermenorrhea (86.67%). Endometrial hyperplasia (36.67%) was the most frequent pathology. Intraoperative complications represented 46.67%. The most frequent type of complication was bleeding (33.33%) in open hysterectomies. 80% remained hospitalized for 1 day. In the 5 days after the intervention, the most frequent level of pain was mild (40%) all operated by laparoscopic hysterectomy; the median VAS score was higher among patients who underwent open hysterectomy, this difference being statistically significant ($P < 0.05$). 53.33% of the patients achieved recovery in 2 weeks. 66.66% would recommend performing laparoscopic hysterectomy to other patients. **Conclusion:** laparoscopic hysterectomy is a minimally invasive surgery with better cosmetic results, lower rate of postoperative pain and less blood loss.

Keywords: Hysterectomies, laparoscopy, gynecological pathology, benign, complications

Research Line: minimally invasive surgery

INTRODUCCIÓN

La laparoscopia es actualmente un método estándar para la evaluación y manejo de una variedad de condiciones benignas ginecológicas, convirtiéndose en unos de los mayores avances en el tratamiento de las pacientes en los últimos tiempos y es un reto para el cirujano establecido. Este abordaje quirúrgico originalmente estaba confinado a la esterilización quirúrgica femenina. A medida que tanto la instrumentación y la metodología mejoraron, la laparoscopia ginecológica se aplicó a procesos más complejos. ⁽¹⁾

Hay tres abordajes para la realización de la histerectomía para enfermedad benigna: histerectomía abdominal (HA), histerectomía vaginal (HV), y la histerectomía laparoscópica. La histerectomía es laparoscópica se subdivide en tres tipos: histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL) cuando no se realiza ligadura de las arterias uterinas por laparoscopia, histerectomía laparoscópica (HL) cuando se realiza la ligadura laparoscópica de las arterias uterinas y se extrae la pieza por vía vaginal, y la histerectomía laparoscópica total (HLT) cuando no hay componente vaginal y la cúpula vaginal es suturada endoscópicamente. ⁽²⁾⁽³⁾

Veress (1938) perfeccionó una aguja de punción diseñada años anteriores y Raoul Palmer (Paris), ginecólogo de profesión, describe la posición de Trendelenburg para la exploración ginecológica en 1944. Durante las décadas de 1970 y 1980, Kurt Semm, de la Universidad de Kiel, en Alemania, desarrolló procedimientos ginecológicos mínimamente invasivos, desarrollando la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. En 1985 construye el pelvi-trainer, como equipo de entrenamiento para los procedimientos ginecológicos por vía laparoscópica. La primera histerectomía laparoscópica fue realizada por Harry Reich en 1993. ⁽⁴⁾

En Estados Unidos existe una tendencia clara hacia la realización de histerectomías por laparoscopia. Se realizaron un 9,9 % de las histerectomías mediante este abordaje en 1997. Actualmente se pueden realizar cirugías sofisticadas en el área de ginecología oncológica. Las principales ventajas son: una disminución del dolor postoperatorio, molestias postoperatorias, período de recuperación, costo hospitalario y estadía hospitalaria. El tiempo operatorio se ha considerado un punto débil de la histerectomía laparoscópica. En la serie de Clermont Ferrand se ha alcanzado una duración media de 97,4 +/- 37,9 minutos. Otros autores no reportan diferencias significativas entre la vía abdominal y la laparoscópica. ⁽⁶⁾⁽⁷⁾

Entre las investigaciones revisadas para el sustento del presente estudio está el trabajo de García N, et al, en el año 2015 en el Servicio de Cirugía II, Unidad de Cirugía Endoscópica, Hospital Universitario de Caracas, Venezuela, su objetivo fue Evaluar la histerectomía laparoscópica en comparación con las histerectomías abierta realizando un estudio prospectivo descriptivo realizado entre los años 2013-2015 en el Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital "Luis Blanco Gásperi" quienes aportaron menor pérdida hemática, menor dolor post operatorio y durabilidad de tiempo quirúrgico de 3 horas aproximadamente dependiendo de la experiencia en la técnica laparoscópica. Por su parte, Mendoza J. Romero J. Flores A. y Dicriscio R. en el año 2016 en la Cruz Roja Venezolana, Seccional Valencia. Estado Carabobo, Venezuela evaluaron los resultados de las histerectomías vaginales asistidas por laparoscopia, realizó histerectomía vaginal asistida por laparoscopia se concluyó que la técnica empleada es segura. ⁽²⁾⁽³⁾

En el año 2018, Arcos B, y cols realizaron un trabajo de investigación se basó en la Histerectomía total laparoscópica por miomatosis uterina, donde el objetivo principal demostró las diferencias entre la cirugía abierta frente a

laparoscópica, y los resultados permitieron una mejor visualización gracias a la magnificación de la anatomía y la patología existente, mejor acceso al fondo del saco de Douglas y las fosas ováricas, mejor control hemostático, así como disminución del dolor de la incisión abdominal. Los autores refieren que “con esta técnica se ha demostrado una disminución de la estancia intrahospitalaria, un más rápido retorno a las actividades normales, así como reducción en el riesgo de infección en el sitio de la herida quirúrgica”.⁽⁴⁾

En el año 2017 Mendoza J., y cols, aportaron el trabajo de la Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, teniendo en cuenta la población, tiempo quirúrgico, y recuperación, donde determinaron que la edad promedio de las pacientes fue de 42 años. Las principales patologías fueron leiomiomatosis y prolapso genital. El tiempo quirúrgico promedio fue de 148 minutos, aunque en el 70% de los casos se asoció a otra cirugía. El peso uterino promedio fue de 198 g con una longitud media de 12,6 cm. Refieren que “Las complicaciones transoperatorias se presentaron en menos del 5% de las pacientes, destacando lesiones vesicales e intestinales”. Hubo complicaciones postoperatorias en el 2% de las pacientes, principalmente infecciones urinarias. El tiempo promedio de hospitalización fue de 1,8 días.⁽¹⁰⁾

En el año 2016 Alberto C, realizó un trabajo de Histerectomía laparoscópica, donde el objetivo principal fundamentaba las técnicas utilizadas en la realización de histerectomía laparoscópica, consideró que la histerectomía laparoscópica tiene un gran papel que jugar en el campo de la cirugía ginecológica y demostró que las complicaciones pueden ocurrir, como en cualquier cirugía, pero estas irán disminuyendo con la práctica, así como el tiempo operatorio cada vez será menor. Refieren “Lo importante es que los pacientes deben obtener todos los beneficios que brindan las técnicas laparoscópicas: menor dolor postoperatorio y estadía hospitalaria, recuperación más rápida y una reincorporación a corto plazo a sus

actividades familiares, sociales y de trabajo. No olvidemos tampoco el factor estético, muy apreciado”.⁽³⁾

Por su parte, García N, y cols en el año 2015 realizaron trabajo de investigación de Histerectomía laparoscópica tipo IV (Servicio Cirugía II. Hospital Universitario de Caracas) donde el objetivo fue la Población, tiempo quirúrgico, y las complicaciones, sus resultados determinaron que la edad promedio de la población fue de 47,7 años y el índice de masa corporal de 25,8 kg/m², con un tamaño uterino promedio menor a 14 semanas de gestación. El diagnóstico preoperatorio fue de miomatosis uterina en 25 pacientes (78,12 %), en dos casos hubo hiperplasia endometrial (6,25 %), un pólipo endometrial (3,12 %), una paciente con NIC III (3,12 %), 3 casos con histerocele (9,37 %). Hubo cirugía asociada en 5 pacientes. Refieren que “el sangrado fue menor de 50 mL, con un tiempo quirúrgico promedio de 84,6 minutos. No se presentaron complicaciones inherentes a la cirugía y tuvimos un tiempo de hospitalización promedio de 33,39 horas. Escala analógica del dolor promedio 3”.⁽²⁾

Ha surgido mucha confusión por la multitud de variantes técnicas que este procedimiento quirúrgico ha presentado y por la terminología empleada. Por lo anterior, se han propuesto clasificaciones para valorar la técnica utilizada y la extensión del procedimiento por vía laparoscópica. Una de ellas es la clasificación de Clermont Ferrand que a continuación se expone: Tipo I: incluye la hemostasia y sección de los pedículos anexiales y de los ligamentos redondos, que libera la cúspide del ligamento ancho y facilita el resto de las maniobras por vía vaginal. Tipo II: asocia el desprendimiento útero-vesical y la hemostasia de los pedículos uterinos. Tipo III: realiza la disección del cérvix por vía intrafascial, la hemostasia de los pedículos cervicovaginales y comienza la abertura vaginal. Tipo IV: consiste en realizar toda la histerectomía por vía laparoscópica, incluida la abertura y el cierre vaginales. El único momento de vía vaginal es la extracción de la pieza.⁽²⁾

En lo correspondiente a las indicaciones y contraindicaciones de histerectomía laparoscópica: Enfermedad benigna y maligna: miomatosis uterina, masas anexiales, endometriosis, cáncer de ovario, endometrial o cervical en estadio I y cuando la histerectomía vaginal está contraindicada, como en el caso de arco púbico estrecho, vagina estrecha sin prolapso o artritis que impida la colocación de la paciente en posición de litotomía. ⁽⁴⁾

En relación con el tamaño y peso del útero, muchos autores consideran que úteros de más de 700 gramos (g) no deben ser abordados por vía laparoscópica, aunque el rango de aceptación de diferentes series oscila desde los que sitúan el límite entre 200-500 g. Entre las contraindicaciones se pueden mencionar: dimensiones y peso uterino mayores que las antes descritas, pacientes en estadio IV de endometriosis con compromiso extenso del fondo de saco de Douglas, a menos que el cirujano tenga la capacidad y el tiempo para reseca toda la endometriosis fibrótica de la vagina, ligamentos úterosacros y recto anterior. ⁽³⁾

Dentro de las complicaciones intraoperatorias descritas esta: la Insuflación extraperitoneal de CO₂, vasculares, intestinales, vesicales. Complicaciones Específicas: Colección intrabdominal, de la cúpula vaginal (prolapso, dehiscencia, absceso, hematoma, granuloma, entre otras), fístula interna (fístula ureterovaginal, vesicovaginal, rectovaginal). El índice de complicaciones aumenta en correspondencia con la complejidad técnica de las operaciones y sobre todo en úteros grandes, adherencias y disminuye a medida que aumenta la experiencia del cirujano. ^(2,3,4)

La histerectomía laparoscópica es una alternativa eficaz y segura para pacientes que cumplan los criterios para realizar la intervención por mínimo acceso, en base a todo lo discutido y planteado en la introducción, se realiza en base a la teoría los siguientes objetivos que constituirán la base de la investigación. Objetivo General: Evaluar la experiencia en la realización de histerectomías

laparoscópicas por patologías ginecológicas benignas y premalignas en el Servicio De Cirugía A en el periodo comprendido entre abril de 2022 a septiembre de 2022.

Para lo cual se establecieron los siguientes Objetivos Específicos: Identificar las características epidemiológicas, de las patologías ginecológicas benignas y premalignas, con manifestaciones clínicas que acuden al servicio de Cirugía "A". Describir el tipo patologías más frecuentes entre las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica. Caracterizar la frecuencia de complicaciones intraoperatorias entre las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica e histerectomías abdominales. Describir la presencia de complicaciones inmediatas y mediatas, más frecuente, así como la estancia hospitalaria de las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica. Describir el dolor post operatorio y el tiempo de recuperación de las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica e histerectomías abdominales. Comparar la frecuencia de infección de sitio quirúrgico en pacientes con histerectomías abdominales vs laparoscopia en recuperación. Describir el grado de satisfacción de las pacientes sometidas a histerectomías laparoscópicas por patologías ginecológicas benignas y premalignas incluidas en la muestra.

El presente trabajo investigativo se realizó con el fin de dejar un aporte académico al Servicio de Cirugía "A" y en especial en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en vista de ser las primeras realizadas en dicho centro, evidenciando los materiales utilizados, y lo que se requiere en nuestra casa de estudio para seguir aprendiendo en las técnicas laparoscópicas; el estudio demostrará los beneficios de la histerectomía laparoscópica, con el fin de apoyar los avance tecnológicos en nuestro centro de salud, con base de estudios ya existentes y determinar las variables que puedan presentarse durante el mismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un trabajo de investigación de tipo observacional – descriptiva. Con un diseño de campo, transversal y prospectivo. La población en estudio estuvo representada por la totalidad de mujeres que acudieron a la consulta del Servicio de Cirugía “A” con patologías benignas y premalignas, en el período comprendido entre abril de 2022 y septiembre de 2022.

La muestra fue de tipo no probabilística deliberada, conformada por 20 pacientes divididas en dos grupos: 10 histerectomía laparoscópica y 10 sometidas a histerectomía abierta. Todas cumplieron con los criterios de inclusión: edad comprendida entre los 35-55 años, útero menor a 10 cm, menor a 700g hasta 1 kg, máximo dos cesáreas anteriores y que firmen el consentimiento informado (Ver Anexo B). Fueron excluidas aquellas pacientes con hemoglobina menor de 10 gr, riesgo de Asa I y II, mayores de 60 años.

Inicialmente se realizaron solicitudes para los permisos en Dirección Médica Central, Dirección Médico Quirúrgico, al Jefatura Médico Quirúrgico, Jefatura del Servicio de Cirugía A, Jefatura de anestesia y personal de enfermería, además de recibir la aprobación respectiva por parte del comité de bioética de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (Ver Anexo A). Se realizaron dos jornadas que correspondieron dos fines de semanas al mes, con el fin de tener una buena muestra de pacientes; cada jornada se realizó con dos pacientes que teniendo conocimiento sobre el estudio los beneficios y riesgos que conlleva la técnica de la histerectomía laparoscópica, sin embargo, dentro de las limitaciones la solicitud de permisos era limitado por mes para poder realizar la población, y en muchas oportunidades se tenía que posponer fechas, del mismo modo representó de manera principal la falla de la torre de laparoscopia, por lo que se vio auto limitada la inclusión de más pacientes, por histerectomía laparoscópica.

La recolección de la información se realizó mediante la técnica de observación directa del paciente y como instrumento se aplicó una ficha de registro diseñada por la misma investigadora a partir de lo planteado en los objetivos específicos (Ver Anexo B Y C). De igual modo se realizó un cuestionario en el post operatorio tardío de la paciente con preguntas específicas que incluyeron tiempo de recuperación, sangrado, si presentó infección o no de los puertos, dolor post operatorio, tiempo hospitalario, si presentó alguna complicación intraoperatoria.

Una vez recolectados los datos, fueron vaciados en una tabla maestra en Microsoft Excel para luego presentarlos mediante las técnicas estadísticas descriptivas a partir de tablas de contingencias con sus respectivas frecuencias (absolutas y relativas) según los grupos de estudio conforme a lo planteado en los objetivos específicos. A la variable edad se le calculó media aritmética \pm error típico, valor mínimo, valor máximo y coeficiente de variación, comparándose según el tipo de histerectomía a partir de la prueba de hipótesis para diferencia entre medias. El puntaje EVA del dolor se le calculó mediana, valor mínimo y máximo, comparándose según los grupos a través de la prueba W de Mann Wiithney. Se asoció el nivel de dolor y tiempo de recuperación a través del análisis no paramétrico de Chi cuadrado para independencia entre variables. Todo se realizó mediante el procesador estadístico SPSS en su versión 18 (software libre). Se adoptó como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05 ($P < 0,05$).

RESULTADOS

Tabla n° 1: Características epidemiológicas y manifestaciones clínicas, de las pacientes con patologías ginecológicas benignas y premalignas. Servicio de Cirugía "A". "Dr. José Antonio Gubaira". Período abril de 2022 y septiembre de 2022.

Histerectomía	Abierta		Laparoscópica		Total	
Edad (años)	f	%	f	%	f	%
≤ 50	5	25	7	35	12	60
>50	5	25	3	15	8	40
$\bar{X} \pm Es$	47,9 +/- 4,88		48,8 +/- 3,47		t = -0,34; P= 0,7378	
Procedencia	f	%	f	%	f	%
Valencia	5	25	7	35	12	60
San Diego	2	10	2	10	4	20
Guacara	3	15	0	0	3	15
Bejuma	0	0	1	5	1	5
Escolaridad	F	%	f	%	f	%
Primaria	1	5	0	0	1	5
Secundaria	0	0	0	0	0	0
Bachiller	4	20	4	20	8	40
Universitaria	5	25	6	30	11	55
Estado civil	F	%	f	%	f	%
Casada	6	30	5	25	11	55
Viuda	3	15	3	15	6	30
Divorciada	1	5	1	5	2	10
Soltera	0	0	1	5	1	5
Gestas	F	%	f	%	f	%
I – II	2	10	4	20	6	30
III – IV	8	40	6	30	11	70
Antecedente De cesáreas	F	%	f	%	f	%
0	3	15	5	25	8	40
I – II	7	35	5	25	12	60
Total	10	50	10	50	20	100
Síntomas	F	%	f	%	f	%
Hipermenorrea	5	25	9	45	14	70
Metrorragia	6	30	5	25	11	55
Polimenorrea	0	0	1	5	1	5

Fuente: Datos Propios de la Investigación (García S. 2022)

De las 20 pacientes con patologías ginecológicas benignas y premalignas incluidas en el estudio se registró un promedio de edad de 48,35 años \pm 1,29, con una mediana de 48,5 años, una edad mínima de 35 años, una edad máxima de 56 años y un coeficiente de variación de 12% (serie homogénea entre sus datos), predominando aquellas pacientes con 50 años o menos (60%= 12 casos). El

promedio de edad del grupo de pacientes sometidas a histerectomía abierta fue menor al del grupo de pacientes por laparoscopia, sin diferencias significas ($P > 0,05$).

La procedencia predominante fue el municipio Valencia (60%= 12 casos). La mayoría de las pacientes fueron universitarias (55%= 12 casos) y bachilleres (40%= 8 casos); un 55% de las pacientes eran casadas (11 casos), seguidas de las viudas (30%= 6 casos). Un 73,33% de las pacientes tenía entre 3 y 4 gestas (70%= 11 casos); un 60% tenían entre I y II cesáreas (12 casos) y un 40% no tenía antecedente de cesáreas (8 casos). Los síntomas mayormente referidos fueron la Hipermenorrea (70%= 14 casos) y la Metrorragia (55%= 11 casos).

Tabla n° 2: Tipo de patología más frecuente entre las pacientes incluidas en el estudio. Servicio de Cirugía “A”. “Dr. José Antonio Gubaira”. Período abril de 2022 y septiembre de 2022.

Histerectomía	Abierta		Laparoscópica		Total	
	F	%	f	%	f	%
Hiperplasia endometrial	2	10	4	20	6	30
Fibromatosis uterina	4	20	2	10	6	30
Miomatosis uterina	0	0	2	10	2	10
Adenomiosis	1	5	1	5	2	10
Fibromatosis uterina + quiste simple ovario der	1	5	1	5	2	10
Tumor de ovario derecho, hiperplasia endometrial	1	5	0	0	1	5
Pólipo + hiperplasia endometrial	1	5	0	0	1	5
Total	10	50	10	66,67	20	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (García S. 2022)

El tipo de patología más frecuente entre las pacientes estudiadas fue la Hiperplasia endometrial (30%= 6 casos), siendo el tipo de patología más frecuente entre las pacientes sometidas a histerectomía por laparoscopia (4/10). El segundo tipo de patología más frecuente fue la Fibromatosis uterina (30%= 6 casos), presentándose con mayor frecuencia en el grupo de histerectomía abierta (4 casos).

Tabla n° 3: Frecuencia de complicaciones intraoperatorias entre las pacientes sometidas a histerectomía. Servicio de Cirugía “A”. “Dr. José Antonio Gubaira”. Período abril de 2022 y septiembre de 2022.

Histerectomía	Abierta (n=10)		Laparoscópicas (n=10)		Total (n=20)	
Complicaciones intraoperatorias	F	%	f	%	f	%
Si	6	30	3	15	9	45
No	4	20	7	35	11	55
Total	5	33,33	10	66,67	20	100
Tipo de complicación	F	%	F	%	f	%
Sangrado	6	30	1	5	7	35
Lx De Vejiga	3	15	1	5	4	20
Lx De Asa	0	0	1	5	1	5
Total	9	45	3	15	12	60
Tiempo quirúrgico	F	%	f	%	f	%
2 – 3	4	20	5	25	9	45
4 – 5	6	30	4	20	10	50
6	0	0	1	5	1	5
Total	10	50	10	50	20	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (García S. 2022)

Las complicaciones intraoperatorias representaron un 45% (7 casos), siendo más frecuentes entre las pacientes sometidas a histerectomía abierta (6 casos). El tipo de complicación más frecuente fue el sangrado (35%= 7 casos) en su mayoría sometidas a histerectomía abierta (6 casos), la segunda complicación más frecuente fue la lesión de vejiga (20%= 4 casos). El tiempo quirúrgico más frecuente fue el de 4 a 5 horas (50%= 10 casos), seguido por aquellas con 2 y 3 horas (9 casos). De las pacientes sometidas a laparoscopia sólo una se convirtió a abierta (5%).

Tabla n° 4: Presencia de complicaciones inmediatas y mediatas, más frecuente, así como la estancia hospitalaria de las pacientes sometidas a histerectomía.

Servicio de Cirugía "A". "Dr. José Antonio Gubaira". Período abril de 2022 y septiembre de 2022.

Histerectomía	Abierta		Laparoscópica		Total	
Complicaciones inmediatas	F	%	f	%	F	%
Si	3	15	3	15	6	30
no	7	35	7	35	16	70
Complicaciones mediatas	F	%	f	%	F	%
Si	3	15	2	10	5	25
No	7	35	8	40	15	75
Hospitalización (días)	F	%	F	%	F	%
1	7	35	8	40	15	75
2	3	15	1	5	4	20
3	0	0	1	5	1	5
Total	10	50	10	50	20	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (García S. 2022)

Sólo se presentaron complicaciones inmediatas en un 30% (6 casos), en igual de cantidad de casos sometidas a histerectomía abiertas y por laparoscopia. Por vía laparoscópica las complicaciones fueron: un caso de lesión de vejiga, un caso de lesión de asa y un caso de íleo postoperatorio. Un 10% (2 casos) presentaron alguna complicación mediata casos de lx de vejiga y asa. Un 75% de las pacientes (15 casos) permaneció hospitalizada por 1 día, siendo lo más frecuente entre ambos grupos.

Tabla n° 5: Dolor post operatorio y el tiempo de recuperación de las pacientes sometidas a histerectomía. Servicio de Cirugía "A". "Dr. José Antonio Gubaira". Período abril de 2022 y septiembre de 2022.

Histerectomía	Abierta		Laparoscópica		Total	
Nivel de dolor Posterior a 5 días	F	%	f	%	F	%
Leve	0	0	6	30	6	30
Moderado	3	15	2	10	5	25
Severo	7	35	2	10	9	45
Md (m – M)	7 (5 – 8)		2,5 (2 – 7)		W = 12; P= 0,0034	
Tiempo de recuperación (semanas)	F	%	f	%	F	%
1	0	0	5	25	5	25
2	7	35	5	25	12	60
3	2	10	0	0	2	10
4	1	5	0	0	1	5
Total	10	50	10	50	20	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (García S. 2022)

En los 5 días posteriores a la intervención, se refirió que el nivel de dolor más frecuente fue el severo (45%= 9 casos) en su mayoría intervenidas por histerectomía abierta (7 casos); en segundo lugar, se presentó el dolor leve (30%= 6 casos) todas pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica. La mediana de puntaje EVA fue mayor entre las pacientes sometidas a histerectomía abierta, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($P < 0,05$). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de dolor posterior a los 5 días y el tiempo de recuperación ($X^2=5,10$; 2 gl; $P=0,0681 > 0,05$)

Un 60% de las pacientes alcanzó una recuperación en 2 semanas (12 casos), siendo el tiempo más frecuente entre aquellas pacientes sometidas a histerectomía abierta (7 casos) y laparoscópica (5 casos). Un 25% de las pacientes se recuperó en una semana (5 casos), todas sometidas a histerectomía por laparoscopia. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de histerectomía y el tiempo de recuperación ($X^2=6,56$; 2 gl; $P=0,0276 < 0,05$)

Tabla n° 6: Frecuencia de infección de sitio quirúrgico en pacientes con histerectomías abdominales vs laparoscopia en recuperación. Servicio de Cirugía “A”. “Dr. José Antonio Gubaira”. Período abril de 2022 y septiembre de 2022.

Histerectomía	Abierta		Laparoscópica		Total	
	F	%	F	%	F	%
Infeción de sitio quirúrgico						
Si	7	35	3	15	10	50
No	3	15	7	35	10	50
Total	10	50	10	50	20	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (García S. 2022)

La infección de sitio quirúrgico se presentó en un 50% de las pacientes (10 casos), siendo más frecuente entre las pacientes sometidas a histerectomía abierta (7 casos).

Tabla n° 7: Satisfacción de las pacientes sometidas a histerectomías laparoscópicas por patologías ginecológicas benignas y premalignas incluidas en la muestra. Servicio de Cirugía “A”. “Dr. José Antonio Gubaira”. Período abril de 2022 y septiembre de 2022

Histerectomía Laparoscópica		
¿El procedimiento es más estético?	f	%
Si	9	90
No	1	10
¿Le parece que conlleva un mayor riesgo la cirugía? (en caso de ser por laparoscopia)	f	%
Si	0	0
No	10	100
¿Recomendaría realizar la histerectomía laparoscópica a otras pacientes en base de sus resultados propios?	f	%
Si	10	100
No	0	0
Total	10	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (García S. 2022)

De las pacientes sometidas a histerectomía por laparoscopia, un 90% opinó que el procedimiento aplicado es más estético (9 casos). Todas negaron que la cirugía conlleva un mayor riesgo (10 casos) y un 100% (10 casos) recomendaría realizar la histerectomía laparoscópica a otras pacientes sobre la base de sus propios resultados

DISCUSIÓN

De las 20 pacientes con patologías ginecológicas benignas y premalignas incluidas en el estudio se registró un promedio de edad de 48,35 años \pm 1,29, con una mediana de 48,5 años, una edad mínima de 35 años, una edad máxima de 56 años y un coeficiente de variación de 12% (serie homogénea entre sus datos). predominando aquellas pacientes con 50 años o menos (60%= 12 casos). El promedio de edad del grupo de pacientes sometidas a histerectomía abierta fue menor al del grupo de pacientes por laparoscopia, sin diferencias significativas ($P > 0,05$).

La procedencia predominante fue el municipio Valencia (60%= 12 casos). La mayoría de las pacientes fueron universitarias (55%= 12 casos) y bachilleres (40%= 8 casos); un 55% de las pacientes eran casadas (11 casos), seguidas de las viudas (30%= 6 casos). Un 73,33% de las pacientes tenía entre 3 y 4 gestas (70%= 11 casos); un 60% tenían entre I y II cesáreas (12 casos) y un 40% no tenía antecedente de cesáreas (8 casos). Los síntomas mayormente referidos fueron la Hipermenorrea (70%= 14 casos) y la Metrorragia (55%= 11 casos)

El tipo de patología más frecuente entre las pacientes estudiadas fue la Hiperplasia endometrial (30%= 6 casos), siendo el tipo de patología más frecuente entre las pacientes sometidas a histerectomía por laparoscopia (4/10). El segundo tipo de patología más frecuente fue la Fibromatosis uterina (30%= 6 casos), presentándose con mayor frecuencia en el grupo de histerectomía abierta (4 casos). La edad concuerda con los estudios de García N y Cols en el año 2015 donde a edad promedio de la población era 47+ o- y la patología más frecuente era la miomatosis uterina seguida de la hiperplasia endometrial, en el mismo sentido las pacientes tenían entre 3 y 4 gestas. Por lo que se puede añadir el factor hormonal debido a la cantidad de gestas de estas pacientes que contribuyen las patologías frecuentes en los resultados.

Las complicaciones intraoperatorias representaron un 45% (7 casos), siendo más frecuentes entre las pacientes sometidas a histerectomía abierta (6

casos). El tipo de complicación más frecuente fue el sangrado (25%= 5 casos) en su mayoría sometidas a histerectomía abierta (6 casos), la segunda complicación más frecuente fue la lesión de vejiga (20%= 4 casos). El tiempo quirúrgico más frecuente fue el de 4 a 5 horas (50%= 10 casos), seguido por aquellas con 2 y 3 horas (9 casos). De las pacientes sometidas a laparoscopia sólo una se convirtió a abierta (5%). Se presentaron complicaciones inmediatas en un 30% (6 casos), en igual número de casos en las pacientes que fueron sometidas abiertas o por laparoscopia. Dentro de las complicaciones por laparoscopia se evidencio: un caso de lesión de vejiga, un caso de lesión de asa y un caso de íleo postoperatorio. En el mismo sentido un 10% (2 casos) presentaron alguna complicación mediata casos de lesión de vejiga y asa. Un 75% de las pacientes (15 casos) permaneció hospitalizada por 1 día, siendo lo más frecuente entre ambos grupos.

Estos resultados concuerda con los estudios de Mendoza y cols; y los Estudios de Alberto C, donde la perdida hemática es más frecuente en las histerectomías abiertas como complicación intraoperatoria, seguido de la lesión de vejiga en la técnica abierta o laparoscópica, seguido en 5% de los casos lesión de asa, tiempo quirúrgico promedio tanto la técnica abierta y laparoscópica con un aproximado de 3- 4 horas, donde hace énfasis en la destreza y experiencia que conlleva el cirujano con menor tiempo quirúrgico viéndose en los resultados expuestos. Y concordaron los resultados en la estancia hospitalaria del paciente es menor.

En los 5 días posteriores a la intervención, se refirió que el nivel de dolor más frecuente fue el severo (45%= 9 casos) en su mayoría intervenidas por histerectomía abierta (7 casos); en segundo lugar, se presentó el dolor leve (30%= 6 casos) todas pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica. La mediana de puntaje EVA fue mayor entre las pacientes sometidas a histerectomía abierta, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($P < 0,05$). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de dolor posterior a los 5 días y el tiempo de recuperación ($X^2=5,10$; 2 gl; $P=0,0681 > < 0,05$). Un 60% de

las pacientes alcanzó una recuperación en 2 semanas (12 casos), siendo el tiempo más frecuente entre aquellas pacientes sometidas a histerectomía abierta (7 casos) y laparoscópica (5 casos).

Un 25% de las pacientes se recuperó en una semana (5 casos), todas sometidas a histerectomía por laparoscopia. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de histerectomía y el tiempo de recuperación ($X^2=6,56$; 2 gl; $P=0,0276 < 0,05$). Los resultados concordaron con los estudios de García N, donde el dolor post operatorio es menor en la técnica laparoscópica, evidenciando la recuperación en menor tiempo, recuperándose de manera absoluta en un tiempo límite de dos semanas.

La infección de sitio quirúrgico se presentó en un 50% de las pacientes (10 casos), siendo más frecuente entre las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica (7 casos). De las pacientes sometidas a histerectomía por laparoscopia, un 90% opinó que el procedimiento aplicado es más estético (9 casos). Todas negaron que la cirugía conlleva un mayor riesgo (10 casos) y un 100% (10 casos) recomendaría realizar la histerectomía laparoscópica a otras pacientes sobre la base de sus propios resultados. Los resultados concuerdan con los estudios de Alberto C, lo cual se debe a una cirugía mínima invasiva que conlleva menos riesgo de infección de la técnica abierta, con un alto porcentaje de recuperación óptima y con resultados más estéticos, siendo recomendada por las mismas pacientes del estudio.

CONCLUSIONES

Epidemiológicamente de las 20 pacientes con patologías ginecológicas benignas y premalignas incluidas en el estudio se registró un promedio de edad de 49,47 años \pm 1,18, con una mediana de 49 años, siendo más frecuentes aquellas pacientes con 50 años o menos. El promedio de edad del grupo de pacientes sometidas a histerectomía abierta fue mayor al del grupo de pacientes por laparoscopia, sin diferencias significativas ($P > 0,05$). La procedencia predominante fue el municipio Valencia. La mayoría de las pacientes fueron universitarias y bachilleres; la mitad de las pacientes eran casadas, seguidas de las viudas. Un alto porcentaje tenía entre 3 y 4 gestas. La mitad tenía entre I y II cesáreas.

Los síntomas mayormente referidos fueron la Hipermenorrea y la Metrorragia. El tipo de patología más frecuente fue la Hiperplasia endometrial, siendo el tipo de patología más frecuente entre las pacientes sometidas a histerectomía por laparoscopia. El segundo tipo de patología más frecuente fue la Fibromatosis uterina, presentándose en similar proporción en ambos grupos.

Las complicaciones intraoperatorias representaron casi la mitad de la muestra, siendo más frecuentes entre las pacientes sometidas a histerectomía abierta. El tipo de complicación más frecuente fue el sangrado en su mayoría sometidas a histerectomía abierta; la segunda complicación más frecuente fue la lesión de vejiga. El tiempo quirúrgico más frecuente fue el de 2 a 3 horas, así como aquellos con 4 y 5 horas con similar proporción. Sólo una paciente sometida a laparoscopia se convirtió a abierta (6,67%).

Sólo se presentaron complicaciones inmediatas en una proporción muy baja, todas las pacientes sometidas a histerectomía por laparoscopia (3 casos), en el mismo sentido fueron: el íleo post operatorio, lx de vejiga y lx de asa. Un alto porcentaje de las pacientes permanecieron hospitalizadas por 1 día, siendo lo más frecuente entre ambos grupos.

En los 5 días posteriores a la intervención, el nivel de dolor más frecuente fue leve en todas las intervenidas por histerectomía por laparoscopia; en segundo lugar, se presentó el dolor severo siendo más frecuente entre las pacientes sometidas a histerectomía abierta. La mediana de puntaje EVA fue mayor entre las pacientes sometidas a histerectomía abierta, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($P < 0,05$).

Un 53,33% de las pacientes alcanzó una recuperación en 2 semanas (10 casos), siendo el tiempo más frecuente en ambos grupos. Un tercio de las pacientes se recuperó en una semana, todas sometidas a histerectomía por laparoscopia. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de histerectomía y el tiempo de recuperación ($P=0,0376 < 0,05$). La infección de sitio quirúrgico se presentó en las pacientes, siendo más frecuente entre aquellas sometidas a histerectomía abierta.

De las pacientes sometidas a histerectomía por laparoscopia, dos tercios opinaron que el procedimiento aplicado es más estético. Todas negaron que la cirugía conlleva un mayor riesgo y un alto porcentaje recomendaría realizar la histerectomía laparoscópica a otras pacientes sobre la base de sus propios resultados.

RECOMENDACIONES

Dentro de los objetivos se realiza el reforzamiento de la cirugía mínima invasiva hacerlo práctico y frecuente en los centros hospitalarios con la finalidad de disminuir los días de estancia hospitalaria de los pacientes, menor riesgo de pérdida hemática, menor dolor post operatorio que conlleva este tipo de cirugías, del mismo modo se reducen el riesgo de infección de sitio quirúrgico en las pacientes. Por lo tanto se recomienda:

Tener equipos óptimos y funcionales dentro de la institución, para la facilidad de la cirugía mínima invasiva, sin embargo, no se cuenta completamente con todo el equipo viéndose en la necesidad, para poder realizar el estudio tener equipo externo, para poder realizar la cirugía, cuando dichos equipos deberían existir, en los centros hospitalarios, para la formación y capacitación de sus cirujanos para obtener una mejor destreza ante la práctica y consigo un aporte en la calidad como personal al centro hospitalario.

Capacitar a todo el personal de enfermería en función a la cirugía mínima invasiva, y que se familiarice con el instrumental, de este modo se lograría mantenimiento del equipo de la torre de laparoscopia garantizando un buen manejo y sentido de pertenencia del mismo.

REFERENCIAS

- 1.- Sardiñas R. La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. Revista Cubana de Cirugía 2016. 54(1)82-95. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcir/rcc-2015/rcc151k.pdf>
- 2.- García N, Leyba J, Navarrete S, Navarrete S. Histerectomía laparoscópica tipo IV (Servicio Cirugía II. Hospital Universitario de Caracas) 2015. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000100007
- 3.- Drs Mendoza Romero Jesús, Flores José Alonzo, DiCriscio Rossana. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital "Luis Blanco Gásperi". Cruz Roja Venezolana, Seccional Valencia. Estado Carabobo, Venezuela. Año 2016. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322005000200005
- 4.- Arcos Veraa Brenda, Arcos Veraa Dante, Flores Rangel Gustavo Alain. Histerectomía total laparoscópica por miomatosis uterina. Caso clínico. Año 2018. Disponible en: <file:///C:/Users/casiq/Desktop/tesis%20silvia/2448-4865-facmed-61-02-29.pdf>
- 5.- Cervantes Jorge, Chousleb Alberto. Complicaciones de la cirugía laparoscópica y toratoscopia. Caso clínico. Año 2012. Disponible en: <https://es.b-ok.lat/book/11051712/aa04c>
- 6.- Bishoff Jay T Y Kavoussi Louis R. Atlas de cirugía urológica laparoscópica. Año 2017. Disponible en: <https://es.b-ok.lat/book/11724241/bf93b7>
- 7.- La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Año 2013. Disponible en: [http://www.sld.cu/estadísticas/\(http://files.sld.cu/bvscuba/files/2012/05/anuario-2011-e.pdf\)](http://www.sld.cu/estadísticas/(http://files.sld.cu/bvscuba/files/2012/05/anuario-2011-e.pdf))
- 8.- Matute Labrador A, Rodríguez J, Ortiz M, Smeke J. Lesiones urológicas pos histerectomía en el Centro Médico ABC. Anales Médicos. 55:185-8. Año 2010.
- 9.- Lasa IL. La histerectomía laparoscópica: un abordaje posible. Estudio retrospectivo de las histerectomías laparoscópicas realizadas en un hospital público. Progresos de obstetricia y ginecología. 51:649-55. Año 2018.
- 10.- Lobato JL, Andía D, Garay G, López-Valverde M. Lesiones del tracto urinario en cirugía ginecológica. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia ;38(3):100-3. Año 2017
- 11.- Sardiñas Ponce R. Histerectomía laparoscópica: experiencia en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Tesis. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Año 2013
- 12.- Ríos JD. Histerectomía laparoscópica total en la unidad de endoscopia ginecológica de la Clínica del Prado, Medellín (Colombia). Rev. Colomb Obstet Ginecol. ;60(4):320-7. Año 2019.
- 13.- New A. Histerectomía laparoscópica: una alternativa en cirugía endoscópica. Experiencia. Servicio de Cirugía General. Hospital "Dr. José Ignacio Baldó". Revista Venezolana de Cirugía. 2010;72(2):72-82. Año 2010.

ANEXO A

CARTA DEL COMITÉ DE BIOÉTICA

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, _____ TITULAR DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD _____, MAYOR DE EDAD Y CON RESIDENCIA _____ EN _____

EXPRESO MEDIANTE LA PRESENTE QUE PARTICIPARÉ LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE COMO SUJETO DE MUESTRA EN LA INVESTIGACIÓN TITULADA: **EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS POR PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS BENIGNAS Y PREMALIGNAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA "A" EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL DE 2022 A SEPTIEMBRE DE 2022.** LLEVADA A CABO POR EL DRA SILVIA GARCÍA C.I. 20.878.846. DEJO CLARO QUE ESTOY CONSCIENTE QUE LA FINALIDAD DEL ESTUDIO, LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARAN PARA RECOLECTAR LOS DATOS PARA EL MISMO. DE IGUAL FORMA TENGO CLARO QUE LOS DATOS OBTENIDOS EN ESTE ESTUDIO SERÁN ANÓNIMOS Y UTILIZADOS CON FINES MÉDICOS Y CIENTÍFICOS.

FIRMO PACIENTE CONFORME _____
DRA. SILVIA GARCÍA _____
TESTIGO _____
VALENCIA, A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DE 202__.

FICHA DE REGISTRO

HISTORIA		fecha de acto quirúrgico	
Edad		Procedencia	
Escolaridad		Estado civil	
Gestas	Paras	Cesáreas	Abortos
Manifestaciones clínicas	1		
	2		
	3		
Tipo de patología	Benigna Tipo	Complicaciones intraoperatorias	Si Tipo
	Maligna Tipo		No
Duración de la cirugía		Observaciones	

ANEXO C

CUESTIONARIO POST OPERATORIO TARDIO

PACIENTE: _____ **EDAD** _____ **CI:** _____

Calificar la experiencia de la histerectomía laparoscópica () o abierta () en el post operatorio tardío bajo los siguientes parámetros utilizando (√) la respuesta de su preferencia:	
Días de hospitalización	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Otros ()
Sangrado intraoperatorio	SI () NO ()
Tiempo de recuperación	1 SEMANA () 2 SEMANAS () 3 SEMANAS () 4 SEMANAS ()
¿Dolor post operatorio mayor a 5 días?	SI () NO ()
Complicaciones: -Intraoperatorias () -Postoperatorias ()	URINARIAS () INTESTINALES () VASCULARES () VESICALES ()
¿Se convirtió la cirugía laparoscópica a abierta? (en caso de ser por laparoscopia)	SI () NO ()
Infección de sitio quirúrgico	SI () NO ()
¿El procedimiento es más estético?	SI () NO ()
¿Le parece que conlleva un mayor riesgo la cirugía? en caso de ser por laparoscopia)	SI () NO ()
¿Recomendaría realizar la histerectomía laparoscópica a otras pacientes base de sus resultados propios?	SI () NO ()

Firma De La Paciente: _____,

Fecha De Acto Quirúrgico: _____.