

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MEDICINA



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR
EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEMA

“Histerectomía vaginal versus histerectomía abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico en las pacientes atendidas en la sala de Ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el período de Junio 2009 a Junio 2011”.

INTEGRANTES

Br. Marvin Bustamante Gutiérrez
Br. Juan Carlos Díaz Castillo

TUTORES

Dr. Erick Esquivel Muñoz
Uroginecólogo y Obstetra

ASESOR

Dr. Gregorio Matus
Master en Salud Pública

León, Diciembre del 2011.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

LISTA DE ACRÓNIMOS

CU: Colitis Ulcerosa

DP: Dismenorrea Primaria

DPC: Dolor Pélvico Crónico

DS: Dismenorrea Secundaria

EC: Enfermedad de Crohn

ECAs: Ensayos Controlados Aleatorios

EPI: Enfermedad Pélvica Inflamatoria

HA: Histerectomía Abdominal

HAL: Histerectomía Asistida por Laparoscopia

HEODRA: Hospital Escuela Oscar Danilo Argüello

HL: Histerectomía Laparoscópica

HST: Histerectomía Subtotal

HT: Histerectomía Total

HV: Histerectomía Vaginal

HVGL: Histerectomía Vaginal bajo Guía Laparoscópica

IVSA: Inicio de Vida Sexual Activa

IVU: Infección de Vías Urinarias

SCI: Síndrome de Colon Irritable

SCP: Síndrome de Congestión Pélvica

SUC: Síndrome Uretral Crónico

TEP: Trastorno de la Estática Pélvica

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS.....	6
HIPÓTESIS.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
DISEÑO METODOLÓGICO.....	18
RESULTADOS.....	23
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	30
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES.....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	34
ANEXOS.....	38

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

RESUMEN

Introducción: La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuente en el manejo del Dolor Pélvico Crónico. Cuando no existen contraindicaciones es recomendable hacer el abordaje vía vaginal, debido fundamentalmente a su menor morbilidad, menor período de convalecencia y disminución de la estadía hospitalaria, además de ser identificada en varios estudios superior a la vía abdominal y laparoscópica.

El objetivo: de este estudio era evaluar el método más apropiado de Histerectomía (Abdominal o Vaginal) en el manejo del Dolor Pélvico Crónico. *Material y Método:* Se realizó un estudio longitudinal descriptivo de seguimiento en el área de ginecología, evaluando dos procedimientos quirúrgicos similares. Se estudiaron 118 pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología del HEODRA y que cumplían con los criterios de Dolor Pélvico Crónico y que fueron sometidas a uno de los tipos de Histerectomía. *Los resultados:* del estudio muestran diferencias significativas en el tiempo operatorio siendo mayor en la pacientes que fueron sometidas a Histerectomía Abdominal, al igual que el tiempo de hospitalización, el tiempo de retorno a las actividades cotidianas y las complicaciones durante o posterior a la cirugía. La mejoría del dolor a largo plazo valorado por la escala análogo-visual mostró una mejoría evidente al utilizar Histerectomía Vaginal.

Conclusiones: Hay muchas ventajas que confiere la utilización de la histerectomía vaginal sobre la abdominal en términos de morbilidad y calidad de vida por lo que debería ser el abordaje más adecuado y de elección en el caso de pacientes diagnosticadas con Dolor Pélvico Crónico.

Palabras Claves: Dolor pélvico crónico, histerectomía vaginal, histerectomía abdominal

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

INTRODUCCIÓN

El DPC corresponde a una de las consultas más frecuentes en Ginecología siendo alrededor de un 10% de todas las visitas al ginecólogo (1) y más del 40% del ginecólogo laparoscopista (2). Además da a lugar al 33% de las cirugías laparoscópicas y a un 12 % del total de histerectomías (3). La sola definición de DPC crea muchas controversias: algunos lo definen como aquel dolor abdominal bajo o pélvico de más de seis meses de evolución que compromete la calidad de vida de la mujer, excluyendo por lo tanto dispareunia profunda y la dismenorrea como variedad de dolor crónico. Otros, sin embargo, lo definen más globalmente como un dolor constante de más de tres meses de evolución, o un dolor intermitente que se presenta por más de seis meses , incluyendo por lo tanto la dispareunia profunda y la dismenorrea. Estudios realizados en Inglaterra utilizando la primera definición han establecido que su prevalencia es cercana al 5% de la población femenina (4), muy similar a la prevalencia de otras patologías como la migraña, el lumbago o la diabetes. Si se utilizara la segunda definición, la cifra se duplicaría. Cuando la paciente acude en busca de ayuda, la sola mención de un problema de larga data, poco específico a veces, puede crear en el médico un sesgo el cual es difícil de evitar, pudiendo catalogar de “funcional” a esta paciente, incluso antes del examen, consecuentemente la paciente realiza, la búsqueda de otra opinión médica.

El DPC es un síndrome prevalente controvertido relacionado con patología pélvica, problemas psicosocioculturales y su abordaje primario, diagnóstico y terapéutico (5). En el manejo del DPC hay muchas medidas quirúrgicas como no quirúrgicas para su manejo las cuales se utilizarán de acuerdo a la causa específica, pero entre estas medidas discutiremos la eficacia de los dos tipos de histerectomía utilizados en HEODRA: HA y HV.

La importancia de comprobar cual método terapéutico conviene más según la evidencia médica disponible no sólo determinará el manejo más adecuado para cada paciente, sino que también establecerá ventajas para el sistema de salud en general.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

ANTECEDENTES

La histerectomía es una de las cirugías más frecuentes dentro de la ginecología por lo que posee importantes implicancias en el ámbito médico y económico. Tradicionalmente la resección uterina se ha realizado por abordaje abdominal o vaginal. La histerectomía es el procedimiento quirúrgico mayor más frecuente en la práctica ginecológica en el Manejo del DPC. Con el advenimiento de la técnica laparoscópica descrita por Reich en 1989 se reanudó la discusión acerca de la mejor vía de abordaje, desafiando las preferencias tradicionales: vaginal y abdominal. Aún cuando la HA se asocia a una recuperación más rápida que la HV, su mayor costo cuestiona su indicación. La HV aparece entonces, como una alternativa válida (6).

En los últimos años debido a la aparición de nuevas técnicas, se hace necesario medir los efectos médicos y económicos de las distintas alternativas quirúrgicas existentes para la resección uterina. Es razonable pensar que cada una de estas técnicas presenta ventajas y desventajas respecto de la otra, dependiendo del motivo por el cual está indicada. Por otra parte, resulta difícil establecer una comparación directa entre las técnicas quirúrgicas, debido a la gran diversidad de criterios existentes por parte de los ginecólogos para optar por cada una de ellas (7).

No existen trabajos randomizados que permitan asegurar la efectividad de la Histerectomía en el DPC. Se han reportado recurrencias del dolor en un 40% de casos en quienes la histerectomía fue realizada en ausencia de patología identificable. La anatomía patológica fue normal en el 60% de pacientes sometidas a esta intervención por DPC, de acuerdo a un estudio colaborativo norteamericano (8).

En un estudio retrospectivo observacional, en 2.338 pacientes sometidas a histerectomía por patología benigna en el Servicio de Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en el período comprendido entre enero de 1997 a diciembre de 2005. Este estudio

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

sugiere que el abordaje vaginal se asoció a tiempos operatorios más cortos, menor número de complicaciones y a costos más bajos que la vía abdominal (9).

En la base de datos de la Biblioteca Cochrane Plus se realizó una búsqueda en el Registro Especializado de Ensayos Controlados y se incluyeron únicamente ensayos controlados aleatorios que comparaban un abordaje quirúrgico de la histerectomía con otro en el cual no se hallaron beneficios para la HA ni HL versus la HV. Las HL son cirugías más largas asociadas con una tasa mayor de hemorragias significativas en comparación con la HV (10).

Fue interesante observar que en 1998 no había ECAs que compararan la HA versus la HV (Garry 1998). La introducción de los abordajes más nuevos de la histerectomía estimuló un interés mucho mayor en la evaluación científica adecuada de todas las formas de histerectomía hasta la fecha (11).

Todos estos argumentos nos obligan a replantear el rol de la histerectomía en el manejo del DPC. En nuestro medio hospitalario aquí en la ciudad de León no existen estudios que permitan valorar la eficacia de ambos tipos de histerectomías.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

JUSTIFICACION

El presente estudio se realiza con el propósito de describir las ventajas de la HV sobre la HA en el manejo del DPC y promover de esta manera su uso racional y dejar sentada las bases acerca del manejo quirúrgico óptimo de esta entidad clínica considerando variables epidemiológicas, médicas, quirúrgicas y posquirúrgicas.

Ya que no existe actualmente un estudio en nuestro medio de este tipo en el cual se someten a estudio dos procedimientos quirúrgicos utilizados en el DPC, pensamos que profundizar los aspectos del manejo quirúrgico basado en evidencias en el caso de esta entidad clínica marcará pautas en el futuro para decidir en cada caso cual es el método quirúrgico de elección.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Determinar cual de los métodos de histerectomía (vaginal o abdominal) es el más apropiado para el manejo del DPC ya que actualmente ambos métodos terapéuticos se utilizan indistintamente para el manejo de este síndrome y por supuesto con el desconocimiento de cual de los dos produce más consecuencias para las pacientes y el sistema de salud (entre ellas: encamamiento prolongado con sus propias consecuencias, reintervenciones quirúrgicas innecesarias, riesgo transquirúrgico y posquirúrgico aumentado, mayores costos de hospitalización, inserción laboral tardía, poca mejoría clínica a largo plazo, etc) que por supuesto nos incluye a todos por igual y no únicamente al Ginecólogo que realiza el procedimiento. De igual manera este estudio determina un desafío en cuanto a las clásicas indicaciones médicas de cada procedimiento quirúrgico que podrían llegar a ser polémicas e incluso contradictorias en algunos casos.

La pregunta que nos hemos planteado al momento de iniciar la realización de este estudio y a la cual se le pretende dar respuesta es la siguiente:

¿Cuál es el método más apropiado de la Histerectomía Abdominal Vs Histerectomía Vaginal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico en pacientes atendidas en la sala de Ginecología del HEODRA de Junio 2009 a Junio 2011?

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el método más apropiado de Histerectomía (Abdominal o Vaginal) en el Manejo del Dolor Pélvico Crónico de las pacientes atendidas en la sala de Ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el período comprendido de junio de 2009 a junio de 2011.

Objetivos Específicos

1. Determinar las principales características prequirúrgicas (edad, diagnóstico preoperatorio y tiempo de diagnóstico previo a la cirugía) de las pacientes histerectomizadas por diagnóstico de Dolor Pélvico Crónico.
2. Identificar las complicaciones y el tiempo operatorio de las pacientes histerectomizadas por Dolor Pélvico Crónico.
3. Describir la evolución posquirúrgica del manejo del dolor (estancia intrahospitalaria, regreso a las actividades cotidianas y mejoría clínica del dolor) de las pacientes histerectomizadas por Dolor Pélvico Crónico.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

HIPÓTESIS

La histerectomía vaginal es el tratamiento quirúrgico más adecuado para las pacientes que presentan el diagnóstico de Dolor Pélvico Crónico por su eficacia y el menor número de complicaciones transquirúrgicas, posquirúrgicas y mejoría clínica a largo plazo frente a la histerectomía abdominal.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

MARCO TEORICO

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

1. DEFINICIÓN DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

El dolor se define como una experiencia sensitiva o emocional desagradable, asociada o no con daño tisular, o descrita en dichos términos. El DPC es aquel que se localiza a nivel de abdomen inferior, la pelvis o estructuras intrapelvianas, persistiendo durante al menos seis meses, que se presenta de forma continua o intermitente, no asociada exclusivamente con el ciclo menstrual (12).

El DPC es uno de los grandes retos para el especialista de dolor, pues la paciente que lo padece suele haber consultado a múltiples especialidades antes de acudir a una Unidad del Dolor (13). La proximidad de los órganos reproductivos y los prejuicios asociados a estos, añaden una dimensión de inhibición a comentar abiertamente los síntomas que el paciente presenta.

La prevalencia exacta del DPC es desconocida pero hay estudios que indican una prevalencia del 12 % y una incidencia durante la vida de un 33 %. Aproximadamente un 10 % de pacientes remitidas a ginecología se deben a DPC y 44 % de las laparoscopías ginecológicas se deben a este. Una encuesta realizada por Mathias y col. a 5000 mujeres americanas entre 18 y 50 años determinó que el 15 % habían tenido DPC; de ellas solamente un 10 % consultaba al ginecólogo debido a DPC, y entre un 10-40 % de las laparoscopias se deben a este problema. El estudio de Mathias también evaluó el impacto en la calidad de vida, concluyendo que el 25 % de las mujeres con DPC pierden un día y medio de trabajo por mes, 58 % tienen restringida su actividad normal, y hasta un 1 % solicitan consulta psicológica (14).

2. CAUSAS DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO (15)

El dolor de estructuras intrapélvicas suele proceder de receptores de amplio rango dinámico más que de nociceptores propiamente dicho.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

2.1 CAUSAS GINECOLÓGICAS CÍCLICAS.

El dolor pélvico cíclico se refiere a dolor con una relación específica al ciclo menstrual. Consiste en dismenorrea primaria (no hay causa aparente) o secundaria, pero también incluye dolor pélvico atípico, dolor que comienza dos semanas antes de la menstruación, siendo una variación de la dismenorrea secundaria.

2.1.1 DISMENORREA.

Es el dolor en la menstruación, que tiene en nuestro medio una incidencia de 26% a 50%. La dismenorrea primaria (DP) no encuentra causa aparente, mientras que en la dismenorrea secundaria (DS) hay una patología pélvica aparente. Las principales causas de DS son:

1. Himen imperforado
2. Septo vaginal
3. Estenosis cervical
4. Anormalidades uterinas
5. Sinequias intrauterinas o Síndrome De Asherman

2.1.2 ENDOMETRIOSIS

Es la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina, más frecuentemente en el fondo de saco de Douglas, ovarios, vísceras pélvicas y peritoneo. Puede ser Adenomiosis (tejido endometrial en miometrio) o Endometriosis Externa (en cualquier parte del organismo). Es una enfermedad no maligna aunque se disemine. Su incidencia es de 1-2 % aunque en la población infértil es de 15-25 %. Se encuentra presente entre un 28 y 74 % de las laparoscopias por DPC.

2.1.3 SÍNDROME PREMENSTRUAL

Consiste en la aparición de dolor pélvico, así como una serie de síntomas físicos y psíquicos en la segunda fase del ciclo ovulatorio de la mujer. Tiene una incidencia del 20% de las mujeres en edad fértil. La etiología es desconocida, aunque se han propuesto una serie de mecanismos hormonales.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

2.2 CAUSAS GINECOLÓGICAS NO CÍCLICAS

2.2.1 ADHERENCIAS

En un 16-44% de las laparoscopías efectuadas por DPC no encontramos adherencias pélvicas. Estas son más frecuentes en mujeres con DPC que en controles laparoscópicos realizados en mujeres asintomáticas. Sin embargo su papel en la aparición de DPC es controvertido, ya que hay estudios que revelan una misma prevalencia y distribución de adherencias pélvicas en pacientes con DPC que en pacientes asintomáticas con infertilidad.

2.2.2 ENDOMETRIOSIS

Puede debutar con dolor sin relación con el ciclo menstrual (Ver causas cíclicas).

2.2.3. SALPINGOOFORITIS

Los pacientes con Salpingooforitis pueden presentar DPC aunque previamente debe haber una historia de infección aguda o subaguda. Hoy en día gracias a la utilización de antibióticos de amplio espectro su incidencia ha disminuido notablemente. La Endosalpingiosis (presencia de epitelio ciliar ectópico a nivel peritoneal o paraaórtico) no se ha relacionado como causa de DPC.

2.2.3. SALPINGOOFORITIS

Los pacientes con Salpingooforitis pueden presentar DPC aunque previamente debe haber una historia de infección aguda o subaguda. Hoy en día gracias a la utilización de antibióticos de amplio espectro su incidencia ha disminuido notablemente. La Endosalpingiosis (presencia de epitelio ciliar ectópico a nivel peritoneal o paraaórtico) no se ha relacionado como causa de DPC.

2.2.5. SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA.

El SCP es un cuadro responsable de DPC por la presencia de venas varicosas a nivel ovárico o uterino. Se desconoce la causa de la presencia de estas.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

2.2.6. NEOPLASIAS OVÁRICAS Y UTERINAS.

La mayoría de los tumores de los órganos reproductivos pueden causar dolor agudo o crónico. Independientemente de agudizaciones, los tumores pélvicos pueden producir dolor y discomfort abdominal, independientemente de ser benignos o malignos. Conforme la neoplasia crece puede dar sintomatología relacionada con el órgano que invada: recto o vejiga.

2.2.7. ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA.

El dolor crónico que surge de la EPI se debe a episodios recurrentes de infecciones del tracto urinario, o daño residual provocado por episodios pasados de infección pélvica. El dolor se debe a adherencias o fistulizaciones, o a daño de nervios por mediadores de inflamación o por los agentes patógenos productores de la infección.

2.3 CAUSAS GASTROINTESTINALES.

La principal causa de dolor pélvico gastrointestinal es el Síndrome de Colon Irritable (SCI), que está presente hasta en un 10-20% de la población. Es una enfermedad funcional, es decir el dolor surge de un cambio de hábito intestinal más que de un componente orgánico. Otra causa de DPC es la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, que puede ser Enfermedad de Crohn (EC) o Colitis Ulcerosa (CU), siendo más frecuente la aparición de dolor en la EC. La presencia de divertículos a nivel colónico (Diverticulosis) puede ser otra causa de DPC. La presencia de tumores del tracto digestivo suele ser otra causa importante de DPC.

2.4 CAUSAS GENITOURINARIAS.

El DPC de origen urológico se debe a las estrechas relaciones anatómicas y embriológicas que existen a nivel urológico-pélvico. El 5% del DPC tiene un origen urológico: cistouretritis, síndrome uretral, divertículos uretrales, cistitis intersticial, tumores infiltrantes vesicales, riñón pélvico ectópico y otras causas de DPC como urolitiasis u obstrucciones uretrales. El síndrome uretral crónico (SUC) es otra causa frecuente de DPC.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

2.5 CAUSAS NEUROLÓGICAS

El atrapamiento de un nervio en una cicatriz o fascia puede dar origen a dolor en la cicatriz o en la distribución del nervio.

2.6 CAUSAS MUSCULOESQUELÉTICAS

Dolor Pélvico Mecánico: el embarazo o un traumatismo pueden conducir a un alineamiento alterado del esqueleto axial, como una separación de la sínfisis pubiana o una disfunción sacroilíaca. El dolor surge de las articulaciones o del espasmo muscular asociado. Otros factores se suelen asociar como posturas erróneas disminución del ejercicio o alteración en la longitud de las piernas.

2.7 FACTORES PSICOSOCIALES

El DPC es una experiencia desagradable en la cual intervienen numerosos factores: físicos, psicológicos y sociales. La influencia de cada uno de ellos varía dependiendo del paciente y puede variar en un mismo paciente a lo largo de su enfermedad.

HISTERECTOMÍA (16)

La histerectomía es la operación más común realizada por el ginecólogo y es el procedimiento quirúrgico mayor realizado en segundo lugar de frecuencia en los Estados Unidos. Solo la cesárea es más frecuente. Existen muchas indicaciones para la histerectomía y el útero puede ser extirpado por medio de cualquiera de las varias técnicas y abordajes, que incluyen las vías abdominal, vaginal y laparoscópica.

Durante las primeras décadas del siglo XX, la histerectomía se convirtió en el tratamiento empleado con mayor frecuencia para tratar enfermedades y síntomas ginecológicos. Gracias al uso apropiado de las transfusiones de sangre y antibióticos y a los avances en las técnicas de anestesia, un cirujano ginecólogo capaz puede realizar una histerectomía con bastante facilidad. En la mayoría de los centros, la

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

tasa de mortalidad de la histerectomía es de 1 a 2 por 1.000. Existen informes con ausencia de muertes en series de varios miles de histerectomías. Sin embargo la morbilidad sigue apareciendo en este procedimiento. Pueden ocurrir complicaciones en hasta el 25% de las pacientes sometidas a HV y en el 50% de las que enfrentan HV. Algunas complicaciones podrían ser graves (p. ej; infección, hemorragia, lesión del aparato urinario e intestinal y embolia pulmonar).

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA

Enfermedades Benignas	Enfermedades Malignas
Sangrado anormal	Neoplasia intraepitelial cervical
Leiomioma	Cáncer de cuello uterino
Adenomiosis	Hiperplasia endometrial atípica
Endometriosis	Cáncer de endometrio
Prolapso de los órganos pélvicos	Cáncer de ovario
Enfermedad pelviana inflamatoria	Cáncer de la trompa de Falopio
Dolor pelviano crónico	Tumores trofoblásticos gestacionales
Condiciones relacionadas con el embarazo	
Otras	

ELECCIÓN DEL ABORDAJE: ABDOMINAL, VAGINAL O LAPAROSCÓPICA

Gracias a la introducción de la histerectomía bajo guía laparoscópica, ha surgido el interés por la histerotomía por vía vaginal. La cirugía transvaginal es el dominio especial del cirujano ginecológico y la histerectomía por vía vaginal es la operación principal a través de este abordaje. Tiene muchas ventajas sobre la histerectomía por vía abdominal, pero hay ciertas pacientes en las cuales está indicado un abordaje abdominal y otras en las cuales una histerectomía vaginal bajo guía laparoscópica (HVGL) debe ser el procedimiento de elección.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

El diagnóstico puede hacer evidente el tipo de abordaje en algunas pacientes, mientras que en otras la decisión de proceder con la histerectomía o no depende de la promesa de escasa morbilidad y un rápido regreso de la función ofrecida por la histerectomía por vía vaginal. Por ejemplo las mujeres con endometriosis extensas y dolorosas, fibromas de útero muy grandes o cáncer suelen ser tratadas mejor con una histerectomía por vía abdominal que ofrece una mejor exposición y la oportunidad de observar u operar las estructuras anexiales, el uréter e incluso los contenidos de la parte superior del abdomen. Después que un examen meticuloso de la masa anexial no demostró signos de malignidad se puede seccionar el ligamento infundibulopelviano por vía laparoscópica, para inicial la histerectomía desde arriba y completarla por vía vaginal. Por definición, si se ligan los vasos uterinos por vía transvaginal, el procedimiento se describe como HV bajo guía laparoscópica. Si los vasos uterinos son ligados, coagulados o engrapados a través del laparoscopio, la operación es una HL.

Se efectuaron varias revisiones de los resultados y las complicaciones de las técnicas de HA, HV y HL. Una de las revisiones más grandes fue una comparación de 2.563 histerectomías realizadas por 37 ginecólogos en su práctica particular en un hospital general suburbano grande. Esta revisión retrospectiva de Johns y col no fue aleatorizada ni controlada, pero si ofrece una buena perspectiva de los resultado y complicaciones (cuadro 31-2). Cuando se inició el estudio en 1991, el 65% de las histerectomías se realizaba por vía abdominal, pero 3 años después solo el 36% aún se llevaba a cabo por medio de una incisión abdominal. La incidencia de HA permaneció sin cambios en alrededor del 20% de los casos durante la realización del estudio mientras que el uso de HVGL aumentó desde 12 hasta el 45%.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

	Vía abdominal	Vía vaginal
Número de pacientes	1.184	530
Peso uterino (promedio)	216gr	113gr
Tiempo operatorio (promedio)	82min	63min
Pérdida de sangre (promedio)	5.35%	5.19%
Complicaciones	9.1%	3.2%
Fiebre >40°C	2.5%	0.9%
Transfusión	1%	0.9%
Lesión intestinal, vesical o ureteral		
Muerte	0	1
Estadía hospitalaria	60hrs	40hrs
Costos hospitalarios	6.550US\$	5.879 US\$

Mareh y col, revisaron los antecedentes y los resultados de 37.298 mujeres que fueron sometidas a histerectomía debido a indicaciones no malignas en el Reino Unido durante 1994-1995. La indicación más frecuente fue el sangrado uterino anormal (46%). El 67% de las pacientes fue sometido a una HA, el 30% a una HV y sólo el 3% fue tratado con HVGL. Las tasas de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias graves fueron mayores para el grupo de HVGL.

La intención de lograr internaciones más breves, impulsada por las compañías de seguro de los EEUU, ha estimulado la deambulación temprana, la progresión rápida de la dieta y una internación promedio de solo 3 ó 4 días asociada con la HA. Las indicaciones tradicionales de la HA, como la enfermedad maligna y el gran tamaño uterino, continúan en evaluación para emplear nuevos conceptos y abordajes

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

agresivos para la cirugía vaginal. La HV con linfadenectomía por vía laparoscópica es, en la actualidad, una opción terapéutica reconocida para el cáncer de endometrio

y la HV se recomienda en forma creciente para mujeres con úteros aumentados de tamaño. En un estudio prospectivo y aleatorizado, Darai y col, compararon la HV con la HVGL en 80 mujeres que reunieron los siguientes criterios: un útero >280 gr. y por lo menos otra contraindicación relativa para la cirugía vaginal (antecedentes de cirugía pelviana, antecedentes de EPI, endometriosis moderada o grave, masas anexiales concomitantes que indicaban una anexectomía o nuliparidad sin prolapso uterino). Los tiempos quirúrgicos fueron prolongados en ambos grupos, lo cual indicó que ambas cirugías fueron complejas, pero el grupo de HV tuvo cirugías significativamente más breve (108 frente a 160 minutos, $p < 0.001$). El peso uterino promedio fue un poco mayor en el grupo de HVGL (513gr contra 424gr) y en tres mujeres de este grupo la cirugía debió convertirse a la vía abdominal. En todas las mujeres de ambos grupos se realizó la morcelación del útero por vía vaginal. La morbilidad grave fue mínima y los autores llegaron a la conclusión de que la HV podía desarrollarse en forma segura en muchas pacientes con indicaciones tradicionales para el abordaje abdominal y que la laparoscopia no parecía aumentar la operabilidad exitosa o disminuir la morbilidad (17).

Por lo tanto, las indicaciones y contraindicaciones relativas de la HA, HV, o HL sufren una evolución constante. El cirujano ginecológico debe usar su experiencia personal, sus conocimientos y su juicio para aconsejar a la paciente, de manera que ambos puedan decidir el abordaje que se adapta mejor a las necesidades de la paciente y a las habilidades del cirujano (18).

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: estudio longitudinal descriptivo de seguimiento de dos técnicas quirúrgicas similares para el manejo del Dolor Pélvico Crónico.

Lugar de estudio: el servicio de Ginecología del departamento de Ginecoobstetricia de HEODRA.

Período de estudio: Del primero de Junio del 2009 al treinta de Junio del 2011.

Población de estudio: Como población de estudio se tomó las primeras 220 pacientes ingresadas al servicio de ginecología con diagnóstico de dolor pélvico crónico durante el período de estudio a las cuales se les aplicó criterios de inclusión y exclusión.

Muestra: La muestra de nuestro estudio es de 118 pacientes se asignaron 50 % a cada grupo que ingresaron en el período de estudio y que cumplían con los criterios de inclusión, al mismo tiempo debían cumplir con los criterios médicos para selección de un procedimiento quirúrgico (ya que pacientes que no eran candidatas a cirugía y ameritaban tratamiento médico conservador no formaron parte del estudio) y que así mismo, es el resultado de pacientes que aceptaron el consentimiento informado.

Criterios inclusión:

- ✓ Pacientes ingresadas al servicio de ginecología por :
 1. Dolor pélvico crónico que se presenta de forma intermitente o continua.
 2. Se presenta en un periodo de 3 meses o más.
 3. El dolor es de suficiente intensidad como para provocar incapacidad laboral o para buscar ayuda médica.
- ✓ Pacientes que tengan criterio médico para procedimiento quirúrgico como única alternativa terapéutica.
- ✓ Pacientes que se examinaron en el periodo posquirúrgico a largo plazo para aplicación de Escala Análogo Visual del Dolor y mejoría de la Calidad de vida.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

Criterios exclusión:

- ✓ Pacientes que tengan como alternativa terapéutica, tratamiento conservador.
- ✓ Pacientes que por alguna morbilidad de base, no pueda ser intervenida quirúrgicamente.
- ✓ Pacientes que presentan comorbilidades locales o sistémicas que interfieran con la evaluación y evolución clínica.
- ✓ Pacientes que ameritan procedimientos quirúrgicos ginecológicos asociados.
- ✓ Pacientes que no se pudieron contactar posterior al alta hospitalaria.

Fuente de recolección de datos: La recolección de la información se realizó a través de:

1. Fuentes primarias (entrevistas directas con las pacientes en el período posquirúrgico).
2. Fuentes secundarias (expedientes y notas operatorias sobre eventos transquirúrgicos y posquirúrgicos, notas de evolución y procedimientos ulteriores).

Metodología de recolección de datos: Se extrajo la información de las pacientes para llenar una ficha de recolección de datos correspondiente a la entrevista realizada a las pacientes y otra para los datos obtenidos de las fuentes secundarias. Cada paciente fue ingresada a una base de datos, creando campos con distintas variables epidemiológicas, cuantitativas y cualitativas. Posteriormente se analizaron las distintas variables relacionadas al procedimiento quirúrgico, como tiempo operatorio y complicaciones durante el procedimiento. Luego se analizó las complicaciones postoperatorias y la mejoría del dolor (medido a través de una escala análoga-visual del dolor).

Análisis de la información: se buscaron los expedientes de las pacientes que se les haya realizado Histerectomía vaginal y abdominal en el período de estudio descrito y con el diagnóstico de DPC. Se contactaron a las pacientes vía telefónica y en sus correspondientes domicilios y se les aplicó mediante la escala análoga-visual del dolor que valoraba la mejoría alcanzada de los síntomas del DPC. Se evaluaron pacientes con 6 meses

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

o más de evolución posterior a la cirugía y luego se compararon los dos procedimientos quirúrgicos.

Para este estudio se diseñó un instrumento de recolección de datos, la depuración y análisis se realizó en el paquete estadístico EpiInfo versión 3.3.2 de febrero 9 del 2005. La prueba de significancia estadística realizada fue ANOVA. Para la presentación de los resultados se elaboraron gráficos, tablas de distribución de frecuencia y cruces de algunas variables para conocer la relación entre las variables más importantes.

Consideraciones éticas del estudio: de acuerdo a las normas éticas del comité (institucional o regional) encargado de supervisar los ensayos en humanos y la declaración de Helsinki de 1975 modificada en 1983. Se toman en cuenta los siguientes aspectos.

Consentimiento informado:

Para solicitar la autorización de las pacientes y si estas desean formar parte del estudio se hizo uso del consentimiento informado a cada una de ellas explicándosele los objetivos e importancia de la investigación.

El consentimiento informado es obligatorio, siendo el formulario escrito conveniente para deslindar responsabilidad de sucesos previsibles, debiendo aplicarse cualquiera sea la magnitud de la cirugía.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<i>Características generales</i>		
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la actualidad.	Menor de 35 años. 35-45 años. 46-55 años. Mayor de 55 años.
Diagnóstico Prequirúrgico	Motivo por el cual se realizó la cirugía.	Leiomioma Patología anexial Patología cervical Patología endometrial Adenomiosis Otro
Tiempo de diagnóstico prequirúrgico	Tiempo en que fue diagnosticada la patología previo a la cirugía, determinado en meses	Menor a 12 meses 12 a 35 meses 36 a 59 meses 60 meses a más
Vía de la cirugía	Tipo de cirugía que se realizó	Histerectomía abdominal Histerectomía vaginal
Complicaciones postquirúrgicas.	Procesos mórbidos que se presentan después de la cirugía, tanto durante su estancia hospitalaria como aquellas que se presenten a largo plazo y que sean consecuencia de la cirugía	Hemorragia Infección de vías urinarias Infección de herida quirúrgica. Hematoma Fiebre Ninguna
Tiempo quirúrgico	Duración del procedimiento quirúrgico registrado en minutos.	Menor o igual a 60 minutos Mayor a 60 minutos
Estancia hospitalaria	Es el número de horas transcurridas desde el ingreso al egreso de la paciente.	Menor o igual a 72 hrs Mayor de 72 hrs
Regreso a las actividades cotidianas en días	Número de días que tomó a las pacientes regresar a sus actividades diarias posterior a la cirugía.	Menor o igual a 7 días 8 a 14 días 15 a 21 días 22 a 28 días mayor a 28 días

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

Mejoría del dolor	Es el grado de mejoría del dolor expresado por la paciente según la escala Analogo-Visual del dolor de 0-10, tomando 0 como ninguna mejoría y 10 como el grado máximo de mejoría durante su entrevista en relación al procedimiento quirúrgico recibido.	0-3 Nada 4-5 Poco 6-9 Bastante 10 Mucho
-------------------	--	--

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

RESULTADOS

Se estudiaron 118 pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología del Departamento de Ginecología y Obstetricia del HEODRA en el período de Junio 2009 a Junio del año 2011, a las cuales se les diagnosticó Dolor Pélvico Crónico (DPC) y se procedió a realizarles Histerectomía abdominal a 59 pacientes e Histerectomía vaginal en igual número y que posteriormente pudieron ser localizadas para realizar el seguimiento posquirúrgico entre 6 meses o más después de la cirugía.

La mediana de edad para el grupo de pacientes que se les realizó HA fue de 44 y de 47 a las que se les realizó HV, por lo que se muestra que el rango de edad en el que se realizó mayor intervención quirúrgica. Al aplicar prueba ANOVA, se obtiene un valor de P de 0.40 el cual no es estadísticamente significativo entre los grupos de edad para cada uno de los procedimientos, sin embargo esto refleja la homogeneidad de ambos grupos (Ver cuadro 1)

CUADRO 1: Distribución por edad en años de las pacientes que se les realizó Histerectomía por Dolor pélvico crónico en el HEODRA en el período de Junio 2009 a junio 2011.

Estadísticas descriptivas	Abdominal	Vaginal
Mínimo	28	35
Máximo	68	63
Media	46.1	47.5
Mediana	44	47
Valor de P	0.40	

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

El diagnóstico pre quirúrgico más frecuente encontrado en las pacientes fue de leiomioma con un porcentaje de 37.2% (ver Cuadro 2)

CUADRO 2: Diagnóstico preoperatorio de las pacientes que se les realizó Histerectomía por Dolor pélvico crónico en el HEODRA en el período de Junio 2009 y Junio 2011.

Diagnóstico pre	HA	HV	TOTAL	%
Leiomioma	39	5	44	37.2
Patología Urogenital	3	31	34	28.8
Patología endometrial	0	23	23	19.5
Adenomiosis	10	0	10	8.4
Patología anexial	7	0	7	6
Total	59	59	118.0	100

En cuanto al tiempo de diagnóstico Prequirúrgico de las pacientes sometidas a histerectomía por DPC encontramos según la mediana con valores de 47 meses para HA y de 38 meses para HV; sin embargo, al aplicar prueba estadística de ANOVA se refleja que no es estadísticamente significativo por ser el valor de P de 0.03, lo que implica que ambos grupos están distribuidos de forma equitativa. (Ver cuadro 3)

CUADRO 3: Tiempo de Diagnóstico Prequirúrgico en meses de las pacientes que se les realizó Histerectomía por Dolor pélvico crónico en el HEODRA en el periodo de Junio 2009 y Junio 2011.

Estadísticas descriptivas	Abdominal	Vaginal
Mínimo	4	6
Máximo	70	72
Media	44.01	37.32
Mediana	47	38
Valor de P	0.03	

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

De las 118 pacientes sometidas a histerectomía, hubo 21 pacientes que se complicaron; de las cuales 15 (71.4%) fueron intervenidas con histerectomía abdominal, y 6 (28.6%) fueron intervenidas con histerectomía vaginal; encontrando la IVU como única complicación mayor encontrada en la histerectomía vaginal; sin embargo, el resto de complicaciones: Hematoma de la herida, Fiebre, Hemorragia, Infección de la herida, se observa un mayor número de casos en la histerectomía abdominal. (Ver cuadro 4)

CUADRO 4: Complicaciones encontradas en las pacientes que se les realizó Histerectomía por Dolor pélvico crónico en el HEODRA en el periodo de Junio 2009 a Junio 2011.

Complicaciones	Histerectomía				Total	
	Abdominal		Vaginal			%
		%		%		
IVU	0	0	4	19.04	4	19.04
Hematoma herida	2	9.52	0	0	2	9.52
Fiebre	4	19.04	0	0	4	19.04
Hemorragia	4	19.04	0	0	4	19.04
Infección de herida	5	23.80	2	9.52	7	33.33
Total	15	71.42 %	6	28.57 %	21	100 %

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

La mediana del tiempo operatorio en minutos para HA fue de 75 minutos y de 42 minutos para HV, es decir que la HA requiere de mayor tiempo para su procedimiento en comparación con la HV. Al aplicar prueba de ANOVA se obtiene un valor de P estadísticamente significativo. (Ver Cuadro 5)

Cuadro 5: Comparación entre tiempo operatorio en minutos y el tipo de Histerectomía realizada en las pacientes que presentaron dolor pélvico crónico en el HEODRA en el periodo de Junio 2009 a Junio 2011.

Estadísticas descriptivas	Abdominal	Vaginal
Mínimo	60	30
Máximo	120	55
Media	78.6	42.8
Desviación estándar	13.0	5.5
Mediana	75	42
Valor de P	<0.01	

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

La mediana del tiempo de hospitalización en horas para HA fue de 72 y en el caso de HV fue de 48 horas, lo que denota necesidad de mayor tiempo de estancia intrahospitalaria como etapa postquirúrgica para la HA en comparación con la HV. Al aplicar prueba de ANOVA se obtiene un valor de P estadísticamente significativo (Ver cuadro 6)

CUADRO 6: Comparación entre el tipo de histerectomía y el tiempo de hospitalización en horas de las pacientes que presentaron Dolor pélvico crónico en el HEODRA en el periodo de Junio 2009 a Junio 2011.

Estadísticas descriptivas	Abdominal	Vaginal
Mínimo	48	48
Máximo	168	72
Media	72	48
Desviación estándar	31.07	5.32
Mediana	72	48
Valor de P	<0.01	

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

La mediana del regreso a las actividades cotidianas en días fue de 30 para HA y de 15 días para HV, lo que muestra un periodo más corto de reincorporación a sus actividades cotidianas a las pacientes que se les realizó HV. Al aplicar prueba de ANOVA se obtiene un valor de P estadísticamente significativo. (Ver cuadro 7)

CUADRO 7: Comparación entre el regreso a las actividades cotidianas en días y el Tipo de histerectomía realizada de las pacientes que presentaron Dolor Pélvico Crónico en el HEODRA en el periodo de Junio 2009 a Junio 2011.

Estadísticas descriptivas	Abdominal	Vaginal
Mínimo	15	7
Máximo	60	25
Media	31.7	15.5
Mediana	30	15
Valor de P	<0.01	

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

Tomando como referencia la Escala Análogo-Visual en la valoración del dolor de las pacientes, siendo la escala de cero a diez donde cero denota nula mejoría y diez la máxima mejoría posible, se obtuvo una mediana para HA de 7 y de 10 para HV, lo que implica que la mayoría de pacientes a las que se les realizó HV tuvieron mejoría significativa del dolor comprobado mediante prueba estadística ANOVA. (Ver cuadro 8)

CUADRO 8: Comparación entre Mejoría del dolor según escala Análogo visual y el tipo de Histerectomía realizada de las pacientes que presentaron Dolor pélvico crónico en el HEODRA en el periodo de Junio 2009 a Junio 2011.

Estadísticas descriptivas	Abdominal	Vaginal
Mínimo	0	5
Máximo	10	10
Media	6.78	9.27
Desviación estándar	3.2	1.17
Mediana	7	10
Valor de P	<0.01	

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico frecuente. Actualmente es el segundo tipo de cirugía más frecuentemente realizado en mujeres en edad reproductiva (19). Este estudio estuvo orientado al análisis de distintas variables de pacientes sometidas a histerectomía. Los datos obtenidos sugieren que la HV, cuando no está contraindicada, es la vía de acceso recomendable para realizar una histerectomía, por sobre la abdominal, debido fundamentalmente a su menor morbilidad asociada, menor estadía hospitalaria y mayor mejoría clínica del dolor. Esto último propone a la HV en relación a la abdominal, como la ruta más acertada cuando el abordaje por esta vía es el apropiado y no presente contraindicaciones lo que coincide con el estudio del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico San Borja Arriarán en Chile (20).

Al optar por la vía vaginal es importante considerar diversos factores como el tamaño uterino, la patología con compromiso extrauterino, la severidad de la patología y, lo más importante, la existencia de preparación y experiencia de parte de los especialistas para realizar la cirugía (21).

Se discute si la vía de abordaje obedece a razones técnicas o se debe a preferencias del equipo médico. Tradicionalmente la más usada ha sido la vía abdominal, que confiere un campo quirúrgico más amplio que la vaginal. Esta ventaja se ve contrarrestada por un mayor dolor postoperatorio y una estadía hospitalaria más larga, aún cuando se trate de pacientes con útero voluminoso (22).

A través de los resultados que refleja nuestra investigación se aprecia que el tiempo operatorio es mayor en el caso de la HA, así como los días de estancia hospitalaria en comparación con la HV lo que también coincide con la revisión de datos de la base Cochrane (23).

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

De la misma manera se aprecia mayor número de complicaciones tanto intra como postoperatoria cuando se utiliza la HA en comparación con la HV al igual que la revisión de Cochrane donde la HV significó una reincorporación más rápida a las actividades normales, menos infecciones y episodios febriles después de la cirugía y una estancia hospitalaria más corta en comparación con la HA (24).

Así mismo la mejoría del dolor pélvico crónico se da con la utilización de ambos tipos de histerectomía. Aunque en nuestro estudio 8 pacientes a las que se les realizó histerectomía abdominal no hubo ninguna mejoría; no obstante, se aprecia una diferencia significativa en la mejoría del dolor expresado por las pacientes mediante la escala Análogo-Visual en el caso de las pacientes a quienes se les realizó histerectomía vaginal. (25)

La HA es, naturalmente, la cirugía más agresiva para la patología uterina benigna. Del mismo modo, cualquiera sea la técnica que se utilice, se requiere de una gran experiencia por parte del ginecólogo que la realiza para obtener los mejores resultados (26).

Además, las duraciones de las cirugías difieren con los diferentes abordajes de la histerectomía pero se observa un menor tiempo en la vía vaginal por sobre la abdominal. (27).

Por tanto observamos muchas ventajas que confiere la utilización de la histerectomía vaginal sobre la abdominal en términos de técnica y morbilidad por lo que debería ser el abordaje adecuado y de elección en el caso del DPC.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

CONCLUSIONES

- Las características prequirúrgicas de las pacientes eran similares para los dos grupos, ya que la para la variable edad la mediana fue de HA: 44 años HV: 47 años, la patología mas frecuente encontrada fue Leiomioma (37.2%), y el tiempo previo de diagnostico de la patología: HA: 47 meses HV: 38 meses, lo que no influyó en los resultados definitivos de la cirugía y permitió compararlos de forma equitativa.
- Las complicaciones posquirúrgicas se presentaron en mayor número en aquellas pacientes que fueron sometidas a Histerectomía Abdominal (71.4%), al igual que se asoció a un tiempo operatorio mayor (mayor de 75 minutos) que el de la Histerectomía Vaginal.
- La estancia hospitalaria de las pacientes que fueron sometidas a Histerectomía Abdominal fue significativamente mayor (mediana de 72 horas) al igual que el tiempo de reincorporación a las actividades cotidianas por parte de las pacientes (mediana de 30 días). En cuanto a la mejoría del dolor fue significativamente mayor en las pacientes que fueron sometidas a Histerectomía Vaginal (mediana de 10 para la escala Analogo visual).

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

RECOMENDACIONES

- Seleccionar la histerectomía vaginal como primera alternativa de tratamiento en patología ginecológica benigna y siempre que sea posible realizarla debido a que se asocia a un menor número de complicaciones, menor tiempo operatorio, menor estadía hospitalaria, menor tiempo de reincorporación a las actividades cotidianas y mejoría clínica del dolor.
- Realizar control periódico sobre cumplimiento de protocolos establecidos para indicaciones precisas en la realización de la histerectomía abdominal y/o vaginal para realizar un mejor abordaje terapéutico a las pacientes.
- Dar seguimiento a las pacientes que se le realice histerectomía, hasta 5 años post quirúrgicos, para comprobar la eficacia del procedimiento aplicado a cada paciente en la consulta externa de los Hospitales.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

BIBLIOGRAFÍA

1. Thompson JD, Warshaw J. Hysterectomy. En: Rock JA, Thompson JD, editors. TeLindes's operative gynecology. 8th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Lyppincott-Raven Publishers; 1997. p. 771-854. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *ObstetGynecol Surv.*1993; 48: 357-387.
2. Stones W, Cheong YC, Howard FM. Intervenciones para el tratamiento del dolor pélvico crónico en mujeres. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2005, Issue 2. No.: CD000387. DOI: 10.1002/14651858.CD000387.
3. Stones RW, Mountfield J.. Intervenciones para el tratamiento del dolor pélvico crónico en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Theodoor E Nieboer, Neil Johnson, Anne Lethaby, Emma Tavender, Elizabeth Curr, Ray Garry, Sabine van Voorst, Ben Willem J Mol, Kirsten B Kluivers. Abordajes quirúrgicos de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
5. Farquhar CM, Steiner C. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *ObstetGynecol* 2002; 99:229-34. Gomel V. Laparoscopia Ginecológica: Diagnostico y cirugía. Págs 115-132.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

6. Escobar D., Dolor Pelviano Crónico, un nuevo enfoque. Rev. Perfil Médico 2000; 44:58.
7. Gonzalo Vesperinas A. Carlos Rondín S. Carlos Troncoso R. Boris Morán V. Marco Levancini A. César Avilés Z. Histerectomía Vaginal, Abdominal, Vaginal asistida por Laparoscopia: Un análisis prospectivo y aleatorio. Departamento de Ginecología, Hospital Padre Hurtado. Octubre 2000 a Julio 2003.
8. Noda J, Barrial E, Díaz V. Histerectomía vaginal sin prolapso. Experiencia cubana. ControvGinecObst 2000; 5:22-48. IASP Task Force on Taxonomy. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press, 1994; Págs 209-214.
9. Chapron Ch, Laforest L, Ansquer Y, Fauconnier A, Fernández B, Bréart G, et al. Hysterectomy techniques used for benign pathologies: results of a French multicentre study. Hum Reprod 1999;14:2464-70.
10. Argüello Argüello, Ramiro; Hoyos Usta, Edwin Alberto; Argüello Argüello, Rodrigo; Perdomo Tejada, Pedro Wilfredo. HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROSCOPIA EN 202 PACIENTES. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 54, núm. 4, 2003, pp. 258-264. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. Colombia.
11. Argüello R, Hoyos E, Argüello R. Histerectomía total por laparoscopia: la nueva opción. Rev Colom Obstet y Ginecol 2001;52:359-65.
12. Marana R, Busacca M, Zupi E, Garcea N, Paparella P, Catalano GF. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: a prospective, randomized multicenter study. Am J ObstetGynecol 1999; 180:270-5.
13. Dominguez N. Histerectomía total versus subtotal. Toko-Gin Pract. 2002;61:221–32.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

14. Lethaby A, Ivanova V, Johnson N. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 2 (CD 004993).
15. Campbell E, Xiao H, Smith M. Types of hysterectomy: comparison of characteristics, hospital costs, utilization and outcome. *J ReprodMed.* 2003;48:943–9.
16. Davies A, Hart R, Magos A, Hadad E, Morris R. Hysterectomy: surgical route and complications. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol.* 2002;104:148–51.
17. Hirsch H, Käser O, Iklé F. Atlas de Cirugía Ginecológica. Quinta edición. Madrid, España: Marban Libros. 2000.
18. Mc Donald T. Histerectomía. Indicaciones, tipos y alternativas. En: Copeland L, Jarrel J, eds. Ginecología. 2da. Edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A. 2002.
19. López-Olmos J. Complicaciones en las histerectomías abdominales. Estudio sobre una serie de 315 casos. *Toko-GinPract.* 2002; 61:142-51.
20. Harris W. Early complications of abdominal and vaginal hysterectomy. *ObstetGynecolSurv.* 1995; 50:795-805.
21. Garry R, Fountain J, Brown J, Manca A, Mason S, Sculpher M, et al. Evaluate hysterectomy trial: a multicentre randomized trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy. *Health Technol Assess* 2004; 8(26):1154.
22. Garry R, Fountain J, Mason S, Napp V, Bridgman S, Hawe J, Clayton R, Abott J, et al. The eVALuate study: two parallel randomized trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ* 2004; 328(7432):129-33.

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

23. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry R. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *BMJ* 2005;330:1478-doi:10.1136/bmj.330.7506.1478.
24. Summitt RL Jr; Stovall TG; Bran DF. Prospective comparison of indwelling bladder catheter drainage versus no catheter after vaginal hysterectomy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1994 Jun. Vol 170: no 6, pag:1815-8; discusión 1818-21.
25. Grosdemouge I, Bleret-Mattart V, von Theobald P, Dreyfus M. Complications of vaginal Hysterectomy on non prolapsed uterus. *J GinecolObstetBiolReprod (Paris)* 2000 Sep; 29 (5): 478-84.
26. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, Cowart MR, Scally MJ, Peterson HB, DeStefano F, Rubin GL, Ory HW. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *The Collaborative Review of Sterilization. Am J ObstetGynecol* 1982; 144(7):841-8.
27. American Collage of Obstetricians and Gynecologists. Surgical alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. *ACOG practice bulletin*; n°16, May 2000.

ANEXOS

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La suscrita, de años de edad y con cédula n°....., manifiesta que ha sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer participar como fuente primaria del presente estudio titulado: “Histerectomía vaginal versus histerectomía abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico en las pacientes atendidas en la sala de Ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el período de junio 2009 a junio 2011” y de esta manera cubrir los objetivos del Proyecto de Investigación con el fin de mejorar los resultados clínicos de las múltiples causas que conforman el síndrome de dolor pélvico crónico.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a estricto resguardo y con las garantías que ofrecen los realizadores del estudio.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que mis datos personales, expediente clínico y notas operatorias sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Día _____ del mes de _____ del año 20__

Firma

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TIPO DE HISTERECTOMÍA

Vaginal ___ Abdominal ___

1. Datos Generales

Edad(en años)___

Raza

Mestiza ___

Blanca ___

Negra ___

Otra ___

Procedencia

Urbana ___

Rural ___

2. Antecedentes Gineco-Obstétricos

Gestas ___

Para ___

Aborto ___

Cesárea ___

Menarquía ___

Dispareunia ___

Sangrado irregular ___

Metrorragia ___

Menorragia ___

Menometrorragia ___

IVSA ___

Nº de Hijos ___

Nº de compañeros ___

3. Datos de la Patología

Diagnóstico preoperatorio _____

Tiempo de diagnóstico previo a la cirugía (en meses) _____

4. Datos del Procedimiento

Tiempo Operatorio (en minutos)___

Pérdida Hemática significativa Si ___ No ___

5. Complicaciones Trans y posquirúrgicas

IVU ___

Hematoma herida ___

Fiebre ___

Hemorragia ___

Infección de herida ___

Otra ___

6. Estancia Hospitalaria(en horas)_____

7. Regreso a las actividades cotidianas (en días)_____

8. Mejoría del dolor

Nada _____

Poco _____

Bastante _____

Mucho _____

Histerectomía vaginal vs. abdominal en el manejo del Dolor Pélvico Crónico

Valoración de Riesgo Quirúrgico

Colegio Americano De Cardiología /Asociación Americana de Cardiología

Nombre: _____ edad: _____

Sexo: _____

Historia de enfermedad coronaria:

Revascularización coronaria en los últimos 5 años.

Evaluación coronaria en los últimos 2 años.

Predictores clínicos

Mayores

Infarto miocárdico agudo reciente _____

Angina clase III o IV _____

Insuficiencia cardíaca descompensada _____

Bloqueo AV II o III _____

Arritmia ventricular sintomática con enfermedad cardíaca de base _____

Arritmia supra ventricular con respuesta ventricular rápida _____

Enfermedad valvular severa _____

Intermedios

Angina clase I o II _____

Infarto previo por historia ondas Q en EKG _____

Insuficiencia cardíaca compensada _____

Diabetes mellitus _____

Insuficiencia renal _____

Menores

Edad avanzada (≥ 50 años) _____

EKG con HVI o BRI o ST anormal _____

Ritmo diferente al sinusal _____

Capacidad funcional baja _____

Historia de enfermedad vascular cerebral _____

Hipertensión arterial no controlada _____

Capacidad física

Baja (< de 4 METS) _____

Moderada (4-6 METS) _____

Excelente (> 6 METS) _____

Procedimiento quirúrgico

De alto riesgo (> 5% eventos) _____

Riesgo intermedio (1-5% eventos) _____

Riesgo bajo (<1% de eventos) _____