

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Tesis

*Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia*

MAYO 2015



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

Las Doctoras:

Wendy Rossemay de León Quiñonez

Carné Universitario No.: 100021464

Lorena Maribel Orellana Pernillo

Carné Universitario No.: 100021465

Han presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestras en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "Histerectomía por minilaparotomía".

Que fue asesorado: Dr. Walter López Gómez

Y revisado por: Dr. Héctor Ricardo Fong Véliz

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para mayo 2015.

Guatemala, 23 de abril de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades



/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 16 de marzo de 2015.

Doctor

Edgar Axel Oliva González

Coordinador Específico de Estudios de Post Grado

Hospital General San Juan de Dios.

Edificio.

Dr. Oliva:

Por medio de la presente le informo que fungí como REVISOR del estudio de investigación de Tesis denominado **"Histerectomía por Minilaparotomía en el Hospital General San Juan de Dios, de Agosto 2011 a abril 2013"**, elaborado por las Dras. Wendy Rosmery De León Quiñonez, y Lorena Maribel Orellana Pernillo, el cual llena los requisitos establecidos por la Escuela de Estudios de Post grado.

Sin otro en particular, atentamente.



Dr. Héctor Ricardo Fong Véliz

Docente Responsable Programa de Ginecología y Obstetricia

Guatemala 16 de marzo de 2015

Doctor
Edgar Axel Oliva González
Coordinador específico de Programas de Postgrado
Hospital General San Juan de Dios

Estimado Doctor Oliva:

Por este medio le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título **"Histerectomía por Minilaparotomía en el Hospital General San Juan de Dios, de agosto 2011 a abril 2013"** presentado por la doctora **Wendy Rossemary De León Quiñonez**, carné 100021464, y la doctora **Lorena Maribel Orellana Pernillo**, carné 100021465, el cual a pruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ginecología del Hospital General San Juan de Dios y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

A handwritten signature in black ink is written over a circular professional stamp. The stamp contains the text: "DR. WALTER OSVALDO LÓPEZ GÓMEZ", "MÉDICO Y CIRUJANO", and "COL. 6265".

Dr. Walter López Gómez
Asesor de Tesis
Jefe de Unidad de Ultrasonido
Hospital General San Juan de Dios

AGRADECIMIENTOS

A:

DIOS TODOPODEROSO, fuente inagotable de sabiduría y amor, por brindarnos la oportunidad de obtener otro triunfo personal, y darnos salud y entendimiento para lograrlo.

Nuestros padres; por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, y sus ejemplos de perseverancia, y por la motivación constante para que seamos personas de bien.

Nuestros Esposos Williams y Dulman, por su paciencia, comprensión, apoyo y amor incondicional.

Nuestros profesores que con sus sabias enseñanzas labraron en nosotras conocimiento.

La ilustre Universidad de San Carlos de Guatemala, por darnos nuevamente la oportunidad de egresar de ella, nos sentimos sumamente orgullosas de ser profesionales San Carlitas.

Nuestra familia que ha contribuido con su apoyo y cariño a concluir nuestra meta.

Nuestras pacientes que depositaron su confianza en nosotras.

ÍNDICE

Resumen.....	i
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	2-8
III. Objetivo.....	9
IV. Material y Métodos	
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	10
4.2 Población.....	10
4.3 Criterios de Inclusión/Exclusión.....	10
4.4 Definición y Operacionalización de Variables.....	11
4.5 Instrumento de recolección de datos.....	12
4.6 Procedimiento de Recolección de datos.....	12
4.7 Plan de análisis.....	12
4.8 Aspectos éticos de la investigación.....	13
V. Resultados.....	14-15
VI. Discusión y análisis de Resultados.....	16-17
6.1 Conclusiones.....	18
6.2 Recomendaciones.....	19
VII. Referencias bibliográficas.....	20-21
VIII. Anexos.....	22-23

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Características generales e indicaciones de histerectomía	14
Tabla 2.	Tiempo quirúrgico (minutos) de histerectomía por minilaparotomía	15

RESUMEN

Introducción: La histerectomía abdominal total involucra la remoción tanto del cérvix como del cuerpo uterino. Estudios anteriores han demostrado que la histerectomía por minilaparotomía tiene menor incidencia de complicaciones, con rápida recuperación de la paciente y es útil para países en vías de desarrollo para disminuir costos y la estancia hospitalaria. **Objetivos:** Describir los resultados de complicaciones inmediatas y tardías así como el dolor postoperatorio por la realización de la histerectomía por minilaparotomía, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, del Hospital General San Juan de Dios de agosto 2011 a abril 2013. **Método:** Es un estudio descriptivo, con 28 pacientes ingresadas a la unidad de ginecología para realizar histerectomía por minilaparotomía por procesos benignos. **Resultados:** La edad promedio de las pacientes fue de 47 años. El 60.7% tenía como indicación operatoria miomatosis uterina. El promedio de duración del procedimiento fue de 90 minutos. No hubo complicaciones transoperatorias. Según la escala del dolor el 85.7% refirió tener leve dolor a las 24 horas post operatorias y el 14.3% no refirió dolor alguno, por lo que pudieron haber egresado en ese período de tiempo, sin embargo el 71.4% egresó a las 48 horas por decisión del cirujano. **Conclusiones:** La histerectomía por minilaparotomía es una opción que se puede brindar debido a que el tiempo de ejecución está entre los límites aceptados, y la recuperación es rápida. Lo anterior implicó menor estancia hospitalaria, y posiblemente el costo de las mismas aunque no se calculó.

I.INTRODUCCIÓN

La histerectomía es la operación más realizada por el ginecólogo y el segundo procedimiento quirúrgico mayor más común en los Estados Unidos después de la cesárea. En Estados Unidos se realizan más de 500,000 histerectomías por año, a casi un tercio de las pacientes se les habrá extirpado el útero antes de los 65 años. ⁽¹⁾

En el año 1,997 la cantidad de 604,121 histerectomías fueron hechas en los Estados Unidos según la revisión de las estadísticas de egreso hospitalario del Centro Nacional de la Salud de estas el 91.7% fueron por condiciones benignas, de este grupo en el 63.5% la ruta abdominal fue la usada, mientras que en el 22% fueron efectuadas vía vaginal y el resto por laparoscopia. ⁽²⁾

La histerectomía por minilaparotomía consiste en una incisión abdominal transversal entre el vello púbico de no más de 6 cm. de longitud, en donde es posible colocar un retractor que permite una mejor exposición de la zona pélvica. La histerectomía por mini laparotomía es un abordaje sistematizado con elementos derivados de las dos clases de histerectomías, tanto la laparotomía como la laparoscopia. ⁽³⁾

En Guatemala una muestra tomada en el área metropolitana en hospitales públicos y privados evidencia el uso de abordaje abdominal en 61%, vaginal 35% y laparoscópica 5%. Sin embargo no hay datos sobre histerectomía por mini laparotomía. ⁽⁴⁾

En el presente estudio se describen los resultados de complicaciones inmediatas, así como el dolor postoperatorio a las 24 horas por la realización de la histerectomía por minilaparotomía, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, del Hospital General San Juan de Dios de agosto 2011 a abril 2013. Debido a estudios realizados que han demostrado resultados favorables al realizar la histerectomía por minilaparotomía, como una recuperación rápida, menor intensidad de dolor postoperatorio lo que se refleja en la capacidad de la paciente de egresar a las 24 horas, reduciendo costos hospitalarios y también es estéticamente aceptable. Al reducir el tiempo hospitalario se reduce el uso de medicamentos utilizados por la paciente así como el espacio físico, lo cual es muy importante en países en vías de desarrollo como Guatemala, ya que es una técnica en la que no se necesita equipo tan sofisticado.

II.ANTECEDENTES

1. HISTORIA:

La histerectomía vaginal precedió en muchos siglos a la histerectomía abdominal. Existen algunas referencias a la histerectomía en el siglo V a C. en épocas de Hipócrates. Se dice que Soranus de Efeso amputó un útero gangrenoso por vía vaginal en el siglo II d.C. Hacia el siglo XVI d. C, ya se habían realizado varias histerectomías en países europeos tales como Italia, Alemania y España. La histerectomía vaginal se realizó esporádicamente entre los siglos XVII y XVIII. ⁽⁵⁾

En 1,816 Baudelocque, en Francia realizó 23 histerectomías vaginales. En 1,810 Wrisberg presentó un trabajo en la Viena Royal Academy of Medicine en el que recomendaba la histerectomía vaginal para el cáncer de útero. En 1,829 John Collins de la Harvard University realizó la primera histerectomía vaginal en los Estados Unidos, pero la paciente murió en el cuarto día postoperatorio.

Los primeros intentos de realizar una histerectomía abdominal involucraron casos en los cuales leiomiomas uterinos se diagnosticaron erróneamente como grandes quistes ováricos. En 1,825 Langenbeck llevó a cabo el primer intento de remoción del útero a través de una incisión abdominal, la operación se realizó por un cáncer cervical avanzado, la paciente falleció horas más tarde.

En 1,843 en Manchester se realizó una histerectomía abdominal pero la apertura del abdomen solía complicarse con una hemorragia post operatoria, la que con frecuencia era fatal. ⁽⁶⁾

El cirujano inglés A.M Heath, de Manchester, ligó por primera vez las arterias uterinas a mediados del siglo XIX una idea novedosa en ese momento que fue olvidada durante casi 50 años mientras que la hemorragia continuaba siendo un problema operatorio y postoperatorio.

Con el correr del tiempo se realizaron mejoras necesarias de la técnica de la histerectomía abdominal. La hemorragia fue casi imposible de controlar hasta 1,864 cuando Koeberle, en Francia, publicó un trabajo que se convirtió en un hito sobre la histerectomía e introdujo su método para asegurar el gran pedículo vascular del útero inferior con su instrumento para ajustar ligaduras.

La histerectomía por minilaparotomía fue descrita por primera vez por Uchida y colegas, en 1961, en Japón y fue introducida en Tailandia por Vitoon Osathanondh, en 1973, donde tuvo gran aceptación para después difundirse por el mundo, especialmente a los países de Asia y del Pacífico. Fue utilizada en histerectomía por primera vez por Kustchner 1896, posteriormente fue utilizada y modificada por Pelosi.

Los conocimientos que son necesarios para formular indicaciones apropiadas para la histerectomía incluyen primariamente una comprensión cabal de la fisiología y la patología de los órganos reproductores femeninos, las manifestaciones clínicas de las enfermedades pelvianas y el desarrollo psicosocial sexual normal y anormal, estos conocimientos constituyen la base absoluta de la práctica exitosa de la cirugía ginecológica. ⁽⁶⁾

2. TERMINOLOGÍA:

Los únicos términos adecuados para describir el tipo de histerectomía son: Total (remoción de útero y cérvix) o subtotal (remoción de cuerpo uterino, sin extirpar el cérvix o cuello uterino), según la vía de abordaje es vaginal o abdominal, la remoción de los anexos se debe especificar como bilateral o unilateral y como salpingectomía(remoción de trompa de falopio), ooforectomía (remoción de ovarios) y Salpingooforectomía (extirpar ovarios y trompa de Falopio).

3. DEFINICION:

Histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero.

4. DESCRIPCIÓN GENERAL:

La histerectomía es una operación que se realiza con frecuencia, en el cual el útero se puede extirpar en forma total, parcial o junto con los ovarios y trompas de falopio, mientras que la histerectomía radical es la extirpación del útero, de ambas trompas y ambos ovarios y de la parte superior de la vagina más linfadenectomía pélvica .

La histerectomía se puede realizar a través de una incisión abdominal (histerectomía abdominal) o vaginal (histerectomía vaginal). ⁽⁷⁾

5. INDICACIONES DE HISTERECTOMIA:

Las indicaciones de la histerectomía pueden ser por condiciones benignas o malignas.

CONDICIONES BENIGNAS:

- Hemorragia uterina disfuncional:

La histerectomía no está indicada a menos que la hemorragia sea recurrente y severa y no responda al tratamiento hormonal y al raspado endometrial en diversas ocasiones. En las mujeres jóvenes casi nunca debiera realizarse una histerectomía para tratar una hemorragia disfuncional.

- Adenomiosis:

Con dependencia de la severidad de los síntomas, la histerectomía puede estar indicada después de la falta de respuesta a medidas más conservadoras, como el tratamiento hormonal, se puede realizar una histerectomía vaginal o abdominal.

- Relajación vaginal, descenso uterino o prolapso sintomático:

Asociado o no a la relajación de la pared vaginal con incontinencia urinaria es una indicación para realizar histerectomía.

- Leiomiomas uterinos:

Dependiendo de tamaño, localización y sintomatología de los mismos.

CONDICIONES MALIGNAS

- Neoplasia intraepitelial cervical.
- Cáncer cervical temprano
- Cáncer endometrial temprano ⁽⁷⁾

6. ELECCIÓN DE LA CIRUGÍA:

El útero puede extirparse por vía vaginal o abdominal, la elección depende de la indicación de la cirugía, del tamaño y movilidad del útero, de la anchura de la vagina y de la presencia o ausencia de otras condiciones asociadas como exceso de peso de paciente y comorbilidades.

Con la excepción de las lesiones precancerosas del cérvix, el carcinoma uterino y ovárico se trata normalmente por vía abdominal, la histerectomía por miomas, puede realizarse vaginalmente si se conoce el tamaño del tumor. ⁽⁸⁾

La vía abdominal permite una mejor visión y una inspección anatómica más detallada de la cavidad, la vía vaginal es más restringida, ésta evita una incisión abdominal con sus posibles

complicaciones, asociándose a una menor formación de adherencias, menor peritonitis e íleo, menor dolor en la herida y una recuperación más rápida. ⁽⁸⁾

ELECCIÓN ENTRE HISTERECTOMIA TOTAL Y SUBTOTAL:

La ventaja de la histerectomía total es que la extirpación del cérvix elimina una fuente de infección, sangrado y una localización del carcinoma y lesiones precancerosas. La incidencia de cáncer en el muñón cervical después de una histerectomía no se encuentra aumentada.

La histerectomía subtotal tiene la ventaja de excluir la parte quirúrgica durante la cual existen más posibilidades de que ocurran complicaciones ya que no se realiza extirpación del cérvix, lesiones de la vejiga, recto es más difícil que ocurran. ⁽⁹⁾

HISTERECTOMIA TOTAL:

Existen dos métodos para la extirpación del útero: El extrafascial y el intrafascial.

La técnica intrafascial tiene algunas ventajas para el cirujano no experimentado, ya que el daño a la vejiga y a los uréteres es raro. No se necesita disecar extensamente la vejiga y los uréteres están protegidos de la lesión por la fascia paracervical, con esta técnica también se reduce el daño a las asas intestinales adheridas a la cara posterior del cérvix particularmente las asociadas a endometriosis. La técnica extrafascial es más rápida y conlleva menor pérdida sanguínea, por lo que es el método de elección. ⁽⁹⁾

COMPLICACIONES:

- Intraoperatorias:

La pérdida sanguínea que requiere transfusión es rara en la histerectomía abdominal de pacientes sanas, puede ocurrir sangrado cuando hay adherencias extensas, sobre todo en presencia de endometriosis o infección, y cuando se secciona el útero desde la vagina, pueden ocurrir lesiones de vejiga, uréter o vasos. ⁽¹⁰⁾

- Postoperatorias:

La razón más frecuente por la que se requiere una nueva laparotomía es el sangrado (menos del 1%) y raramente por íleo o por peritonitis. Luego de una histerectomía abdominal la complicación más frecuente es la infección. La fiebre postoperatoria es muy común, la causa puede ser infección del tracto urinario, infecciones del manguito vaginal, peritonitis,

abscesos pélvicos y tromboflebitis séptica. Otros trastornos como la poca cicatrización de la herida, trombosis, embolismo pulmonar y raramente fístulas vesico vaginales o uretero vaginales pueden presentarse. ⁽¹⁰⁾

Aunque la histerectomía por laparoscopia ofrece una alternativa mínimamente invasiva a la laparotomía cuando la histerectomía vaginal está contraindicada, también tiene sus puntos en contra entre ellos: El costo elevado del equipo, la curva de aprendizaje es larga y tiempo operatorio extendido. ⁽¹¹⁾

HISTERECTOMÍA POR MINILAPAROTOMÍA

La histerectomía por minilaparotomía consiste en una incisión abdominal transversal entre el vello púbico de 4 a 6 cm. de longitud, en donde es posible colocar un retractor que permite una mejor exposición de la zona pélvica. Está descrita como otra alternativa a la laparotomía, la cual es comparable a los beneficios post operatorios de la histerectomía por laparoscopia como el poco dolor postoperatorio, resultados cosméticos y tiempo para regresar a una vida cotidiana normal. Puede ser total o parcial y se basa en técnicas abiertas tradicionales e instrumental barato, haciéndola significativamente más rápida que la realizada por laparoscopia y a su vez fácil de realizar y enseñar. ⁽¹²⁾

La histerectomía por mini laparotomía es un abordaje sistematizado con elementos derivados de las dos clases de histerectomías, tanto la laparotomía como la laparoscopia.

Involucra tres componentes preoperatorios los cuales son: posición de la paciente, incisión y la separación. Los tres componentes son cruciales para realizar una histerectomía exitosa, aseguran que el procedimiento nunca se convierta en una batalla por una incisión vertical o tipo Pfannenstiel. ⁽¹²⁾⁽¹³⁾

POSICIÓN:

La posición a utilizar es la de litotomía modificada la cual se realiza así: se coloca a la paciente en litotomía con ambos brazos puestos como para cirugía laparoscópica, luego se colocan las piernas en unos estribos sin producir una flexión en la cadera pero si con suficiente abducción de los muslos para exponer la vagina. Luego se realiza un examen pélvico y se coloca una sonda de cateterización uretral. Luego se coloca un manipulador uterino el cual es de suma importancia para este procedimiento ya que facilita la exposición de los anexos así como a su vez la rotación y elevación del útero y sus sitios de fijación. ⁽¹⁴⁾

INCISIÓN:

Se debe de realizar la incisión en fascia de Kustner modificada, la cual, con un bisturí convencional o con el aparato de Bovie, se realiza una incisión transversa de 2.5 a 5 cm. de largo en la piel y tejido celular subcutáneo hasta alcanzar la fascia anterior del músculo recto. Luego se separa la grasa de la línea media tanto superior como inferiormente para así exponer aproximadamente 5 a 6 cm. de la fascia en su eje vertical y así poder incidir la fascia anterior del músculo recto de una manera vertical. Luego se incide el peritoneo digitalmente o con tijeras por encima del nivel de la cúpula vesical. Esta incisión de Kustner modificada es esencialmente una incisión vertical de la línea media en la fascia de los músculos rectos del abdomen. Esta técnica es relativamente no hemorrágica y conlleva a una exposición quirúrgica superior a la que se obtiene por la incisión Pfannenstiel o la incisión Maylard. La incisión en piel puede ser en algunas ocasiones mediana infraumbilical ya sea porque tiene una incisión previa de esa manera o porque se sospeche de alguna patología maligna que pueda requerir una ampliación de la incisión original. ⁽¹⁴⁾

SEPARACIÓN:

La separación es crucial para la realización de la histerectomía por mini laparotomía, para la misma se pueden utilizar separadores automáticos, pero también se pueden utilizar separadores abdominales tradicionales los cuales son baratos pero tienen la desventaja de que son más traumáticos ya que no retraen o separan la pared abdominal de una manera equidistante y redonda como lo hacen los automáticos, no protegen la herida operatoria ya que no cubren en su totalidad los bordes de la herida operatoria de contaminación y la potencial implantación de células malignas, no son ajustables al espesor de la pared abdominal y se necesita de un ayudante para utilizarlos constantemente durante toda la cirugía. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

Luego se debe de realizar la histerectomía utilizando el manipulador uterino para elevar y mover el útero de la manera más conveniente, también se debe de tratar de extraer el útero por sobre la incisión para realizar la histerectomía lo más afuera posible.

Por último, luego de haber realizado la histerectomía el cierre de la herida se realiza sin peritonizar tanto el peritoneo vesicouterino como el peritoneo parietal, solamente se cierra la fascia anterior de los músculos rectos y piel. Existe la pequeña posibilidad de que se forme un hematoma o un seroma para lo cual se puede utilizar un drenaje superior a la fascia o se

puede aplicar una presión con una compresa de una manera vertical sobre la incisión en la piel, la cual se debe de retirar 24 horas después. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Ya que se utilizan técnicas abiertas convencionales o tradicionales la curva de aprendizaje es menor y esto hace que esta técnica puede ser aprendida y perfeccionada rápidamente.

⁽¹⁹⁾

El fin último de esta técnica es realizar histerectomías en pacientes en las cuales la histerectomía vaginal está contraindicada con úteros entre los 80 y 2,500g. Con un tiempo operatorio menor (aproximadamente un mínimo de 60 minutos), así poder dar egreso a las pacientes en menos de 36 horas y ofrecerles retornar a sus labores cotidianas en un promedio de 12 días, sin cambios en la frecuencia e incidencia de complicaciones intra operatorias o post operatorias. ⁽²⁰⁾

Las contraindicaciones para realizar una histerectomía por mini laparotomía son: endometriosis severa, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedad intestinal asociada, o sospecha de malignidad. Si durante la mini laparotomía se detecta alguna patología que no sea apropiada de realizar por esta técnica se debe de realizar una laparotomía tradicional.

⁽²¹⁾⁽²²⁾

III. OBJETIVO

Describir las complicaciones transoperatorias e inmediatas y el dolor postoperatorio en pacientes sometidas a histerectomía por minilaparotomía, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, del Hospital General San Juan de Dios de agosto 2011 a abril 2013.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

4.2. POBLACIÓN

Pacientes a las que se realiza histerectomía por minilaparotomía en Hospital General San Juan de Dios.

4.3 MUESTRA

Las 28 pacientes a las que se realizó histerectomía por minilaparotomía en Hospital General San Juan de Dios en el periodo de agosto 2011 a abril 2013.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Útero menor o igual a 10 cm. de longitud.

Paciente con peso menor a 200 lbs.

Paciente que presente patología benigna.

Pacientes que accedieron a operación mediante minilaparotomía mediante consentimiento informado. (Anexo 1)

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Útero con mioma pediculado.

Masas anexiales quísticas o solidas asociadas.

Paciente que tenga cicatrices previas.

Que necesite otro procedimiento quirúrgico.

Paciente a la cual haya necesidad de ampliar herida.

4.4 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado.	Dato de la edad en años anotado en el registro clínico.	Cuantitativa discreta	Intervalo	Años.
Escolaridad	Período de tiempo durante el cual una persona asiste a cualquier centro de enseñanza.	Dato descrito en el registro clínico referente si la paciente recibió enseñanza académica y hasta que nivel llegó.	Cualitativa	Ordinal	Nivel: Primario Básico Diversificado Universitario Sin escolaridad
Nivel de Dolor	Sensación aflictiva de una parte del cuerpo.	Dato en registro clínico referente a la molestia de paciente relacionado con la cirugía. Codificado según escala de dolor.	Cualitativa	Ordinal	0.no dolor 5.leve dolor 10.máximo dolor
Tiempo operatorio	Duración de un procedimiento quirúrgico.	Dato en registro clínico referente a la duración de cirugía de paciente.	Cuantitativa	Intervalo	Minutos
Complicación intraoperatoria	Evento negativo inesperado durante un procedimiento.	Dato en registro clínico referente a lesiones inesperadas a órganos o vasos sanguíneos.	Cualitativa	Nominal	Ninguna Lesión: Intestinal Ap. Urinario Hemorragia masiva Convertirla en laparotomía
Complicación postoperatoria inmediatas	Evento negativo inesperado 24 horas después de un procedimiento relacionado al mismo.	Dato en registro referente a infección, seroma, hematoma, o hemorragia.	Cualitativa	Nominal	Ninguna Hematoma Seroma Hemorragia de cúpula vaginal

4.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó una boleta de recolección de datos prediseñada, realizada en base a los objetivos y variables de la investigación. En la cual se interrogan datos generales de la paciente, edad, escolaridad, registro, diagnóstico ultrasonográfico, tiempo de ingreso y egreso, tiempo operatorio, complicaciones intra y post operatorias, y la tabla del dolor. (Ver anexo 2)

4.6 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se incluyó a todas aquellas pacientes que se les programó histerectomía abdominal total por minilaparotomía en la consulta externa del área de ginecología del Hospital General San Juan de Dios.

Desde la programación diaria se estableció que paciente reunió o no los criterios de inclusión para efectuarle la histerectomía por minilaparotomía, con o sin anexectomía uni o bilateral, decisión que tomó el jefe de servicio asignado o jefe de residentes que rotó por la consulta externa. Luego a la paciente se le informó sobre el procedimiento haciendo énfasis en la técnica, tipo de incisión, complicaciones y evolución, mediante un consentimiento informado, el cual firmó al estar de acuerdo en participar.

Se acudió al servicio de ginecología, en su post operatorio inmediato es decir dentro de las primeras 24 horas, se realizaron las preguntas, se anotó en la boleta de recolección de datos los aspectos pertinentes, todo ello tomado del expediente clínico de la paciente y el interrogatorio. Así mismo se le preguntó el nivel de dolor que presentó mediante la escala del dolor, y si el dolor y demás bienestar le permitió estar o no en condiciones de egresar del hospital a cabo de 24 horas.

4.7 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez finalizada la etapa de recolección de datos se procedió a:

- Revisar el llenado de todos los instrumentos
- Ingresar información obtenida a una base de datos
- Revisión en base de datos para evitar errores de transcripción

Los datos se ingresaron en el programa Epi Info 7, aplicando estadística descriptiva de los mismos, calculando frecuencias y porcentajes.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se basó en los principios básicos éticos, ya que se mostró respeto por las personas involucradas en el estudio, se pretendió maximizar el beneficio y minimizar el daño de todas las pacientes que fueron objeto de estudio, quienes no sufrieron ningún tipo de daño al ser tomadas en cuenta para poder llevar a cabo esta investigación.

Este estudio está clasificado como categoría I, (sin riesgo) ya que se utilizaron técnicas ya descritas y utilizadas en este departamento, no se realizó ninguna intervención psicológica o social a las pacientes.

V.RESULTADOS

El promedio de edad en las pacientes del estudio fue de 47 años, el grupo de edad más frecuente fue de 55-59 años con un 28.5%. Un 14.3% de pacientes eran analfabetas. La patología benigna más frecuente presentada por las pacientes sometidas al estudio fue miomatosis uterina con un 60.7%, seguido por adenomiosis y la presentación simultánea de adenomiosis y miomatosis en menos frecuencia que representó 10.7% (tabla 1)

De acuerdo a la escala análoga de dolor, el 14.3% (n= 4) refirieron no sentir dolor alguno puntuando 0 en la escala, 85.7% (n= 24) refirieron leve dolor puntuando 5 en la escala, ninguna paciente refirió dolor excesivo de 10 puntos. No hubo complicaciones transoperatorias ni postoperatorias. Los días de estancia hospitalaria para las pacientes fueron de 1 día para el 28.3% (n= 8) y dos días para el 71.4% (n= 20).

El tiempo quirúrgico promedio fue de 90 minutos, el tiempo mínimo de cirugía fue de 60 minutos 3.5%, y el tiempo máximo 120 minutos 10.7%. En la tabla 2 se presenta la distribución de los tiempos quirúrgicos.

Tabla 1
Características generales e indicaciones de
Histerectomía por minilaparotomía
Hospital General San Juan de Dios
Agosto 2011- abril 2013

Características	Frecuencia	%
Edades		
35-39	4	14.3
40-44	5	17.8
45-49	7	25.1
50-54	4	14.3
55-59	8	28.5
Escolaridad		
Ninguna	4	14.3
Primaria	17	60.7
Secundaria	7	25
Indicación		
Miomatosis	17	60.7
Adenomiosis	8	28.6
Adenomiosis/miomatosis	3	10.7

Tabla 2
 Tiempo quirúrgico (minutos)
 Histerectomía por minilaparotomía
 Hospital General San Juan de Dios
 Agosto 2011- abril 2013

Tiempo quirúrgico en minutos	Frecuencia	%
60-70	1	3.5
71-80	8	28.5
81-90	5	17.8
91-100	7	25
101-110	4	14.2
111-120	3	10.7

VI. DISCUSIÓN

La histerectomía por minilaparotomía consiste en una incisión abdominal transversal entre el vello púbico de no más de 6 cm. de longitud, en donde en algunos casos es posible colocar un retractor que permite una mejor exposición de la zona pélvica. ⁽³⁾

Descrita por primera vez por Uchida y colegas, en 1961, en Japón y fue introducida en Tailandia por Vitoon Osathanondh, en 1973, donde tuvo gran aceptación para después difundirse por el mundo, especialmente a los países de Asia y del Pacífico. Fue utilizada en histerectomía por primera vez por Kustchner 1896, posteriormente fue utilizada y modificada por Pelosi. ⁽⁶⁾

La edad de las pacientes de nuestro estudio comprendió entre 38 a 59 años, siendo el promedio 47 años. Entre 1995 a 2001 fue realizado un estudio prospectivo por Panicci en el cuál realizó 148 histerectomías por minilaparotomía, con incisiones de 6 a 10 cm., con media de edad de 47 años.⁽¹⁵⁾ Lo cual coincide con nuestro estudio, representando a personas que están dentro del grupo de mujeres en edad fértil (10-54 años), en las cuales el motivo de consulta fue hemorragia uterina anormal, indicándose el ultrasonido y así obteniendo un diagnóstico preoperatorio, encontrando 60.7% miomatosis uterina, seguido por adenomiosis con un 28.6%, y miomatosis y adenomiosis en la misma paciente 10.7%, estas indicaciones coinciden con el estudio realizado en Navarra España en 2009, en el cuál un 62% de pacientes fue operada por miomatosis, seguido por adenomiosis y es resto otras patologías benignas, colocando a la miomatosis como la principal patología benigna por la que se realiza histerectomía. ⁽³⁾

Los resultados respecto a tiempo quirúrgico en nuestro estudio fueron en promedio de 90 minutos. Sin embargo en el 28.5% fue de 76 minutos, correspondiendo al mayor porcentaje, el tiempo mínimo en cirugía fue de 60 minutos, datos que concuerdan con el estudio de Alcaideh entre 2003-2005 en el cuál el tiempo promedio fue de 70 minutos ⁽¹²⁾ lo que apoya a otros estudios comparativos entre histerectomía abdominal convencional y la realizada por minilaparotomía en la cual reportan que la histerectomía por minilaparotomía tiene menor tiempo quirúrgico, 73 minutos en promedio, debido a que es mínimamente invasiva. ⁽³⁾⁽¹⁷⁾

El tiempo de estancia hospitalaria fue de un día para el 28.3% y dos días para el 71.4%, lo cual concuerda con el estudio de Panicci en el cual la estancia hospitalaria de las pacientes fue de 2.5 días.⁽¹⁵⁾ Lo cual es beneficioso debido a que se disminuyen costos hospitalarios, esto guarda relación a la evolución de la paciente, se aplicó la escala de dolor a las pacientes, un 14.3% refirió no sentir ningún dolor mientras que un 87.5 % refirió un dolor moderado pero no lo suficientemente fuerte para impedir el egreso, 100% de las paciente refirieron sentirse en condiciones adecuadas para egresar las primeras 24 horas post cirugía. No se encuentra un estudio previo en el cual se evalúe la escala del dolor.

Los resultados de la presente investigación concuerdan con los beneficios propuestos por la histerectomía por minilaparotomía, es estéticamente aceptable y tiene una recuperación rápida de las pacientes, lo cual implica menor estadía hospitalaria lo que disminuye costos, además las pacientes pueden reincorporarse a sus actividades en menor tiempo. No hubo complicaciones en las cirugías de las pacientes sometidas al estudio.

6.1 CONCLUSIONES

La histerectomía por mini laparotomía ofrece una recuperación rápida, mínimo dolor postoperatorio, disminuyendo costos y permitiendo a la paciente una incorporación rápida a sus labores cotidianas así como un resultado estético favorable en pacientes sometidas a dicho procedimiento.

6.2 RECOMENDACIONES

- Utilizar histerectomía por minilaparotomía de rutina en procesos benignos que cumplan criterios de inclusión.
- Realizar una investigación comparativa de histerectomía abdominal tradicional y de histerectomía por minilaparotomía en Guatemala.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Homa Keshavarz MD, Susan D. Hillis PD, Kieke1 BA, Polly A. Marchbanks P. Hysterectomy Surveillance --- United States, 1994--1999 [Internet]. CDC Surveill. Summ. / Centers Dis. Control. 2002 [cited 2014 Oct 23]. p. 1–8. Available from: <http://www.cdc.gov/mmWR/preview/mmwrhtml/ss5105a1.htm>
2. Tommaso Falcone M. Overview of hysterectomy. UpToDate. 2014;(figure 1):1–27.
3. Royo P, Alcázar JL, García-Manero M, Olartecoechea B, López-García G. The value of minilaparotomy for total hysterectomy for benign uterine disease: a comparative study with conventional Pfannenstiel and laparoscopic approaches. Int. Arch. Med. [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Jan 10];2(1):11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2680833&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
4. Carlos J, Vega Z, Donis RC, Morales ER, Ovando A, Robles ERP, et al. Histerectomía por patología benigna: ¿abordaje vaginal, laparoscópico o abdominal? ¿Una decisión basada en evidencia? Situación actual en Guatemala. Rev. Centroam. Ginecol. y Obstet. 2010;15(2):3–7.
5. Sparic R, Hudelist G, Berisavac M, Gudovic A, Buzadzic S. Hysterectomy throughout history. Acta Chir. Iugosl. [Internet]. 2011 [cited 2014 Oct 23];58(4):9–14. Available from: <http://www.doiserbia.nb.rs/Article.aspx?ID=0354-950X1104009S>
6. Lancaster D. HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Rocío Margot , Ortega Torres . 2011; Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada.pág1-10 Available from: www.hvn.es/servicios...y.../clase2011_histerectomia_abdominal.pdf
7. Mann WJ. Abdominal hysterectomy. UpToDate. 2015;1–43. www.uptodate.com/.../abdominal-hysterectomy
8. Kovac SR . - Postgrad Med. Which route for hysterectomy? Evidence-based outcomes guide selection. [Internet]. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2010 [cited 2015 Jan 12]. p. 153–8. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-9300024>
9. Lethaby A, Mukhopadhyay A NR. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2006 [cited 2015 Jan 12];(2):CD004993. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-22513925>
10. Clarke-Pearson DL G. Complications of hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 12];121(3):654–73. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-23635631>
11. Sharma JB, Wadhwa L, Malhotra M, Arora R. Mini laparotomy versus conventional laparotomy for abdominal hysterectomy: a comparative study. Indian J. Med. Sci. [Internet]. 2004 May [cited 2015 Jan 10];58(5):196–202. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15166468>

12. Alcalde JL, Guilloff E, Ricci P, Solà V, Pardo J. Minilaparotomy hysterectomy assisted by self-retaining elastic abdominal retractor. 2007;108–12.
13. Pelosi MA. Pelosi minilaparotomy hysterectomy: a non-endoscopic minimally invasive alternative to laparoscopy and laparotomy. *Surg. Technol. Int.* [Internet]. 2004 Jan [cited 2015 Jan 10];13:157–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15744686>
14. Hoffman MS LC. Minilaparotomy hysterectomy. *Am. J. Obs. Gynecol.* 1998;179(2):316–20.
15. Panici PB, Zullo MA, Angioli R, Muzii L. Minilaparotomy hysterectomy: a valid option for the treatment of benign uterine pathologies. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* [Internet]. Elsevier; 2005 Apr 1 [cited 2015 Jan 10];119(2):228–31. Available from: <http://www.ejog.org/article/S0301211504004452/fulltext>
16. Mitchel S. Hoffman, MD, Catherine M. Lynch M. Minilaparotomy hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1998;179(2):316–20.
17. Marco A. Pelosi II M. Pelosi minilaparotomy hysterectomy: to laparoscopy and laparotomy. *Surg. Thecniques Int.* 2003;(April).
18. Chalkoo M, Ahangar S, Durrani AM, Shah MJ, Habib R, Chalkoo S. Mini-lap hysterectomy revisited with new concepts and technical modifications. *Int. J. Surg.* [Internet]. Elsevier Ltd; 2011 Jan [cited 2015 Jan 10];9(5):404–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21457802>
19. Perron-Burdick M, Calhoun A, Idowu D, Pressman A, Zaritsky E. Minilaparotomy vs. laparoscopic hysterectomy: comparison of length of hospital stay. *J. Minim. Invasive Gynecol.* [Internet]. Elsevier Inc; 2013 [cited 2014 Oct 24];21(4):619–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24469276>
20. Mahendru R, Malik S, Mittal A, Sekhon PK, Malik N, Mahendru TA. Minilaparotomy hysterectomy: A worthwhile alternative. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2011;37(4):305–12.
21. Investigation O. Hysterectomy through minilaparotomy for benign gynaecological conditions : a valid option. 2009;208–12.
22. Benedetti-Panici P, Maneschi F, Cutillo G, Scambia G, Congiu M MS. Surgery by minilaparotomy in benign gynecologic disease. [Internet]. MEDLINE. [cited 2014 Oct

VIII. ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, de _____ años, No. De
Cédula: _____, con domicilio en: _____
Teléfono: _____, que se le puede informar de cualquier situación de emergencia
a: _____, con domicilio
en: _____, teléfono: _____, acepto

participar como sujeto en la investigación: Histerectomía Abdominal por Mini laparotomía, bajo la supervisión del Dr. Walter López. El estudio está siendo realizado por las doctoras: Wendy De León y Lorena Orellana del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.

Entiendo que participaré en una investigación sobre un método considerado minimamente invasivo para efectuar la operación mediante la cual se me quitará el útero o matriz, con el fin de reafirmar que la forma de efectuar dicho procedimiento es adecuada y documentar dicha experiencia, para que se beneficien a otras pacientes mediante una pronta recuperación y que se puedan disminuir los costos en que incurre el hospital. Así también me examinarán para ver como sigo y retirarme los puntos de la operación en una semana, y luego en dos meses después de la cirugía, que sería mi última visita. Durante este período seguiré siendo examinada por el grupo de médicos investigadores.

Entiendo también que esta operación entraña los mismos riesgos que implica una operación común del útero, como lo son de anestesia, de hemorragia, infecciosos, lesiones a órganos como la vejiga, el o los uréteres o bien cualquier asa intestinal. Por otra parte me puedo beneficiar en el sentido que la incisión que se me hará será pequeña, el tiempo operatorio será menor, la recuperación puede ser más rápida ya que habrá menos dolor, y menor será el edema de mi herida operatoria. Así también se espera que el hospital se beneficie ya que se utilizará menos tiempo operatorio, menos material de sutura así como analgésicos, que puede dar lugar a un egreso más temprano.

Toda la información que se genere de la investigación será mantenida en forma confidencial. El anonimato será mantenido mediante el uso de mi registro clínico. El investigador ha ofrecido responder a las inquietudes que pueda tener con relación a los procedimientos arriba mencionados.

Así también sé que soy libre de retirarme de participar en cualquier momento, y que la decisión de mi retiro no afectará el cuidado que yo reciba.

Doy mi consentimiento para participar en este proyecto, entiendo que tal consentimiento no otorga ningún derecho legal, ni libera al investigador principal, a la institución o cualquier empleado o agente de la obligación por negligencia o impericia en cualquier acto o conducta.

Firma o Huella del Participante

Firma del Testigo

ANEXO 2

ESTUDIO: HISTERECTOMÍA ABDOMINAL POR MINILAPAROTOMIA

Nombre de la Paciente: _____ Edad: _____

No. De Registro: _____ Escolaridad: Ninguna_ primaria_ secundaria_
diversificado_ universitaria_

Gestas _____ Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____

Fecha de Operación: _____ Fecha de Egreso: _____

Dx. Ultrasonográfico: _____

Indicación de la Histerectomía: _____

Hallazgos intraoperatorios: _____ Tiempo Operatorio (min.): _____

Complicaciones Transoperatorias:

Lesión a Intestino_ Lesión de ap. Urinario_ Hemorragia masiva_ Ninguna_

Complicaciones Postoperatorias Inmediatas: Infecc. Urinaria_ hematoma de H. op._

seroma de H. op._ Hemorragia de cúpula_ Prolapso de cúpula_ Hemoperitoneo_

TABLA VISUAL ANÁLOGA

¡0 _____ 5 _____ !10

Ningún dolor

leve dolor

El peor dolor

CONSIDERA QUE EL DOLOR LE PERMITIRIA IRSE A SU CASA (24 hrs):

☐ SI

☐ NO

Firma y/o huella digital _____

Los autores conceden permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada:” **HISTERECTOMÍA POR MINILAPAROTOMÍA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE AGOSTO 2011 A ABRIL 2013**” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.