

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

Área del conocimiento Ciencias Médicas

Área del conocimiento específica de Medicina



**Monografía para optar al título de
Médico general.**

Características clínicas y quirúrgicas de pacientes sometidas a histerectomía vaginal con patología benigna.

Autora:

Kimberling Katier Picado Blandón.

carnet:

19-00238-0

Tutores:

Dr. German Román Bravo.

Especialidad en ginecología y obstetricia.

Subespecialista en urología ginecológica.

Alta especialidad en cirugía de mínima invasión.

Asesor metodológico:

Dr. Luis Blanco

León, diciembre del 2024.

2024: 45/19 ¡La patria, La Revolución!

Índice

Tabla de contenido

Resumen.....	3
Introducción	4
Antecedentes	5
Justificación	6
Planteamiento del problema	7
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
MARCO TEÓRICO	9
DISEÑO METODOLÓGICO	14
Resultados	20
Discusión	30
Conclusión	37
Recomendaciones.....	38
Bibliografías.....	39
ANEXOS.	43
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	44

Resumen

Objetivo: identificar las características clínicas y quirúrgicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal con patología benigna.

Métodos: se realizó un estudio de serie de casos descriptivo en 75 pacientes sometidas a histerectomía vaginal con patología benigna entre los años 2021-2022, que se realizó mediante una ficha de recolección de datos, con datos personales, antecedentes familiares y personales, antecedentes ginecobstétricos y datos quirúrgicos, la información se obtuvo por medio de expedientes clínicos, se analizó los datos en el programa SPSS y se reportan los resultados de las frecuencias y porcentajes de las tablas de contingencia.

Resultados: la edad fue entre los 40 y 60 años. El diagnóstico operatorio que con mayor frecuencia se presentó fue el prolapso de órganos pélvicos con el (84%), presentándose principalmente en mujeres multiparas en el (53%) y con antecedentes de obesidad en el (59%), se analizó también el tiempo quirúrgico en la histerectomía vaginal era <2 horas en el 60% y una pérdida hemática entre 100-200cc en el (79%) de los casos, lo que indica que hay un índice bajo de complicaciones en este tipo de histerectomía.

Conclusiones: todas las características clínicas y quirúrgicas de las histerectomías vaginales presentadas en el estudio se registran con gran frecuencia, demostrando que el prolapso de órganos pélvicos es la causa más frecuente como características quirúrgicas y el antecedente de pacientes multigestas como característica clínica.

Palabras claves: Histerectomía vaginal, características clínicas y quirúrgicas, prolapso de órganos pélvicos.

Introducción

La histerectomía es una de las técnicas quirúrgicas más frecuentemente empleadas para tratar patologías uterinas benignas, como el prolapso de órganos pélvicos (POP), miomatosis uterina, y otras condiciones ginecológicas. (2)

A nivel mundial, se estima que una de cada nueve mujeres será sometida a una histerectomía antes de los 64 años. Entre los procedimientos ginecológicos, la histerectomía representa la segunda causa de intervenciones quirúrgicas en mujeres, lo que subraya su importancia clínica y su impacto en la salud femenina. Existen diferentes abordajes quirúrgicos para realizar una histerectomía, los cuales incluyen la histerectomía abdominal (HA), la histerectomía total laparoscópica (HTL), la histerectomía vaginal (HV) y la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL) (3). La elección de la vía quirúrgica depende de múltiples factores como la indicación clínica, el tamaño del útero, las condiciones anatómicas, las comorbilidades de la paciente, y los riesgos asociados al procedimiento. En este sentido, la histerectomía vaginal ha ganado popularidad debido a su menor tiempo operatorio, menor pérdida sanguínea y rápida recuperación postoperatoria. Diversos estudios han demostrado que la histerectomía vaginal tiene ventajas sobre otros abordajes, especialmente en pacientes con antecedentes de partos vaginales y úteros de tamaño moderado. Este tipo de procedimiento también se asocia con una menor estancia hospitalaria y un retorno más rápido a las actividades cotidianas. (4)

Sin embargo, existen debates continuos entre los ginecólogos sobre la mejor vía quirúrgica, ya que la histerectomía laparoscópica ofrece una visualización detallada, aunque conlleva un mayor tiempo quirúrgico y un riesgo incrementado de complicaciones, como lesiones en las vías urinarias. (5)

El presente estudio tiene como objetivo describir las características clínicas y quirúrgicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal por patologías benignas en el Hospital de Occidente de Nicaragua durante los años 2021-2022. A través de este análisis, se espera generar evidencia que contribuya al mejor entendimiento del perfil clínico y quirúrgico de estas pacientes, a su vez, ayude a optimizar el manejo de este tipo de intervenciones.

Antecedentes

En 2017, Chung A desarrollo un estudio en Perú con el objetivo de determinar cuáles son las complicaciones de histerectomía en relación a su vía de abordaje, tanto vía abdominal versus la vía vaginal en el hospital III Essalud de Iquitos; el estudio dio como resultado una edad promedio de las pacientes fue de 46 años y que la vía de abordaje que presentó mayores complicaciones fue la vía abdominal con un 19 % comparada con la vía vaginal que presento un 15% de complicaciones. (1)

En 2013, Pasmíño R, desarrollo un proyecto en Ecuador, con el fin de determinar las principales causas de histerectomía vaginal e histerectomía abdominal en un hospital de Ecuador, en el periodo de tiempo del año 2013. La investigación mostro como resultado que un 14% se emplearon por vía vaginal y un 86% por vía abdominal, siendo la miomatosis uterina la principal causa de histerectomía abdominal y el prolapso de órganos uterino la causa principal de histerectomía vaginal.(2)

En 2013, Miranda C, realizo una investigación en Ecuador con el propósito de identificar el impacto que tiene la histerectomía en la vida de las pacientes de 35 a 55 años en el hospital Alfredo Noboa Montenegro, la investigación concluyo que 44 años es la edad promedio, 60% de este grupo eran casadas, 46% tenían como escolaridad primaria y el 6% tiene la calidad de vida muy buena, demostrando que la histerectomía afecta considerablemente la vida de las pacientes. (3)

Justificación

La presente investigación tiene como objetivo proporcionar datos de estadística a los especialistas del área de salud del servicio de ginecología, sobre la presencia de características clínicas y quirúrgicas, que por su prevalencia se presentan con mayor regularidad en la clínica de las pacientes histerectomizadas por vía vaginal, con diagnóstico de patología benigna. Por tal razón, también esta investigación busca beneficiar a la población de estudiantes en medicina para que pueda servir de inspiración para los proyectos futuros en general y haciendo énfasis en la población femenina para identificar el comportamiento clínico, los riesgos quirúrgicos y/o post operatorios en estas pacientes.

Una de los principales objetivos que me motivó a realizar este estudio, fue ver la cantidad de pacientes que se someten a histerectomía vaginal, también observar las ventajas que tiene esta vía quirúrgica en comparación a otros tipos de histerectomía. Así mismo, se tiene como propósito tratar de llenar el vacío de información que existe sobre este tema a nivel nacional e internacional sobre el comportamiento clínico de las pacientes histerectomizadas por vía vaginal tomando principalmente en cuenta la vía de abordaje vaginal de acuerdo a su diagnóstico.

Y por último, esta investigación aporta conocimientos a la línea de investigación de procedimientos quirúrgicos UNAN, león.

Planteamiento del problema

La histerectomía ha sido considerada uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes a nivel mundial, aumentando así el número de pacientes histerectomizadas y aunque esta intervención quirúrgica es muy común existen pocas investigaciones en la actualidad, por tal razón es importante estudiar la identificación y descripción de las características clínicas que pueden llegar a presentar las pacientes por histerectomía vaginal porque es de vital importancia para su pronóstico y su recuperación, ya que cada vez se presenta en mayor cantidad.

Así mismo, es más frecuente tomar la decisión de realizar la intervención quirúrgica por vía vaginal, tomando en cuenta sus ventajas, lo que me lleva a preguntarme

¿Cuáles son las características clínicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el servicio de ginecología de un Hospital del occidente de Nicaragua en los años 2021-2022?

Objetivo general

Identificar las características clínicas y quirúrgicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal con patología benigna en el servicio de ginecología en un hospital de accidente de Nicaragua en los años 2021-2022.

Objetivos específicos.

1. Mencionar las características sociodemográficas y antecedentes clínicos de la población de estudio.
2. Analizar las características clínicas las pacientes sometidas a histerectomías vaginales en el servicio de ginecología.
3. Analizar las características quirúrgicas de las pacientes sometidas a histerectomías vaginales en el servicio de ginecología.

MARCO TEÓRICO

• HISTORIA DE LA HISTERECTOMÍA

Visto de una perspectiva histórica la histerectomía se inicia en el siglo V a.c, en la época de Hipócrates. Las primeras histerectomías fueron por vía vaginal por indicación de prolapso o inversión del útero. El éxito de la cirugía se basaba en el control de la hemorragia, el dolor y las infecciones asociadas. De igual manera, las ligaduras se usaban para ocluir los vasos sangrantes ya en 1090. Las histerectomías vaginales se llevaron a cabo esporádicamente entre los siglos XVII y XVIII. la primera histerectomía realizada fue vía vaginal por Conrad Langenbeck en 1813 y los primeros intentos de histerectomía vaginal se realizaron por causas de leiomiomas que a la vez se llegaban a presumir de quistes de ovarios, posteriormente ME Dowell, en los estados unidos y de Emiliami en Europa durante 1815, Washignton L. Atlee, de Ilancaster, Peennsylvania realizó a primera miomectomia abdominal, donde se obtuvieron resultados exitosos en 1844, siendo la hemorragia post operatoria la complicación con mayor frecuencia mortal. (10)

De esta manera, en las primeras décadas del siglo XX la histerectomía se convirtió en el tratamiento empleado para tratar enfermedades ginecológicas, la primera histerectomía total abdominal se le atribuye a Edward H. Richardson, su técnica fue aplicada por primera vez en 1929, introduciendo transformaciones evolutivas a la metodología mediante progresos tecnológicos. La primera histerectomía vaginal por laparoscopia fue realizada por Harry Reich en 1989 y la primera histerectomía laparoscópica total realizada en 1933.(10)

• ANATOMÍA DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL.

la histerectomía vaginal se lleva a cabo sobre estructuras idénticas a la histerectomía abdominal y laparoscópica, pero a diferencia la histerectomía vaginal ésta se realiza sobre un abordaje inverso. (11)

- la vejiga: la tracción sobre el cérvix durante la histerectomía vaginal tiene como objetivo tirar el fondo vesical y provocar un espesamiento del septo vesicouterino a fin de evitar lesiones en la vejiga.
- espacios: se identifican seis espacios parietales (dos mediales y cuatro laterales) y dos espacios intervesicales o tabiques siendo estos:
 - El espacio retropubiano 8espacio de Retzius).
 - Dos fosas paravesicales.
 - Dos fosas pararectales.
 - El espacio retrorectal.

- El espacio o septo vesico vaginal y vesicouterino,
- El espacio rectovaginal.
- fascias: es un plano de tejido conectivo en el cual se envuelven tanto vísceras como músculos. las fascias pelvianas están representadas por las fascias viscerales y la fascia del diafragma pélvico.
- ligamentos: los ligamentos viscerales sirven de refuerzo al tejido celular pelviano y se dividen en dos grupos:
 - ligamentos laterales: constituido por los ligamentos sagitales, ligamento vesical y el ligamento rectal.
 - ligamentos sagitales: comprenden los nervios del plexo hipogástrico. están constituidos por los ligamentos uterosacros y los ligamentos vesicouterinos que constituyen los pilares internos de la vejiga.
- suelo pélvico: está conformado por dos capas fibromusculares, siendo el diafragma pélvico y el diafragma urogenital. (11)

• **TÉCNICA QUIRÚRGICA DE HISTERECTOMÍA**

1. se coloca a la paciente en posición de litotomía, con los músculos en flexión, los glúteos sobresaliendo al borde de la mesa con las piernas extendidas.
2. se fijan los labios menores a la piel contiguo al muslo y la orquilla vaginal para brindar una mejor visión del campo quirúrgico se fija en sitio del perineo que proporcione una tracción adecuada, sin desgarrar los tejidos.
3. se introduce una valva de peso. cuya función es la presión de la pared posterior de la vagina y así facilitar la tracción del cérvix, esto mediante una pinza.
4. con respecto a la tracción del cérvix se efectúa a tres o cuatro milímetros por debajo de la vejiga, para evitar lesionarla. la pared anterior de la vagina junto a la vejiga, se debe separar del útero mediante tijeras para poder entrar al espacio vesicocervical que está limitado a los lados por los ligamentos vesicouterinos que son seccionados y ligados.
5. se lleva hacia arriba el cérvix, tratando de visualizar la cara posterior de la vagina, la cual secciona transversalmente a la vez uniéndola lateralmente con la anterior.

6. se tracciona el utero hacia arriba y hacia el lado opuesto tomándose con una pinza de Heaney los ligamentos uterosacros y cardinal del lado izquierdo para ser seccionados.
7. los vasos uterinos se toman con una pinza junto con una parte del ligamento ancho, se cortan y se realiza un punto con catgut crómico, anudándose y se cortan los cabos repitiéndose el procedimiento en el lado opuesto.
8. al nivelar el cuerpo uterino, pasándolo por el saco de fondo anterior o posterior, se libera el útero mediante el corte con tijeras y se utilizan suturas de transfixión. y estos pasos se realizan con el lado contrario para que el utero quede totalmente extirpado.
9. se procede a reparar el cistocele y finalmente se cierra la pared vaginal anterior con una serie de suturas discontinuas. (12)

- **INDICACIÓN PARA HISTERECTOMÍA VAGINAL**

Las indicaciones para el procedimiento quirúrgico a través de la vía vaginal son de amplia aceptación en la actualidad, por sus beneficios tanto quirúrgicos como personales del médico y la paciente.

- el prolapso uterino: es la protusión de los órganos pélvicos en el canal vaginal o hacia afuera de este, en consecuencia del fallo de estructuras de soporte y sustentación. (13)
 - sangrado uterino anormal: se presenta con mayor frecuencia en la consulta ginecológica, puede afectar a todas las mujeres en cualquier edad, pero existe una mayor prevalencia en mujeres que están en los límites de la edad reproductiva. (14)
 - fibroma uterino: está indicada la histerectomía vaginal solo cuando existen tumores muy pequeños y sintomáticos uno de ellos puede ser el fibroma submucoso, que puede llegar a producir sangramientos importantes en ciertas ocasiones. (15)
 - Esterilización quirúrgica: a pesar de que existen diferentes métodos y más sencillos para este procedimiento, cuando se presenta una difusión uterina concomitante, la histerectomía por vía vaginal como método de esterilización quirúrgico suele una excelente opción si se cumplen todos los requisitos. (16)

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR VIA VAGINAL.

- **Edad:** la edad seleccionada para el incremento de complicaciones de histerectomía es la edad avanzada, esto se debe a las patologías médicas que pueden presentar este grupo población, tales como problemas cognitivos, malnutrición, limitaciones funcionales y fragilidad. así mismo, se debe valorar que no es el único criterio para rechazar una cirugía, siempre se debe de buscar la vía de abordaje en la que haya una disminución del riesgo de morbilidad. (17)
- **etnicidad:** las indicaciones de histerectomías son más comunes en las mujeres de raza negra que en las mujeres de raza blanca, ya que también ellas tienen un ritmo de crecimiento más acelerado. (18)
- **Menarca:** en el riesgo de ser histerectomizada con patología benigna influyen la menarca a temprana edad y en las mujeres postmenopausicas. (18).
- **Nuliparidad:** estudios demuestran que en la histerectomía que hay un mayor riesgo de complicaciones globales, como el sangrado y un tiempo operatorio superior para mujeres nulíparas.(19)
- **Factores hormonales endógenos:** en relación a la Menarca de temprana edad es mayor el riesgo para desarrollar patologías benignas para un histerectomía.
- **Peso:** la mujer que se somete a una histerectomía y tiene obesidad puede llegar a presentar diferentes efectos adversos que altera el post operatorio, como infecciones, trombo embolismo venoso y complicaciones de la herida, que en comparación de las mujeres de peso normal que presentan menos efectos adversos. (20)
- **Antecedentes personales patológicos:** la existencia de diversas comorbilidades cardiacas, neurológicas, hepáticas, pulmonares o renales incrementan el riesgo de complicaciones perioperatorias en un gran números de procedimientos quirúrgicos.(21)
- **antecedentes no patológicos:** estudios demuestran que pacientes fumadoras activas tienen mayor riesgo de complicaciones post operatorias y el abandono del tabaco antes de la cirugía puede ayudar considerablemente a evitar complicaciones. (22)
- **Profilaxis antibiótica:** en procedimientos que afecten el aparato reproductor y puedan contaminar la cavidad peritoneal por la vagina debe administrarse antibiótico terapia profiláctica. (23)
- **Anestesia:** la histerectomía vaginal en general, se realiza con mayor frecuencia con anestesia neuroaxial (intradural o peridural) asociándola a sedación si se es necesario. este tipo de anestesia beneficiara a la paciente en su post operatorio ya que producirá relación y una analgesia

rápida y eficaz, así mismo permitirá la ventilación espontánea y un control del dolor en las siguientes 12 horas del post operatorio. (24)

- **Tamaño y accesibilidad del útero:** por lo general la vía vaginal es utilizada con mayor frecuencia para úteros pequeños y móviles, algunos autores proponen una contraindicación para esta vía cuando hay presencia de un arco púbico o una vagina estrecha, un útero poco móvil que no desciende o la nuliparidad. (25, 26)
- **Cirugías pélvicas previas:** la presencia de una cirugía previa no es una contraindicación para histerectomía vaginal pero si se debe tomar en cuenta la existencia de una cicatriz en el segmento uterino inferior, ya que puede aumentar el riesgo de lesiones vesicales, incremento del sangrado, así mismo puede existir un fracaso de la histerectomía vaginal. (27)

DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de estudio

Estudio serie de casos

Área de estudio:

Las pacientes a analizar pertenecen al servicio de ginecología de un Hospital del occidente de Nicaragua

Periodo

Enero del año 2021 hasta diciembre del año 2022.

Población de estudio:

Conformado por 75 pacientes que fueron hysterectomizadas por vía vaginal en el periodo de estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes hysterectomizadas que presenten una patología maligna.

Fuente de Datos

La información es una fuente secundaria ya que son obtenidas a través de expedientes clínicos de pacientes hysterectomizadas por vía vaginal.

Instrumento:

El instrumento de recolección de datos fue elaborado por la investigadora y el jefe del departamento de Ginecología y Obstetricia, el cual está dividido por segmentos de acuerdo al expediente clínico, entre ellos están: datos personales, los antecedentes familiares y antecedentes personales patológicos, datos gineceo-obstétricos, datos quirúrgicos. Ver anexo 1.

Procedimiento de recolección de Datos:

Una vez identificado el expediente clínico se tomaron los datos del mismo y se pasaron a la ficha.

Operacionalización de Variables.

Variable	Definición	Escala
Edad	Edad cumplida en años.	<40 años 40 a 60 años >60 años
Etnia	Grupo de personas que comparten características culturales, lingüísticas, etc.	Mestizo. Misquitos. Sumos. Otros
Procedencia	Lugar donde reside actualmente.	Urbano. Rural.
Estado civil	Situación legal con respecto a si tiene o no pareja.	Soltera. Casada. Divorciada. Viuda.
Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña en el día a día.	Ama de casa Comerciante Farmacéutica Abogada Contadora Manicurista Bióloga
Índice de masa corporal	Es el peso de una persona en kilogramos, dividido por el cuadrado de la altura en metros.	<18.5 bajo peso 18.5- 24.9 normal 25- 29.9 sobrepeso >30 obesidad
Antecedentes personales patológicos	Grupo de enfermedades que padeció o padece la persona.	- Si. Diabetes mellitus tipo 2. Hipertensión arterial crónica. Hipertensión arterial crónica+ diabetes mellitus. Hipertensión arterial crónica +hipotiroidismo . Hipotiroidismo. Enfermedad renal crónica.

		Enfermedad renal crónica + hipertensión arterial crónica. Enfermedad renal crónica + diabetes mellitus. Insuficiencia venosa profunda. - No.
Antecedentes no patológicos	Serie de acciones que pueden repercutir en la salud persona.	- Si: Fumar Alcohol Drogas Fármacos. - No
Antecedentes familiares patológicos	Enfermedades que afectan directamente a la familiar de la paciente.	Enfermedades infecto-contagiosas. - Si - No Enfermedades hereditarias. - Si - No
Menarca	Aparición de la primera menstruación	- 9 a 10 años - 11- 12 años - >3 años
IVSA	Inicio de vida sexual activa.	< 15 años 16 – 19 años >20 años
Gestas	Número total de embarazos, sin importar el resultado.	1 2-3 >4
Parto vaginal	Total de partos por vía vaginal.	Si 1 2-3 >4 No.

Cesáreas	Intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen y en el útero	Si 1 2-3 >4 No
Menopausia	Cese permanente de la menstruación, determinado después de los 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas.	Si No
PAP	Procedimiento en el cual se utiliza un citocepillo con el objetivo de extraer células de la superficie del cuello uterino y el área que la rodea.	Si Resultados: No hay Evidencia de Lesión Intraepitelial y de Células Malignas Atipia Escamosa de Significado Indeterminado (ASC-US) No se Descarta Lesión de Alto Grado (ASC-H) Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LEIBG) Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto grado (LEIAG) Lesión Intraepitelial de Alto Grado con Sospecha de invasión Carcinoma de Células Escamosas Invasor Anomalías Epiteliales Glandulares: Atipia Glandular Sin Otra Especificación (NOS)

		Atipia Glandular No se Descarta Neoplasia Endocervical Atipia Glandular No se Descarta Neoplasia Endometrial Adenocarcinoma In Situ (AIS) Adenocarcinoma Invasor NO
Indicación para histerectomía	Diagnóstico por la cual se llevó a cabo el procedimiento quirúrgico	Prolapso de órganos uterinos. Sangrado uterino anormal. Paridad satisfecha. Otros.
Valoración por anestesia	Valoración pre operatoria para valorar los riesgos quirúrgicos de la paciente.	Si No
Diferida por anestesia		Si No
Valoración por medicina interna.	Valoración pre operatoria para detectar condiciones clínicas a valorar en la cirugía de cada paciente.	Si No
Diferida		Si No
Tiempo quirúrgico	Duración en horas de la cirugía.	<1 hora. 1-2 horas. >2 horas.
Cantidad de sangre perdida.	Cantidad de sangre perdida durante una cirugía.	<100 cc 100-200 cc 301-750cc cc >750 cc
Tipo de anestesia	Tipo de anestesia que se administra para prevenir el dolor en la cirugía.	Anestesia general Bloqueo combinado Bloqueo epidural Bloqueo subdural Bloqueo peridural

		Bloqueo subaracnoideo Bloqueo regional
Profilaxis con antibiótico.	Fármacos para prevenir infecciones	Si : Cefazolina Ampicilina Cefazolina + ceftriaxona. No

Plan de análisis

Se realizó la recolección de datos de pacientes histerectomizadas por vía vaginal. Una vez obtenida la información se digitalizó en el programa SPSS 22 y se procedió a realizar el análisis de los datos establecidos, en el análisis univariado se describió las variables categóricas usando frecuencias absolutas y porcentajes y en las cuantitativas se utilizaran la media o (mediana) y con su desviación estándar (mínimo y máximo) y en el análisis bivariado se utilizó tablas de contingencia para investigar cómo se distribuyen las características clínicas según las características sociodemográficas, las características quirúrgicas según las sociodemográficas y por ultimo las características clínicas y quirúrgicas.

Aspectos éticos:

Se solicitó aprobación de la dirección del Hospital para realizar la investigación, manteniendo la confidencialidad de la información obtenida de los expedientes clínicos, pues que únicamente será utilizados con fines académicos.

Resultados

Gráfico 1. Distribución de la edad en pacientes sometidas a histerectomía vaginal.

De 75 pacientes histerectomizadas un poco más de la mitad de estas pacientes se encontraban en la edad pre menopaúsica y menopaúsica entre 40- 60 años, con una edad media de 57 años posiblemente debido a la mayor incidencia de patologías ginecológicas en esta etapa de la vida.

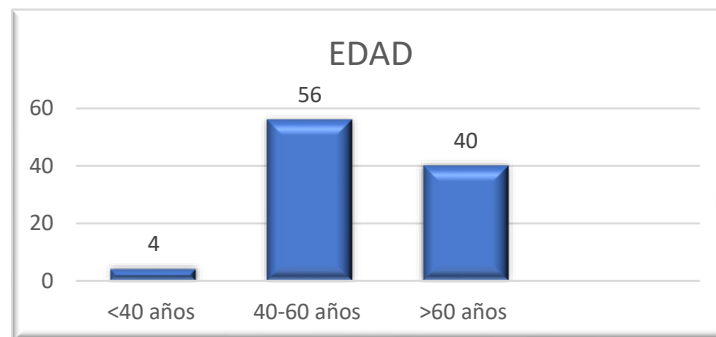


Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio. n=75

Se estudiaron (56%), que poseían el tipo de sangre más común 0+ (71%), estas pacientes vivían en el área rural de león (64%), solteras (37%) y ocupación de amas de casa (93%).

variable		Frecuencia	porcentaje
Sociodemográficas			
Edad Media: 57 años Min-max: 33-76 años	<40 años	3	4
	40-60 años	42	56
	>60 años	30	40
Procedencia	Urbano	27	36
	Rural	48	64
Estado civil	Soltera	23	37
	Casada	28	3
	Unión libre	17	31
	Divorciada	2	23
	Viuda	5	6
Ocupación	Agricultora	1	1
	Ama de casa	70	93
	Auxiliar de enfermería	1	1
	Comerciante	2	3
	Contadora	1	2

Grafico 2. Distribución del tipo de sangre en pacientes sometidas a histerectomía vaginal.

La mayoría de pacientes en el estudio tienen el tipo de sangre O+ en el 71% de los casos, esto podría tener implicaciones en términos de preparación de transfusiones y disponibilidad de sangre compatible.

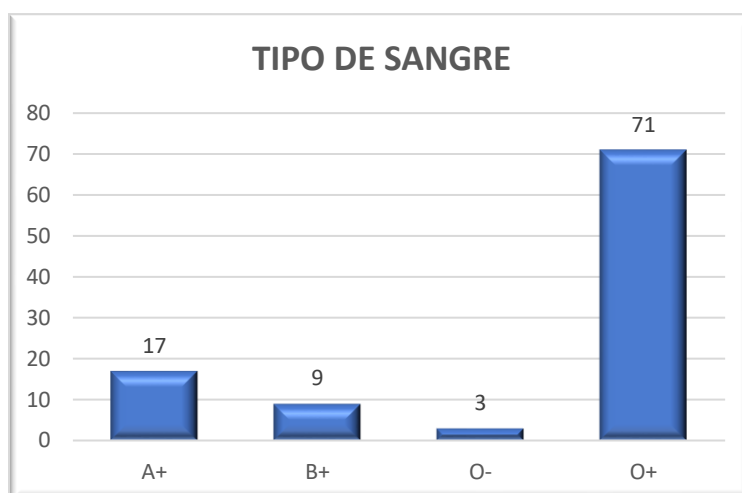


Grafico 3. Distribución del estado nutricional de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal.

Hay un incremento en la cantidad de pacientes que presentaban obesidad en el 49% de los casos, demostrando así un factor de riesgo predisponente para histerectomía vaginal.

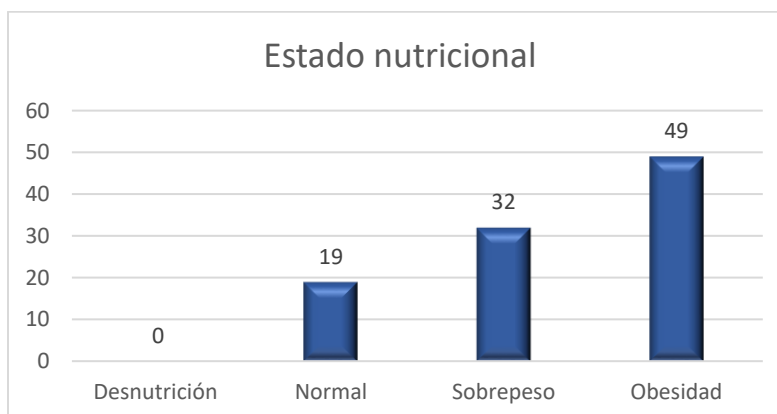


TABLA 2. Características clínicas de pacientes histerectomizadas**N=75**

En sus antecedentes gineco- obstétricos tuvieron una menarca mayor de los 13 años (76%) e iniciaron su vida sexual activa entre los 16- 19 años (45%), de 1- 2 cesáreas (11%), la mayoría sin abortos (61%), la mayoría eran mujeres en menopausia (71%), en su PAP no hubo evidencia de lesión intraepitelial y células malignas (79%). Con >4 gestas (53%) entre esas gestas tenían en su mayoría >4 partos vaginales.

Antecedentes clínicos		Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades crónicas	Diabetes mellitus +LES	1	1
	Diabetes Mellitus tipo 2	3	4
	Enfermedad renal crónica + Diabetes Mellitus tipo 2	1	1
	Enfermedad renal crónica +hipotiroidismo	1	1
	Hipertensión arterial crónica	16	21
	Hipertensión arterial crónica + Diabetes Mellitus	8	11
	Hipertensión arterial crónica + Enfermedad renal crónica	2	2
	hipotiroidismo	1	2
	Insuficiencia venosa profunda	1	2
	Ninguna	41	55
Antecedentes no patológicos	Si	0	
	No	73	97

	Tabaquismo	2	3
Antecedentes familiares patológicos	Si		
	No		100
Menarca	9-10 años	4	5
	11-12 años	14	19
	>13 años	57	76
IVSA	<15 años	7	9
	16-19 años	52	69
	>20 años	16	21
Gestas	1-2	7	9
	3-4	28	37
	>4	40	53
Parto vía vaginal	1-2	19	25
	3-4	22	29
	>4	34	45
Abortos	0	46	61
	1-2	26	35
	3-4	3	4
Cesáreas	0	66	88
	1-2	8	11
	3-4	1	3
Menopausia	Si	53	71
	No	22	29
Resultado de PAP	Atipia escamosa de significado indeterminado (ASC-US)	3	4
	Lesión escamosa intraepitelial de Alto grado (LEIAG)	1	1
	Lesión escmosa intraepitelial de bajo grado (leibg)	2	3
	No hay evidencia de lesión intraepitelial y de celulas malignas	59	79
	Sin resultados	10	13

Tabla 3. Características quirúrgicas de pacientes histerectomizadas n=75

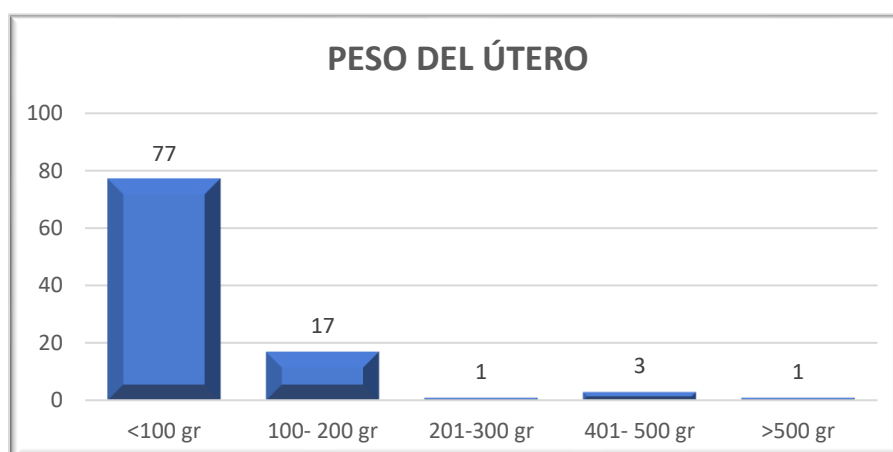
En las características quirúrgicas las pacientes histerectomizadas fueron a causa de un prolapso de órganos pélvicos (84%) con una duraban >2 horas en cirugía (60%), en su cirugía fueron anestesiadas por bloqueo subdural (37%) que en su mayoría tuvieron su profilaxis con antibiótico (99%), con una perdida sanguínea promedio de 100- 200 cc (79%) y estas pacientes estuvieron de 2 a 3 días hospitalizadas (72%)

Variable		frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico preoperatorio	Adenofibromioma endometrial	1	1
	Cérvix no factible de seguimiento asociado a VPH	1	1
	Miomatosis uterina	4	6
	Miomatosis uterina + POP	5	7
	Prolapso de órganos pélvicos	63	84
	Sangrado uterino anormal	1	1
Tiempo quirúrgico	<1 hora	6	8
	1-2 horas	45	60
	>2 horas	24	32
Tipo de anestesia	Anestesia general	3	4
	Anestesia regional	60	80
Profilaxis con antibiótico	Cefazolina	74	99
	Ceftriaxona	1	1
Cantidad de sangre perdida	<100 CC	6	8
	100-200 CC	59	79
	201-300 CC	9	12
	301-750 CC	1	1
Estancia hospitalaria	1 día	1	1
	2-3 días	54	72
	4-5 días	17	22
	>5 días	3	4
Peso del útero	<100 gr	58	77
	100- 200 gr	13	17

	201-300 gr	1	1
	401- 500 gr	2	3
	>500 gr	1	1

Gráfico 4. Distribución del peso del útero en pacientes sometidas a histerectomía vaginal.

Se muestra que la mayoría de los úteros extraídos en pacientes sometidas a histerectomía vaginal tienen un peso inferior a 100 gramos. Un menor porcentaje se encuentra en el rango de 100 a 200 gramos, y muy pocos superan los 200 gramos. Esto indica que la mayoría de las histerectomías en esta población implican úteros de peso bajo.



Características quirúrgicas en distribución según las características clínicas y sociodemográficas

En cuanto al tiempo quirúrgico, la mayoría de las cirugías (59.5%) duró entre 1 a 2 horas, independientemente del grupo etario. Respecto al estado nutricional, las pacientes con sobrepeso y obesidad tuvieron mayoritariamente tiempos quirúrgicos de 1-2 horas (66.7% y 59.5%, respectivamente), sin observarse un patrón significativo en relación con el estado nutricional. En cuanto a los antecedentes de cesárea, las pacientes con cesáreas previas tuvieron una mayor incidencia de tiempos quirúrgicos de 1-2 horas (60.6%) comparado con aquellas sin cesáreas previas (55.6%). El prolapso de órganos pélvicos predominó en tiempos quirúrgicos de 1-2 horas (63.2%), mientras que la miomatosis uterina y otros diagnósticos mostraron tiempos quirúrgicos más prolongados (>2 horas), con valor de $p=0.03$. En úteros de menos de 100 gramos presentaron mayoritariamente tiempos quirúrgicos de 1-2 horas (65.5%), en contraste con los de más de 200 gramos, que tuvieron tiempos superiores a las 2 horas (100%), con valor de $p=0.04$ (tabla 4).

Respecto a la cantidad de sangre perdida, no hubo diferencias significativas según edad, estado nutricional, presencia de enfermedades crónicas o antecedente de cesárea. La mayoría de las pacientes (78.7%) presentó un sangrado entre 100-200 cc. Se observó una tendencia a mayor sangrado en cirugías de más de 2 horas de duración, aunque esta asociación no alcanzó significancia estadística ($p=0.08$), vea tabla 5.

En relación con la estancia hospitalaria, el 73.3% de las pacientes permaneció entre 2 a 3 días, sin diferencias significativas por edad, estado nutricional o paridad. Sin embargo, aquellas con enfermedades crónicas tuvieron estadías más prolongadas, con un 35.3% permaneciendo entre 4-5 días versus sólo un 12.2% en pacientes sanas ($p=0.03$). También se observó una asociación significativa con la cantidad de sangrado intraoperatorio, donde un 20% de las mujeres con pérdidas de 201-300 cc tuvo estancias mayores a 5 días, en contraste con sólo un 1.7% en aquellas con sangrado de 100-200 cc ($p=0.04$), véase tabla 5.

Tabla 4. Duración del tiempo quirúrgico según variables demográficas y características clínicas de las pacientes.

		Tiempo quirúrgico						
		<1 hora		1-2 horas		> 2 horas		
		n	%	n	%	n	%	P
Grupo de edad	< 40 años	1	33,3	2	66,7	0	0	0.47
	40-60 años	3	7,1	25	59,5	14	33,3	
	>60 años	2	6,7	18	60	10	33,3	
Estado Nutricional	Normopeso	1	7,1	7	50	6	42,9	0.85
	Sobrepeso	2	8,3	16	66,7	6	25	
	Obesidad	3	8,1	22	59,5	12	32,4	
Cesárea	No	1	11,1	5	55,6	3	33,3	0.64
	Si	5	7,6	40	60,6	21	31,8	
Diagnóstico preoperatorio	Miomatosis uterina	0	0	1	25	3	75	0.04
	POP	5	7,4	43	63,2	20	29,4	
	Otros diagnósticos	1	33,3	1	33,3	1	33,3	
Peso del útero	< 100 gramos	4	6,9	38	65,5	16	27,6	0.03
	100- 200 gramos	2	15,4	7	53,8	4	30,8	
	+ 200 gramos	0	0	0	0	4	100	

POP: Prolapso de órganos pélvicos.

Tabla 5. Pérdidas sanguíneas durante la cirugía según datos clínicos y quirúrgicos de las pacientes

			Cantidad de sangre perdida						P
			<100 CC		100-200 CC		201-300 CC		
			n	%	n	%	n	%	
Grupo de edad	< 40 años	1	33,3	2	66,7	0	0	0.45	
	40-60 años	2	4,8	34	81	6	14,3		
	>60 años	3	10	23	76,7	4	13,3		
Estado Nutricional	Normopeso	0	0	11	78,6	3	21,4	0.52	
	Sobrepeso	2	8,3	18	75	4	16,7		
	Obesidad	4	10,8	30	81,1	3	8,1		
Enfermedades crónicas	Si	2	5,9	28	82,4	4	11,8	0.75	
	No	4	9,8	31	75,6	6	14,6		
Cesáreas previas	Si	0	0	8	88,9	1	11,1	0.60	
	No	6	9,1	51	77,3	9	13,6		
Diagnóstico prequirúrgico principal	Miomatosis uterina	0	0	3	75	1	25	0.28	
	POP	5	7,4	55	80,9	8	11,8		
	Otros diagnósticos	1	33,3	1	33,3	1	33,3		
Tiempo quirúrgico	<1 hora	0	0	6	100	0	0	0.08	
	1-2 horas	6	13,3	34	75,6	5	11,1		
	> 2 horas	0	0	19	79,2	5	20,8		
Peso del útero	< 100 gramos	4	6,9	46	79,3	8	13,8	0.729	
	100- 200 gramos	2	15,4	10	76,9	1	7,7		

+ 200 gramos	0	0	3	75	1	25
--------------	---	---	---	----	---	----

POP: Prolapso de órganos pélvicos

Tabla 6. Factores clínicos y quirúrgicos que influyen en los días de estancia hospitalaria

		Días de estancia hospitalaria						
		2-3 días		4-5 días		+ 5 días		p
		n	%	n	%	n	%	
Grupo de edad	< 40 años	3	100	0	0	0	0	0.74
	40-60 años	31	73,8	10	23,8	1	2,4	
	>60 años	21	70	7	23,3	2	6,7	
Estado Nutricional	Normopeso	11	78,6	1	7,1	2	14,3	0.14
	Sobrepeso	17	70,8	7	29,2	0	0	
	Obesidad	27	73	9	24,3	1	2,7	
Gestas	1-2	7	100	0	0	0	,0	0.52
	3-4	19	67,9	8	28,6	1	3,6	
	>4	29	72,5	9	22,5	2	5,0	
Enfermedades crónicas	Si	20	58,8	12	35,3	2	5,9	0.03
	No	35	85,4	5	12,2	1	2,4	
Tiempo quirúrgico	<1 hora	5	83,3	1	16,7	0	,0	0.62
	1-2 horas	35	77,8	8	17,8	2	4,4	
	> 2 horas	15	62,5	8	33,3	1	4,2	
Cantidad de sangre perdida	<100 CC	6	100	0	0	0	0	0.04
	100-200 CC	43	72,9	15	25,4	1	1,7	
	201-300 CC	6	60	2	20	2	20,0	
Tipo de anestesia	Anestesia general	9	60	6	40	0	0	0.15
	Anestesia raquídea	46	76,7	11	18,3	3	5,0	

Discusión

En este estudio se describen las características clínicas y quirúrgicas de las pacientes histerectomizadas en un hospital de occidente. En este, la histerectomía vaginal fue un procedimiento frecuente, con un total de 75 procedimientos entre los años 2021- 2022. En el desarrollo de este escrito, en los primeros párrafos se analizan los factores sociodemográficos, datos clínicos y antecedente ginecoobstétricos, en una segunda parte se discuten las variables quirúrgicas de mayor importancia, para finalmente ver la relación que existe entre el tiempo quirúrgico, la cantidad de sangrado y la estancia hospitalaria, además la asociación con las características generales de las pacientes.

Respecto a las características sociodemográficas de las pacientes que fueron tratadas con histerectomía vaginal se ubican en un grupo etareo (pre y menopausia) donde son prevalente las patologías que llevan a este procedimiento, como POP, miomatosis, entre otras. Yan y colaboradores confirman que este rango de edad es de riesgo para patologías genitourinarias y defectos del suelo pélvico (4). Los datos de edad difieren con un estudio realizado en india, en donde las mujeres eran más jóvenes, con una media de edad de edad de 34 años (5), también para , Chung A. 2017 con 46 años, pero sí coinciden Sirota et al 2019, en donde las pacientes tiene una media de edad similar a nuestro estudio de 57 años(6). Es posible que existan factores culturales que modifiquen la edad en que las pacientes que acuden a buscar atención para su problema del suelo pélvico y no necesariamente diferencias fisiológicas del individuo o en el acceso a la salud en estas regiones.

En este estudio, se observó alta prevalencia de sobrepeso u obesidad, este hallazgo es consistente con la literatura existente, que identifica la obesidad como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de patologías del suelo pélvico y otras condiciones ginecológicas benignas(7). Fisiopatológicamente la obesidad incrementa la presión intraabdominal lo que predispone al POP. Ciertos estudios reportaron cifras similares, mientras que estudios asiáticos, muestran una prevalencia menor, posiblemente debido a diferencias en estilo de vida y dieta(5).

El 21% de las pacientes presentaban hipertensión arterial, una cifra comparable a la encontrada en otros estudios. Esta patología aumenta el riesgo quirúrgico, complican el manejo postoperatorio, existiendo gran importancia en la evaluación preoperatoria en cada paciente (8).

Los hallazgos de la investigación coinciden con la teoría de que la histerectomía vaginal suele ser más factible e indicada en mujeres que han tenido partos vaginales previos (9). La paridad y el historial de partos vaginales de esta población de pacientes coinciden con varios estudios internacionales. Un estudio coreano realizado por Kim y cols. informaron que la paridad media de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal fue de 2 (rango 0-7) (10). De manera similar, un estudio que comparó los enfoques quirúrgicos para la histerectomía observó que las pacientes del grupo de histerectomía vaginal tenían una paridad media más alta en comparación con las de los grupos abdominal y laparoscópico(11).

Los resultados se pueden atribuir a varios factores, en primer lugar, la multiparidad y los partos vaginales se asocian con laxitud del suelo pélvico y prolapso uterino, que son indicaciones comunes para la histerectomía vaginal. En segundo lugar, las mujeres que han tenido partos vaginales anteriores suelen tener una vagina más espaciosa y una anatomía pélvica favorable, lo que hace que el abordaje vaginal sea técnicamente más fácil y seguro(12).

En las Características quirúrgicas la mayoría (60%) de las histerectomías vaginales realizadas tuvieron una duración quirúrgica superior a las 2 horas, que es más larga que los tiempos operatorios informados en algunos estudios internacionales. Al comparar los resultados con los de estudios internacionales, se encontró similitudes y diferencias. Una revisión sistemática se informó tiempos operatorios medios de entre 50 a 70 minutos para las histerectomías vaginales, que es considerablemente más corto que la duración observada en nuestro estudio (13). Sin embargo, un estudio retrospectivo de Sinha en 2019 encontró que el tiempo operatorio medio para las histerectomías vaginales fue de 107 minutos (14). La duración quirúrgica puede variar ampliamente dependiendo de la población específica de pacientes y de las técnicas quirúrgicas empleadas.

Varios factores podrían haber contribuido a la mayor duración de la cirugía del estudio, incluida la complejidad de los casos, la presencia de patologías adicionales, la necesidad de procedimientos concomitantes, la experiencia y la curva de aprendizaje de los médicos residentes, al ser un hospital escuela. A pesar de la mayor duración de la cirugía, es fundamental evaluar los resultados y los beneficios de la histerectomía vaginal en esta población.

Respecto a las pérdidas sanguíneas, la mayoría de las pacientes tuvieron una pérdida de sangre intraoperatoria de entre 100 y 200 cc. Este hallazgo es consistente con la pérdida de sangre reportada en varios estudios internacionales. Un estudio observacional prospectivo informó una pérdida de sangre media de $91,79 \pm 27,18$ ml durante la histerectomía vaginal sin descenso, que se encuentra dentro del rango observado en nuestro estudio(15). De manera similar un estudio encontró un sangrado de 100 ml, pero que fue superior cuando la histerectomía era vaginal(14). La pérdida de sangre relativamente baja en este estudio y se puede atribuir a las ventajas inherentes del abordaje vaginal. La histerectomía vaginal permite una mejor visualización y control de los vasos uterinos, lo que conduce a una menor pérdida de sangre en comparación con el abordaje abdominal. Sin embargo, es importante señalar que la pérdida de sangre durante la histerectomía puede variar dependiendo de varios factores, como el tamaño y la vascularización del útero, así como la presencia de adherencias.

Respecto al peso del útero, la mayoría de las pacientes tenían un útero <100 gramos. Esto corresponde a que la histerectomía vaginal, que es el abordaje preferido para afecciones uterinas benignas cuando el útero tiene un tamaño normal o está ligeramente agrandado. Diversos estudios han comparado los resultados de la histerectomía vaginal en distintas pacientes. El estudio de Tanacan y colaboradores(16), mostró que no habían diferencias en las complicaciones en las cirugías entre pesos uterinos menores a 100 g o mayores a 100g (rango 101-200g), así mismo otros autores obtuvieron una media de peso de $179,69 \pm 113,54$ g y afirmaban que el útero agrandado no fue un obstáculo significativo durante la cirugía, incluyendo extremos de 580g, pero con aumento significativo del tiempo

quirúrgico(16). El alto porcentaje de pacientes con pesos uterinos inferiores a 100 gramos en nuestro estudio sugiere que el servicio de ginecología de este hospital está seleccionando de manera eficaz a las candidatas adecuadas para la histerectomía vaginal. Esto es crucial, ya que intentar la histerectomía vaginal en pacientes con úteros significativamente agrandados puede aumentar el riesgo de complicaciones, como sangrado, lesión ureteral o conversión a histerectomía abdominal.

La estancia hospitalaria fue corta, 2 a 3 días, para la mayoría de las pacientes. La histerectomía vaginal es conocida por sus ventajas, que incluyen estadías hospitalarias más cortas y tiempos de recuperación más rápidos, lo que permite un retorno rápido a las actividades diarias de las paciente, que la mayoría son amas de casa. Al comparar nuestros resultados con los de estudios internacionales, encontramos tendencias similares en la duración de la estancia hospitalaria, que se han presentado una estancia hospitalaria media de 2 días para las pacientes sometidas a histerectomía vaginal (15,17). Otro estudio mostró una estancia mayor, con una media de 4.7 días para la HV, pero fue de 10.9 días en el caso de la HA(17). Aunque esta diferencia no aplica para la histerectomía laparoscópica total, donde los tiempos en ambos grupos son similares.(17, 18) y a la histerectomía mínimamente invasiva, en donde una publicación reportó que eran tiempos menores a la HV(19). La estancia hospitalaria corta se debe también posiblemente a la implementación de protocolos de recuperación mejorada después de la cirugía, como la movilización temprana, el manejo óptimo del dolor y apertura de la vía oral de manera precoz, que pueden haber contribuido a estos resultados.

Respecto a los tiempos quirúrgicos, las pacientes con diagnostico prequirúrgico de prolapso de órganos pélvicos tuvieron tiempos quirúrgicos menores, en comparación a la miomatosis uterina y otros diagnósticos, $p=0.03$ que demuestra una diferencia estadísticamente significativa. El POP, a menudo implica el descenso de las estructuras pélvicas, lo que puede facilitar el acceso y la manipulación durante la cirugía. Esto puede reducir la complejidad del procedimiento y dar lugar a tiempos quirúrgicos más cortos. En el estudio de Sinha (15), se informó que las

histerectomías vaginales para el prolapso generalmente tienen tiempos operatorios más cortos en comparación con las de los fibromas, lo que respalda los resultados. Esto es consistente con la comprensión de que las cirugías para el prolapso a menudo implican una menor disección de tejido y son técnicamente menos exigentes.

En úteros de menos de 100 gramos presentaron mayoritariamente tiempos quirúrgicos de 1-2 horas (65.5%), en contraste con los de más de 200 gramos, que tuvieron tiempos superiores a las 2 horas (100%), con diferencias estadísticamente significativas $p=0.04$. Esto es consistente con la literatura, se ha demostrado que el tamaño del útero es un factor crítico que influye en el tiempo quirúrgico. Una investigación reveló que los pesos uterinos más grandes se asocian con una mayor complejidad, duración quirúrgica y mayor sangrado, similar a nuestras observaciones(20).

Al analizar los factores asociados a la cantidad de sangre perdida, hubo mayor sangrado en cirugías ≥ 2 h, pero con valor de p no significativo. Es comprensible que las cirugías más prolongadas puedan asociarse con un mayor sangrado debido al tiempo adicional de manipulación quirúrgica y exposición de los tejidos. Sin embargo, la cantidad de sangrado también puede estar influenciada por otros factores. La relación entre la duración de la cirugía y la pérdida de sangre ha sido objeto de debate, algunos estudios han encontrado una correlación positiva(21), mientras que otros no han podido establecer una relación clara. Esto refleja la complejidad de los factores que influyen en el sangrado quirúrgico y la variabilidad entre diferentes contextos clínicos y poblaciones de estudio.

Sin embargo, aquellas con enfermedades crónicas tuvieron estadías más prolongadas, con un 35.3% permaneciendo entre 4-5 días versus sólo un 12.2% en pacientes sanas ($p=0.03$). Las comorbilidades crónicas pueden afectar la recuperación postoperatoria, estas condiciones pueden influir en la respuesta del paciente a la cirugía, la capacidad de curación, y el manejo del dolor, lo que puede extender la necesidad de hospitalización. Además, los pacientes con enfermedades

crónicas pueden requerir ajustes en su tratamiento farmacológico y un monitoreo de su PA, glicemia, electrolitos, ect, que en ocasiones posponen el alta tras estar alguno de ellos alterado.

También se observó una asociación significativa con la cantidad de sangrado intraoperatorio, donde un 20% de las mujeres con pérdidas de 201-300 cc tuvo estancias mayores a 5 días, en contraste con sólo un 1.7% en aquellas con sangrado de 100-200 cc ($p=0.04$). Un estudio en 2019, concluyo que a pesar de existir factores de riesgo y contraindicaciones, las cesáreas por vía vaginal tuvieron las misma estancia hospitalaria en comparación a las pacientes sin riesgo, lo que desafía los resultados obtenidos por esta investigación(22).

Es importante tener en cuenta que la duración de la estancia hospitalaria puede variar en función de factores individuales del paciente, como la edad, las comorbilidades y la presencia de complicaciones postoperatorias. En nuestro estudio, el 28% de los pacientes tuvieron una estancia hospitalaria superior a 3 días, lo que puede atribuirse a factores como la edad avanzada, un IMC más elevado o la aparición de complicaciones.

Fortalezas

Una de las principales fortalezas de este estudio es su carácter pionero en el país, lo que lo posiciona como un referente inicial en la investigación sobre histerectomías vaginales. Este estudio no solo genera conocimientos valiosos sobre las características y resultados de estas cirugías, sino que también establece una base para futuras investigaciones. Al explorar áreas como las complicaciones postoperatorias y el impacto social en las mujeres sometidas a histerectomía, el estudio abre la puerta a un análisis más profundo y detallado que puede guiar la práctica clínica y las políticas de salud.

Limitaciones

Durante el transcurso de la investigación, una de las principales limitaciones fue la recolección de datos, ya que no todos los expedientes clínicos contenían información completa. Esta falta de datos completos complicó la obtención de una recolección exhaustiva, lo que podría haber afectado los resultados del estudio. Para mitigar este problema en el futuro, es crucial que los hospitales prioricen la recopilación y el mantenimiento de expedientes clínicos detallados y precisos. Mejorar la calidad de los registros clínicos no solo facilitará investigaciones más precisas, sino que también mejorará la atención al paciente al proporcionar a los profesionales de la salud información más completa para la toma de decisiones.

Conclusión

- Las pacientes sometidas a histerectomía vaginal se encuentran principalmente en la etapa de pre y menopausia, con una alta prevalencia de obesidad y sobrepeso, factores que contribuyen al desarrollo de patologías del suelo pélvico. En los antecedentes patológicos resalta la prevalencia alta de hipertensión arterial.
- La mayoría de las cirugías tuvieron una duración superior a 2 horas, especialmente en casos con úteros mayores de 200 gramos. Sin embargo, los tiempos fueron significativamente menores en casos de prolapso de órganos pélvicos. La pérdida de sangre se mantuvo en niveles moderados, entre 100 y 200 cc, debido a las ventajas del abordaje vaginal.
- Se observó una estadía hospitalaria más prolongada en pacientes con enfermedades crónicas, en comparación a las pacientes sin comorbilidades, siendo estadísticamente significativo. La presencia de un mayor sangrado intraoperatorio se asoció con estancias intrahospitalarias más largas, destacando la necesidad de un manejo quirúrgico cuidadoso para optimizar la recuperación y minimizar complicaciones.

Recomendaciones

1. Dar a conocer el presente estudio a las autoridades del ministerio de salud, así como a las instituciones formadoras para que el estudio sirva de referencia a futuras generaciones
2. Fortalecer la formación y actualización médica en histerectomía vaginal: Se sugiere implementar programas de capacitación para ginecólogos y personal quirúrgico en técnicas modernas y seguras de histerectomía vaginal, destacando sus beneficios frente a otros abordajes quirúrgicos. Esto podría incluir talleres prácticos y simposios con especialistas en cirugía mínimamente invasiva.
3. Promover estrategias de prevención de patologías ginecológicas: Diseñar programas educativos para la población femenina enfocados en prevenir factores de riesgo como obesidad, multiparidad y comorbilidades (diabetes e hipertensión). Esto incluye charlas comunitarias y campañas en centros de salud.
4. Incorporar nuevas tecnologías y técnicas quirúrgicas: Explorar el uso de herramientas laparoscópicas asistidas en histerectomías vaginales para reducir tiempos operatorios y facilitar el manejo de casos complejos, como úteros de mayor tamaño o adherencias pélvicas.
5. Implementar cuidados postoperatorios optimizados: Adoptar protocolos de recuperación acelerada (ERAS, por sus siglas en inglés) que incluyan movilización temprana, manejo efectivo del dolor y alimentación precoz, con el fin de reducir los días de estancia hospitalaria y las complicaciones postquirúrgicas.
6. Evaluar el impacto psicológico y social de la histerectomía: Realizar estudios cualitativos para comprender cómo afecta este procedimiento la calidad de vida de las pacientes, enfocándose en aspectos emocionales, familiares y laborales.

Bibliografías

1. Chung, A. (2017). *Complicaciones de histerectomía según vía de abordaje abdominal versus vaginal en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital III Essalud Iquitos en el año 2016* [Tesis]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Facultad de Medicina Humana.
2. Miranda, C. (2013). *Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años de edad del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo febrero - agosto 2012* [Tesis]. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera Médica.
3. Espinosa, A. (2014). *Histerectomía obstétrica de emergencia: prevalencia, morbilidad y mortalidad materna en pacientes atendidas en el hospital de ginecología y obstetricia IMIEM durante el periodo de marzo 2010 a febrero 2013* [Tesis]. Universidad Autónoma, Facultad de Medicina.
4. Hoffman, B. L., Schorge, J. O., Schaffer, J. I., Halvorson, J. L., Bradshaw, K. D., & Cunningham, F. G. (2014). *Williams ginecología* (2a ed.). McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
5. Yan, W., Li, X., Sun, S., Xiang, Y., Zhou, Y., Zeng, X., et al. (2018). Risk factors for female pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 43(12), 1345-1350.
6. Shekhar, C., Paswan, B., & Singh, A. (2019). Prevalence, sociodemographic determinants and self-reported reasons for hysterectomy in India. *Reproductive Health*, 16(1), 118.
7. Sirota, I., Tomita, S. A., Dabney, L., Weinberg, A., & Chuang, L. (2019). Overcoming barriers to vaginal hysterectomy: An analysis of perioperative outcomes. *Journal of Turkish German Gynecology Association*, 20(1), 8-14.
8. Serrano Piedra, J. J. (2015). *Prevalencia y factores asociados de histerectomía en mujeres de 20 a 65 años en el Hospital Teófilo Dávila de Machala de febrero a julio de 2015* [Tesis de grado]. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Prevalencia-y-factores-asociados-de-histerectom%C3%ADa-a-Piedra-Jos%C3%A9./eac730674b3be3b6f88c2de9ed2d3197809d264d>
9. Giri, A., Hartmann, K. E., Hellwege, J. N., Velez Edwards, D. R., & Edwards, T. L. (2017). Obesity and pelvic organ prolapse: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(1), 11-26.e3.

10. Thompson J, Warshaw J. Ginecología quirúrgica. Te Linde. Histerectomía. 9na. Edición: Editorial Panamericana; 2008.
11. Naveiro Complicaciones de la histerectomía en función de su vía de abordaje y otros factores. [Dissertation]. Granada, Universidad de Granada. Tesis doctorales; 2018. 236p
12. Walters MD, Ferrando C. Hysterectomy: Selection of surgical route (benign indications) [Internet]. UpToDate; diciembre 2021 [acceso: 20 enero 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/hysterectomy-for-benign-indications-selection-of-surgical-route> [Links]
13. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica: prolapso genital [Página principal en Internet] Madrid: SEGO; 2013 [actualizado junio]
14. ML Marnach *et al.* Evaluación y tratamiento del sangrado uterino anormal. Mayo Clin Proc (2019)
15. RODRIGUEZ HIDALGO, Nelson. La histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso: indicaciones, técnica y recomendaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [online]. 1995, vol.21, n.1. ISSN 0138-600X.
- 16.
17. Finlayson EV, Birkmeyer JD. Operative mortality with elective surgery in older adults. *Eff Clin Pract.* 2001;4:172-7
18. Morales Calero MA, Perez Arguello HA. Complicaciones transoperatorias mas frecuentes en mujeres sometidas a histerectomías por miomatosis uterine en el Hospital Bertha Calderón Roque en el period de Julio - Diciembre del 2016. [Tesis doctoral]. Managua- Nicaragua. Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, UNAN MANAGUA. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/9688/1/98773.pdf>
19. Lindquist SAI, Shah N, Overgaard C, Torp-Pedersen C, Glavind K, Larsen T, *et al.*
Association of previous cesarean delivery with surgical complications after a hysterectomy later in life. *JAMA Surg.* 2017;145:1148-55.
20. A.L. Hawkes, M. Quinn, V. Gebiski, J. Armes, D. Brennan, M. Janda, *et al.* Improving treatment for obese women with early stage cancer of the uterus: rationale and design of the levonorgestrel intrauterine device +/- metformin +/- weight loss in endometrial cancer (feMME) trial. *Contemp Clin Trials.*, 39 (2014), pp. 14-21

21. Inokuchi M, Kato K, Sugita H, Otsuki S, Kojima K. Impact of comorbidities on postoperative complications in patients undergoing laparoscopy-assisted gastrectomy for gastric cancer. *BMC Surg.* 2014;14:97.
22. Gronkjaer M, Eliassen M, Skov-Ettrup LS, Tolstrup JS, Christiansen AH, Mikkelsen SS, et al. Preoperative smoking status and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg.* 2014;259:52-71
23. Vega, J., Donis, R. C., Morales, E. Y. R., Ovando, A., Robles, E. P. R., Vadillo, M. A. P., et al. (2010). Histerectomía por patología benigna: ¿abordaje vaginal, laparoscópico o abdominal? ¿una decisión basada en evidencia? *Situación actual en Guatemala*. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Histerectom%C3%ADa-por-patolog%C3%ADa-benigna%3A-%C2%BFabordaje-o-en-Vega-Donis/16fe8c66a7bf8378e6bb18f954a6cce960af5d98>
24. Azadi, A., Masoud, A. T., Ulibarri, H., Arroyo, A., Coriell, C., Goetz, S., et al. (2023). Vaginal hysterectomy compared with laparoscopic hysterectomy in benign gynecologic conditions: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 142(6), 1373-1394.
25. Kim, M. S., Noh, J. J., & Kim, T. J. (2021). Hysterectomy and adnexal procedures by vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (VNH): Initial findings from a Korean surgeon. *Frontiers in Medicine*, 7, 583147.
26. Takahashi, A., Uemura, M., Kitazawa, J., Nakata, M., & Hayashi, Y. (2020). Laparoscopic hysterectomy for benign pathology does not yield more perioperative complications than abdominal or vaginal hysterectomies: Our experience in introducing laparoscopic hysterectomy. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*, 9(4), 215-219.
27. Hong, C. X., Kim, E. K., Cardi, A. I., & Harvie, H. S. (2022). Vaginal hysterectomy performed under general versus neuraxial regional anesthesia: Comparison of patient characteristics and 30-day outcomes using propensity score-matched cohorts. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 28(3), e98-e102.
28. Pickett, C. M., Seeratan, D. D., Mol, W. B. J., Nieboer, T. E., Johnson, N., Bonestroo, T., et al. (2023). Surgical approach to hysterectomy for benign gynecological disease. *Cochrane Library*. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003677.pub6/full>
29. Sinha, R., Swarnasree, G., Rupa, B., & Madhumathi, S. (2019). Laparoscopic hysterectomy for large uteri: Outcomes and techniques. *Journal of Minimal Access Surgery*, 15(1), 8-12.
30. Kumari, K. L. D. B. L. G. N. R. (2021). Outcome of non-descent vaginal hysterectomy in benign gynecological condition. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 12(3), 96. Recuperado de

<https://openurl.ebsco.com/contentitem/doi:10.37506/ijphrd.v12i3.16042?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:doi:10.37506/ijphrd.v12i3.16042>

31. English, E. M., Bell, S., Kamdar, N. S., Swenson, C. W., Wiese, H., & Morgan, D. M. (2019). Importance of estimated blood loss in resource utilization and complications of hysterectomy for benign indications. *Obstetrics & Gynecology*, 133(4), 650.
32. Tanacan, A., Gunes, A. C., Unal, C., Usubutun, A., & Beksac, M. S. (2019). Impact of uterine weight on the surgical outcomes of vaginal hysterectomy. *Journal of Gynecologic Surgery*, 35(3), 184-189.
33. Pogoda, K. A., Malinowski, A., Majchrzak-Baczmanska, D., & Wosiak, A. (2021). The analysis of vaginal hysterectomy results depending on the uterine size. *Ginekologia Polska*, 92(5), 339-343.
34. Balakrishnan, D., & Dibyajyoti, G. (2016). A comparison between non-descent vaginal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(1), QC11-QC14.
35. Ferri Folch, B., Juárez Pallarés, I., Pamplona Bueno, L., Padilla Iserte, P., Abad Carrascosa, A., Domingo del Pozo, S., et al. (2015). Histerectomía total laparoscópica vs. histerectomía vaginal: Análisis de costes y resultados operatorios. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(2), 67-73.
36. Lee, S. H., Oh, S. R., Cho, Y. J., Han, M., Park, J. W., Kim, S. J., et al. (2019). Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy: A systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*, 19(1), 83.
37. Agrawal, S., Chen, L., Tergas, A. I., Hou, J. Y., St. Clair, C. M., Ananth, C. V., et al. (2018). Characteristics associated with prolonged length of stay after hysterectomy for benign gynecologic conditions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(1), 89.e1-89.e15.
38. Macciò, A., Chiappe, G., Kotsonis, P., Nieddu, R., Lavra, F., Serra, M., et al. (2016). Surgical outcome and complications of total laparoscopic hysterectomy for very large myomatous uteri in relation to uterine weight: A prospective study in a continuous series of 461 procedures. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 294(3), 525-531.
39. Peker, N., Aydın, E., Yavuz, M., Bademkiran, M. H., Ege, S., & Karaçor, T. (2019). Factors associated with complications of vaginal hysterectomy in patients with pelvic organ prolapse: A single centre's experience. *Ginekologia Polska*, 90(12), 692-698.
40. Schmitt, J. J., Occhino, J. A., Weaver, A. L., McGree, M. E., & Gebhart, J. B. (2019). Outcomes of vaginal hysterectomy with and without perceived contraindications to vaginal surgery. *Urogynecology*, 25(1), 41-47.

ANEXOS.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Nombre del establecimiento de salud: _____

N° de ficha: _____

Fecha: _____

○ Datos personales

Número de expediente único: _____

Edad: _____ Etnia: _____ Origen (municipio): _____

Procedencia: Urbano _____ Rural _____

Tipo de sangre: _____

Estado civil: Soltera _____ Casada _____ Unión libre _____ Divorciada _____

Escolaridad: Analfabeta _____ Primaria _____ Secundaria _____ Universidad _____

Peso: _____ (kg)

Talla: _____ (metros)

IMC: _____

Ocupación: _____

○ Antecedentes familiares patológicos

- Enfermedades infectocontagiosas: _____

Enfermedades hereditarias: _____

○ Antecedentes personales no patológicos

- Fumar _____
- Alcohol _____
- Drogas _____
- Fármacos: _____
- Otros _____

○ Antecedentes personales patológicos

- Enfermedades infectocontagiosas previas _____
- Enfermedades crónicas _____
- Cirugías previas realizadas _____
- Hospitalizaciones _____

○ Datos Gineco-obstétricos:

- Menarca: _____

- IVSA: _____
- Número de compañeros sexuales: _____
- FUR: _____
- G____ P____ A____ C____ legrado _____
- Planificación familiar: si____ método _____ no____ no aplica _____
- Menopausia: si____ total de años: _____ no____
- PAP: si____ resultado: _____ no____
fecha del último PAP: ≥ 1 año____ ≤ 1 año____
- Colposcopia: biopsia si____ no____ resultado: _____
_____ fecha de toma: _____
- Ultrasonido pélvico: si____ no____ resultado: _____

- Valoración de medicina interna: si____ no____ diferida si____ no____ ¿por qué?

- Valoración por anestesiología: si____ no____ diferida si____ no____ ¿por qué?

○ Datos quirúrgicos

- Fecha de realización de cirugía: _____
- Diagnóstico preoperatorio: _____

- Diagnóstico postoperatorio: _____

- Tipo de Histerectomía realizada: _____

- Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____ Duración: _____
- Días de estancia hospitalaria: _____
- Cantidad de sangre perdida: _____
- Tipo de anestesia: _____
- Profilaxis prequirúrgica: si____ no____
Fármacos usados: _____ Dosis: _____