



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**“ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES POSTOPERADAS DE
HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VS. HISTERECTOMÍA VAGINAL
EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DEL 2017 AL 2018”**

AUTOR : NELSON DARWIN ALCÁNTARA YARLEQUE

ASESOR : DR. CARLOS HIDALGO QUEVEDO

LIMA – PERU

2019

2. RESUMEN

La histerectomía total por laparoscopia es un procedimiento frecuentemente por ser un procedimiento de mínima invasión y contar con mayores beneficios en comparación con la histerectomía abdominal. Disminuye la morbilidad, la estancia hospitalaria y permite a las pacientes integrarse a sus actividades diarias en menor tiempo. **Objetivo:** Determinar la estancia hospitalaria en pacientes postoperadas de histerectomía laparoscópica vs. Histerectomía Vaginal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2017 al 2018. **Método:** Descriptivo, observacional analítico de corte transversal. Participantes: Una muestra probabilística por proporciones de 53 pacientes para el grupo control y casos respectivamente del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Participaron aquellas pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Método Se consideró a las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica y la histerectomía vaginal. Para las variables cuantitativas se utilizará las medidas de tendencia central, para las variables cualitativas porcentajes y frecuencias; para el análisis se realizará pruebas de chi² o prueba exacta de Fisher, para las variables cuantitativas t de student. Los datos serán ingresados en el programa SPSS versión 24. El presente trabajo es novedoso, factible y conveniente porque nos brindará información de la técnica operatoria en histerectomía que permita el menor tiempo de estancia hospitalaria en las pacientes.

Palabras Clave: HISTERECTOMIA, UTERO, LAPAROSCOPIA.

3. INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica es una técnica que ayuda al cirujano y favorece a la paciente. Al cirujano le permite una visualización expansiva de la anatomía y la patología existente, mejor acceso al fondo de saco de Douglas y las fosas ováricas. Para la paciente, la mayor ventaja sobre la cirugía abdominal es evitar el dolor de la incisión abdominal, lo cual implica mayor tiempo de hospitalización (más de dos días) y un tiempo de recuperación más prolongado.(1,2,3)

De acuerdo a la clasificación de H. Reich, la histerectomía laparoscópica se puede clasificar en: Laparoscopia diagnóstica con histerectomía vaginal, Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. (HVAL), Histerectomía laparoscópica (HL), Histerectomía laparoscópica total. (HLT), Histerectomía laparoscópica supracervical (HLS), Histerectomía vaginal con suspensión laparoscópica de cúpula, Histerectomía laparoscópica con linfadenectomía, Histerectomía laparoscópica con linfadenectomía y omentectomía, Histerectomía radical laparoscópica con linfadenectomía.(2,3,4)

En la histerectomía total por laparoscopia, cierra la cúpula vaginal se puede realizar con la técnica y sutura que el medico prefiera. Es importante incluir los márgenes adecuados del tejido, tomando la mucosa vaginal, la fascia pubocervical y la rectovaginal, ayudando a bajar el riesgo de dehiscencia de la cúpula.

Hablando de la técnica de histerectomía total por laparoscopia, algunos cirujanos cierran la cúpula por vía vaginal y otros por vía laparoscópica sin embargo no existe nada estandarizado. La histerectomía laparoscópica ofrece ventajas como: menor sangrado

transoperatorio, menor dolor postoperatorio, disminución del uso de analgésicos, días de estancia hospitalaria, más rápida recuperación y reincorporación a las actividades normales. (5)

La hospitalización de un enfermo se traduce en gastos familiares inmediatos e implica cambios de roles familiares, y adaptación de la familia a los mismos, influyendo de manera más importante si se trata de un miembro económicamente activo.

La atención hospitalaria, se encarga de recibir al paciente y atender sus padecimientos crónicos, agudos y también complicaciones que acarren, sin dejar de lado que dentro de sus funciones debe determinar el estado de salud familiar y del núcleo social en el que se encuentra. Una atención hospitalaria prolongada, determina entonces gastos en el ámbito familiar y en la institución de salud, por lo que actualmente se debe tener un parámetro económico de medición y de optimización de recursos ante las necesidades de un hospital ya sea de segundo ó incluso de tercer nivel de atención. (6)

Zea Vega, Juan realizó un estudio sobre complicaciones peri-operatorias en histerectomía abdominal, laparoscópica y vaginal, 2010. Se revisó 442 expedientes de pacientes operadas de histerectomía simple (230 vaginales, 43 laparoscópicas y 169 abdominales) en el 2007 y 2008 en el Servicio de Ginecología. Se recolectaron datos, sobre método de histerectomía, antecedentes quirúrgicos, volumen uterino, experiencia del cirujano y presencia o no de complicaciones. (7)

Da Costa, V. realizó el estudio sobre histerectomía laparoscópica total versus histerectomía vaginal en el Hospital Universitario de West Indies: un estudio retrospectivo de 5 años. Cuyo objetivo fue de comparar los resultados de la histerectomía laparoscópica total (TLH), un procedimiento relativamente nuevo, con la histerectomía vaginal (VH), un procedimiento bien establecido, en un hospital universitario. Se realizó una revisión retrospectiva del cuadro de todos los pacientes que se sometieron a TLH. Diez pacientes se sometieron a TLH y se compararon con 22 mujeres que se sometieron a VH. La histerectomía laparoscópica total tardó significativamente más tiempo en realizarse (209.9 vs 145.6 minutos, $p = 0.004$). Un paciente del grupo de TLH tuvo que regresar al quirófano después de tres meses debido a un prolapso intestinal secundario a la dehiscencia de la bóveda. Se concluye que la histerectomía laparoscópica total, a pesar de su curva de aprendizaje, es tan segura como la VH. Sin embargo, TLH se asoció con un tiempo operatorio significativamente más largo. (8)

En 2003, se realizaron 538,722 histerectomías por enfermedades benignas, la mayoría de las cuales fueron realizadas con un abordaje abdominal (66%), seguido por el abordaje vaginal (22%) y el abordaje laparoscópico (12%). (9)

En 2006 los resultados obtenidos de la base de datos nacional en Norteamérica mostraron que las histerectomías son realizadas a consecuencia de leiomiomatosis (32%), alteraciones del ciclo menstrual (18%), prolapso (11%), malignidad (9%) y endometriosis (7%). (10)

La hospitalización prolongada en pacientes internadas en un servicio de Ginecología y Obstetricia es una situación asociada a múltiples complicaciones como son: infecciones nosocomiales, complicaciones postoperatorias, síndromes geriátricos como el de inmovilidad secundaria a atrofia muscular de los pacientes por inmovilidad prolongada. Estas complicaciones son en muchas ocasiones ajenas al motivo de ingreso del enfermo o incluso que si se relacionan con su procedimiento o padecimiento al que es sometido donde pueden dejar secuelas psicológicas y funcionales, de carácter temporal o permanentes e incluso ocasionar la muerte durante el internamiento. (11,12)

La técnica de HV o HL hasta ahora realizada en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza ha demostrado sus beneficios en comparación con la técnica abierta en indicaciones precisas. La histerectomía total por laparoscopia es un procedimiento frecuentemente realizado en nuestro hospital por ser un procedimiento de mínima invasión y contar con mayores beneficios en comparación con la histerectomía abdominal. Es bien documentado que disminuye la morbilidad, la estancia hospitalaria y permite a las pacientes integrarse a sus actividades diarias en menor tiempo.

En este trabajo se plantea comparar la utilidad clínica de ambas técnicas de histerectomía vaginal o laparoscópica, mediante el empleo de un dispositivo mecánico denominado movilizador uterino de Koh, mismo que ofrece la ventaja de realizar la técnica de histerectomía de manera completa por vía laparoscópica disminuyendo los riesgos de la asistencia para la extracción vaginal en úteros sin descenso, como por ejemplo: la tracción de pedículos uterinos y desgarro de las arterias que implica mayor riesgo de sangrado y lesión vesical y/o rectal. Hasta este momento, no contamos en nuestro medio con estudios que comparen las ventajas clínicas de cada técnica, que den seguimiento al postoperatorio tardío, a la presencia de complicaciones, ni de la sensación de conformidad y satisfacción. De esta manera podremos predecir el pronóstico de las pacientes en relación a la estancia hospitalaria, lo cual podría servir como base para formar estrategias que nos ayuden a disminuir la estancia intrahospitalaria de las mismas en relación a esta patología de las pacientes sometidas a histerectomías.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Determinar la estancia hospitalaria en pacientes postoperadas de histerectomía laparoscópica vs. Histerectomía Vaginal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2017 al 2018.

4.2 Objetivos Específicos

- Describir los diagnósticos prequirúrgicos en pacientes postoperadas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Describir las complicaciones más frecuentes en histerectomía laparoscópica en pacientes postoperadas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Describir las complicaciones más frecuentes en la histerectomía vaginal en pacientes postoperadas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza

- Estudiar las diferencias en días de estancia hospitalaria en pacientes postoperadas de histerectomía laparoscópica y la histerectomía vaginal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

5. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio:

De acuerdo al momento que ocurre el registro de los datos el estudio es descriptivo retrospectivo y con respecto al nivel de profundidad del conocimiento es descriptivo-observacional comparativo.

b) Población:

La población del estudio consideró a los 1502 Pacientes post operadas por histerectomía vaginal y laparoscópica atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, que cumplen los criterios de inclusión.

c) Muestra:

Se realizara un estudio de casos y controles, por lo que se calculó según la siguiente fórmula para comparar proporciones:

$$n = \left[\frac{z\alpha\sqrt{2(\bar{p} \times \bar{q})} + z\beta\sqrt{(p_1 \times q_1) + (p_2 \times q_2)}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

Donde:

n = tamaño de muestra.

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$\bar{q} = 1 - \bar{p}$$

p_1 = proporción del grupo de Estudio.

p_2 = proporción del grupo Control.

Por lo cual cada grupo será conformado por 53 pacientes para el grupo Control y 53 pacientes para el grupo de casos.

Criterios de Inclusión

- Pacientes que mayores de 18 años.
- Pacientes postoperadas histerectomía laparoscópica y histerectomía vaginal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con historias clínicas incompletas.

d) Definición operacional de variables:

Variables	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición	Registro
Variable Independiente Técnica de Histerectomía	Integración estructural y coordinación funcional de cuatro músculos escapulo-humerales que se insertan en la tuberosidad humeral: supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular (– Histerectomía laparoscópica – Histerectomía vaginal	Nominal Dicotómica	Historia Clínica – Ficha de Recolección de Datos
Variable Dependiente Estancia hospitalaria	Tiempo que permanece hospitalizado un paciente	Días	Razón	Historia Clínica – Ficha de Recolección de Datos Cuestionario al paciente
Variable Dependiente Dolor	El dolor es una experiencia sensorial y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso central. Es una experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera.	– Escala de 0 a 10	Nominal	Escala EVA
Variable Dependiente Complicación	Complicación postoperatoria aquella eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento	Complicaciones inmediatas (primeras 24 horas). • Complicaciones mediatas (del 2º al 7º día).	Nominal	Historia Clínica – Ficha de Recolección de Datos

	quirúrgico con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones tardías (Después de una semana) 		
Covariable Tiempo de Recuperación	Tiempo necesario para la instalación de la peristalsis, inicio de la deambulaci3n, así como la tolerancia a la vía oral.	<ul style="list-style-type: none"> – Horas – Días 	Nominal	Historia Clínica – Ficha de Recolección de Datos
Covariable Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	<ul style="list-style-type: none"> – De 30 a 40 años – De 41 a 50 años – De 51 a 60 años – De 61 a 70 años – Más de 70 años 	Nominal	Historia Clínica – Ficha de Recolección de Datos

e) Procedimientos y técnicas

Los datos serán obtenidos de la revisión de historias clínicas del archivo general del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se seleccionarán aquellas historias en las que los pacientes sometidas a histerectomía, las cuales serán revisadas según los criterios de inclusión y exclusión. Se procederá inicialmente a recoger los datos, el cual se llenará el formato del ANEXO 01 registrando inicialmente las características generales de la población.

f) Aspectos éticos del estudio:

Se guardará la identidad del paciente, identificándolo con el número de historia clínica. No se registrarán datos personales como nombre o documento de identidad para resguardar la privacidad.

En el presente estudio no hay necesidad de aplicar el consentimiento informado porque solo se usarán los datos de las historias clínicas.

El presente estudio será sometido para revisión en el comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

El investigador declara que no tiene vínculo económico o comercial con ninguna empresa vinculada a los t3picos señalados en el presente estudio.

g) Plan de análisis:

La informaci3n que se obtendr3 ser3 ingresada en una tabla en el programa Microsoft Excel 2016. Donde se realizara una base de datos en SPSS versi3n 24 con los cuales se realizará el análisis descriptivo que comprenden gr3ficos y tablas.

Asimismo, para el análisis de las variables cualitativas se realizará la prueba de chi2 o prueba exacta de Fisher, para las variables cuantitativas la prueba de t Student.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Przybycin CG., Kurman RJ., Ronnett BM., Shih leM., Vang R., Are all pelvic (nonuterine) serous carcinomas of tubal origin?, *Am J Surg Pathol* 2010; 34 (10): 1407-16.
2. Christopher P. DeSimone A, Frederick R, et al. Laparoscopia ginecológica. *Surg Clin N Am* 2009. 88(2): 319-41.
3. Janssen PF, Brölmann HA, Van Kesteren PJ et al Perioperative outcomes using LigaSure compared with conventional bipolar instruments in laparoscopic hysterectomy: a randomized controlled trial, *BJOG*. 2011;118(13):1568-75
4. Siedhoff M.T., Yunker A.C., Steege J.F. Decreased incidence of vaginal cuff dehiscence after laparoscopic closure with bidirectional barbed suture. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011; 18 (2): 218.
5. Uccella S., Ceccaroni, M., Cromi, A., Malzoni, M., Berretta R., De Iaco P., Vaginal cuff dehiscence in a series of 12, 398 hysterectomies: effect of different types of colpotomy and vaginal closure. *Obstet Gynecol*. 2012; 120 (3): 516-23.
6. Rettenmaier, M., Abaid, L., Brown, J., Mendivil, A., López, K., Goldstein, B., Dramatically reduced incidence of vaginal cuff dehiscence in gynecologic patients undergoing endoscopic closure with barbed sutures: A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery*: 19 (2015) 27-30.
7. Zea Vega, Juan. Complicaciones peri-operatorias en histerectomía abdominal, laparoscópica y vaginal, 2010.
8. Da Costa, V. Histerectomía laparoscópica total versus histerectomía vaginal en el Hospital Universitario de West Indies: un estudio retrospectivo de 5 años. 2010.
9. Uccella, S., Ghezzi, F., Mariani, A., Cromi, A., Bogani, G., Serati, M., et al. Vaginal cuff closure after minimally invasive hysterectomy: our experience and systematic review of the literature. *AJOG*, 2011; 205: 119.e1-12. Power Morcellation and Occult Malignancy in Gynecologic Surgery, a Special Report, ACOG, May 2014.
10. Seminario, J., "Histerectomía Laparoscópica", *Rev Per de Ginecol Obstet*, 2009; 55: 93-99.
11. Garry R., Fountain, J., Mason S., Napp, V, Brown Hawe, J., Clayton, R., et al. "The evaluate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy", *BMJ*, 328(7432):129. 2004.
12. Paradiso, MF, Ridgewal B., Park AJ., Jlelovsek JE., Barber MD., Falcone T., et al., A randomized trial comparing conventional and robotically assisted total laparoscopic hysterectomy, in *AJOG*, 2013; 208 (5): 368 e1-7.

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto

Recursos	Costo Unitario en soles	Cantidad	Total
PERSONAL			
Investigador	Ad Honorem		Ad Honorem
Asesor de la Investigación	Ad Honorem		Ad Honorem
BIENES			
Lapiceros	1	10	10.00
Papel	25 x paquete de 1000 hojas	2 paquetes	60.00
USB	25.00	2	50.00
Revelado de fotos	0.60	36	31.00
SERVICIOS			
Asesoramiento	100.00	6	600.00
Digitado e Impresión	0.10	1000	100.00
Horas de Internet	1	60 horas	60.00
Empastados	5	2	10.00
Movilidad y viáticos	30 x día	4	120.00
Otros			
TOTAL			S/. 1041.00

Cronograma

Actividades	2019			
	Enero	Febrero	Marzo	Abril
1. Arqueo bibliográfico				
2. Elaboración del Marco Teórico				
3. Recolección de Datos				
4. Procesamiento de Datos				
5. Análisis de los Datos				
6. Revisión y corrección del borrador				
7. Presentación y publicación del informe				

8.- ANEXOS

-Ficha de recolección de datos

I. DATOS GENERALES:

1. Edad

a. 20 a 30 años

b. 31 – 40 años

c. 41 – 50 años

d. Más de 50 años

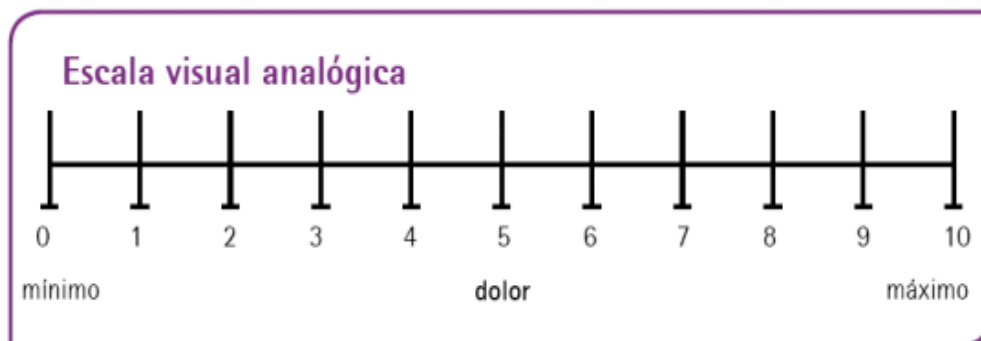
II. DATOS ESPECIFICOS

2. Técnica de Histerectomía

Histerectomía laparoscópica ()

Histerectomía vaginal ()

3. Evaluación del Dolor EVA : _____



4. Complicación

Complicaciones inmediatas (primeras 24 horas). ()

Complicaciones mediatas (del 2º al 7º día). ()

Complicaciones tardías (Después de una semana) ()

5. Tiempo de Recuperación

Horas: _____

Días: _____

6. Días de estancia hospitalaria: _____

7. Estancia hospitalaria prolongada

Si () No ()

8. Días de incapacidad: _____