

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**SEGURIDAD DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL
COMPARADA CON LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL
TOTAL EN PATOLOGÍA BENIGNA DE ÚTERO NO
PROLAPSADO**

**SAFETY OF VAGINAL HYSTERECTOMY COMPARED WITH
TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY IN BENIGN
PATHOLOGY OF NON-PROLAPSED UTERUS**

**INFORME DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

Vásquez Alcántara, José Fernando

ASESOR:

Dr. Rojas Ruiz, Juan Carlos

INSTITUCIÓN:

Hospital Regional Docente de Trujillo

CORRESPONDENCIA:

jf_vasquez930@hotmail.com

Trujillo – Perú

2019

MIEMBROS DEL JURADO

DR. JAVIER VASQUEZ ALVARADO
PRESIDENTE

DR. CESAR VALDERRAMA DIAZ
SECRETARIO

DRA. EVELYN SANCHEZ QUIROZ
VOCAL

TRUJILLO, 22 DE MARZO DE 2019

DR. JUAN CARLOS ROJAS RUIZ

ASESOR

DEDICATORIA

A mis padres, por su paciencia y apoyo en las adversidades, porque a pesar de todo siguieron confiando en mí.

A Valeria, a ti hermana por las risas y que el empuje sea ejemplo de lucha y constancia en tu vida.

A Karina, Tania y Licet, mis tías amadas, a ustedes por el inmenso cariño conmigo, el cariño más bello que he podido conocer.

A mis abuelos Marilú y Jose Eulises, mis papitos queridos por ser ejemplo siempre de trabajo arduo y sacrificio, eternamente con ustedes.

Y finalmente a ti Sol María, mi mejor amiga, compañera de aventuras y el amor de mi vida, por ser siempre mi apoyo incondicional, refugio y fortaleza, con quien cuento para toda la vida.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Danny Moran Solano, por ser parte de este trabajo en sus inicios y compartir sus inquietudes e ideas nuevas que son motivo de este estudio.

Al Dr. Juan Carlos Rojas Ruiz, mi asesor que me ayudo a concluir este trabajo y me dio las facilidades para seguir adelante.

A mis amigos de promoción del colegio Seminario – “MMIX”, gracias muchachos por el aliento, las ganas de superación y esas inmensas ganas de salir a comernos el mundo.

A mis tíos, primos y abuela Herminia, gracias a todos por los consejos y la preocupación, sé que será una gran alegría compartir este logro con ustedes.

INDICE

CONTENIDO

Pág.

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	9
MATERIAL Y METODOS	15
RESULTADOS	23
DISCUSION	27
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
ANEXOS	40

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que la histerectomía vaginal es una vía de abordaje más segura que la histerectomía abdominal total en pacientes con diagnóstico de patología benigna del útero no prolapsado en el HRDT durante el periodo enero 2015 – octubre 2018.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de cohortes en el que se incluyeron a 110 pacientes con patología benigna del útero no prolapsado, según criterios de selección los cuales se dividieron en 2 grupos: expuestos a histerectomía vaginal o a histerectomía abdominal; aplicándose el riesgo relativo, y la prueba estadística chi cuadrado.

Resultados: No se apreciaron diferencias significativas referente a las variables edad, estancia hospitalaria en días y frecuencia de comorbilidades entre los pacientes expuestos a histerectomía vaginal o abdominal. La frecuencia de complicaciones fue menor en el grupo con histerectomía vaginal (4%) respecto a histerectomía abdominal total (13%) con un riesgo relativo de 0.26 el cual no fue significativo ($p > 0,05$). Los promedios de pérdida sanguínea y tiempo operatorio si fueron significativamente menores en las pacientes expuestas a histerectomía vaginal en comparación al grupo expuesto a histerectomía abdominal ($p < 0.05$).

Conclusión: La histerectomía vaginal es una vía de abordaje más segura respecto a la pérdida sanguínea y tiempo operatorio, que la histerectomía abdominal total en pacientes con diagnóstico de patología benigna del útero no prolapsado en el HRDT durante el periodo enero 2015 – octubre 2018.

Palabras clave: *Histerectomía, complicaciones, patología uterina.*

ABSTRACT

Objective: To demonstrate that vaginal hysterectomy is a safer approach than total abdominal hysterectomy in patients diagnosed with benign disease of the uterus not prolapsed in the HRDT during the period January 2015 - October 2018.

Material and methods: A retrospective cohort study was carried out in which 110 patients with non-prolapsed benign pathology were included, according to selection criteria which were divided into 2 groups: exposed to vaginal hysterectomy or abdominal hysterectomy; applying the relative risk, and the chi square statistical test.

Results: No significant differences were observed regarding the variables age, hospital stay in days and frequency of comorbidities among patients exposed to vaginal or abdominal hysterectomy. The frequency of complications was lower in the group with vaginal hysterectomy (4 %) than in total abdominal hysterectomy (13 %) with a relative risk of 0.26 which was not significant ($p > 0,05$). The averages of blood loss and operative time were significantly lower in the group of patients exposed to vaginal hysterectomy with respect to the group exposed to abdominal hysterectomy ($p < 0.05$).

Conclusion: Vaginal hysterectomy is a safer approach to blood loss and operative time, than total abdominal hysterectomy in patients diagnosed with benign disease of the uterus not prolapsed in the HRDT during the period January 2015 - October 2018.

Key words: *Hysterectomy, complications, uterine pathology.*

I. INTRODUCCIÓN

La histerectomía es la cirugía electiva que se realiza con mayor frecuencia en ginecología, con un estimado de 600 000 y 100 000 al año en EE. UU. y Reino Unido, respectivamente (1,2). El 90% son realizadas por patologías benignas; entre las más frecuentes tenemos leiomiomas (la principal indicación en un 62 % de los casos) (3), hiperplasia endometrial, hemorragia uterina disfuncional, displasias cervicales (pacientes sin deseos futuros de gestación, en cuyos casos se sugiere primero la posibilidad de conización), adenomiosis, dismenorrea o dolor pélvico crónico, endometriosis y prolapso uterino (4,5).

Las vías de abordaje son múltiples, tales como: abdominal, vaginal, laparoscópica y con asistencia robótica (6). La histerectomía abdominal (HA) es actualmente la técnica más usada a nivel mundial (66,1%) en el tratamiento de patologías benignas de útero, con una proporción estimada de realización de 70:30 para esta frente a la vía vaginal (4,7). La facilidad y comodidad que ofrece un amplio campo operatorio además de una visión tridimensional de la zona a intervenir han llevado a la preponderancia de esta vía sobre las otras (8), sin embargo se debe reservar para neoplasias malignas, úteros muy voluminosos, adherencias, antecedente de cirugías pélvicas importantes o cuando la extirpación uterina no es posible mediante la vía vaginal, así mismo cuando las instalaciones hospitalarias no puedan soportar abordajes quirúrgicos menos invasivos o cuando el intento de una vía mínimamente invasiva falla intraoperatoriamente (9,10).

La histerectomía vaginal sin prolapso (HVNP) es una técnica quirúrgica que permite la extracción del útero con patología benigna a través de la vagina, sin necesidad de realizar incisiones en la pared abdominal y en ausencia de prolapso uterino (11,12). El impulso para ampliar los beneficios y explorar los límites de la ruta vaginal vino de la experiencia práctica con las pacientes que deseaban evitar una incisión abdominal, utilizando un orificio anatómico (8). A pesar de la seguridad y eficacia demostradas por ACOG (10) y Cochrane (13) para la patología benigna en úteros no prolapsos, el abordaje vaginal sigue siendo subutilizado en la práctica quirúrgica a nivel mundial. Contrariamente, en Suecia las tasas de realización de histerectomía vaginal aumentaron del 4% en 1987 al 31% en 2003, y en Finlandia del 18% en 1996 al 42% en 2012 como resultado de estrategias activas para promover este enfoque (14,15).

En general, el abordaje vaginal supone menor trauma quirúrgico, recuperación y restablecimiento del ritmo intestinal más rápidos. Su uso es idóneo en mujeres obesas ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), con cicatrización queloide, ancianas o con úteros atróficos (16). Anteriormente el útero de gran tamaño (> 12 semanas de gestación o $> 280 - 300 \text{ gr.}$), la nuliparidad y el antecedente de cesárea eran consideradas contraindicaciones absolutas (1,17,18). Sin embargo; muchos autores han reportado el éxito de la histerectomía vaginal en estas situaciones, por lo que en la actualidad representan contraindicaciones relativas. La estrechez vaginal, la inamovilidad uterina, el cáncer invasivo de cuello uterino y la endometriosis severa siguen siendo contraindicaciones absolutas (19,20).

La elección de la vía quirúrgica sigue siendo controvertida y debe de individualizarse en cada paciente (21). Dentro de las consideraciones para elegir entre una vía u otra en el escenario de la patología benigna uterina, tenemos: entrenamiento y experiencia del cirujano, enfermedades extrauterinas (patología anexial, síndrome adherencial), forma y tamaño uterino (22), necesidad de otros procedimientos asociados, edad y estado de salud de la paciente, calidad de vida después de la intervención, preferencia de la paciente y costo – efectividad (4,23,24).

El desempeño del cirujano ginecológico cumple un papel fundamental en el éxito y la seguridad de la histerectomía vaginal (15). Por este motivo, en los países nórdicos y de Europa occidental se han implementado estrategias para mejorar la formación de los residentes, promover la colaboración entre los médicos y difundir la evidencia que apoya la superioridad de este tipo de cirugía en casos de patología benigna uterina sobre la vía abdominal (14,25).

Es necesario que el cirujano conozca la anatomía topográfica de la región, posea un grado de entrenamiento suficiente, esté dotado de habilidad y sea prudente (26). En consecuencia, a medida que los residentes entrenan y adquieren mayor experiencia, perfeccionan sus habilidades, lo que les permite ejecutar con mayor facilidad casos más complejos (2,11).

Se recomienda la realización de al menos 30 histerectomías vaginales durante el periodo de aprendizaje para alcanzar la capacidad de efectuar una histerectomía vaginal exitosa (15,17).

La histerectomía, como cualquier intervención quirúrgica, no está exenta de complicaciones, dentro de las cuales tenemos: infección del tracto urinario, infección del sitio operatorio, hemorragia, lesión de vejiga, lesión ureteral, lesión intestinal, íleo paralítico y muerte (19,27).

En la histerectomía vaginal, estas son infrecuentes y suceden en menor número que en la histerectomía abdominal total (16,23). Se ha reportado hasta 1,9 % de complicaciones intraoperatorias para el abordaje vaginal en patología benigna uterina, siendo 1,2 % daños vesicales y 0,7 % para daños vasculares. Las infecciones posoperatorias de la histerectomía vaginal incluyen celulitis de cúpula, celulitis pélvica, absceso pélvico y estas ocurren en aproximadamente el 4% de las pacientes (4,21). Adicionalmente existen informes con tasas de mortalidad de casi el 0,1 % para la HV respecto al 5,4 % en HA (19).

Otros beneficios de la histerectomía vaginal en comparación a la histerectomía abdominal total son: menor dolor postoperatorio, ausencia de cicatriz, adherencias y hernia incisional, menor número de complicaciones, menor mortalidad, estancia hospitalaria más corta, menor pérdida sanguínea intraoperatoria, menor duración del procedimiento y una mejor relación costo/beneficio (25,28–30).

El presente estudio se justifica porque a nivel internacional ya ha sido demostrada la superioridad de la histerectomía vaginal sobre la histerectomía abdominal para el tratamiento de la patología benigna uterina; sin embargo, a nivel regional y nacional aún no existe evidencia que acredite tales resultados debido a que es una técnica poco conocida,

practicada e investigada. En caso de que éstos pudieran extrapolarse a nuestro contexto, este tipo de pacientes resultarían beneficiadas por la mayor seguridad de esta vía de abordaje.

1.1 Enunciado del problema

¿Es la histerectomía vaginal una vía de abordaje más segura que la histerectomía abdominal total en patología benigna del útero no prolapsado?

1.2. Hipótesis

Alternativa

La histerectomía vaginal es una vía de abordaje más segura que la histerectomía abdominal total en patología benigna del útero no prolapsado.

Nula

La histerectomía vaginal no es una vía de abordaje más segura que la histerectomía abdominal total en patología benigna del útero no prolapsado.

1.3 Objetivos

General

Demostrar que la histerectomía vaginal es una vía de abordaje más segura que la histerectomía abdominal total en pacientes con diagnóstico de patología benigna del útero no prolapsado en el HRDT durante el periodo enero 2015 – octubre 2018.

Específicos

Comparar la frecuencia de complicaciones quirúrgicas de la histerectomía vaginal y la histerectomía abdominal total en las pacientes con diagnóstico de patología benigna del útero no prolapsado del Servicio de Ginecología del HRDT durante el periodo enero 2015 – octubre 2018.

Comparar el promedio de tiempo operatorio de la histerectomía vaginal y la histerectomía abdominal total en las pacientes con diagnóstico de patología benigna del útero no prolapsado del Servicio de Ginecología del HRDT durante el periodo enero 2015 – octubre 2018.

Comparar el promedio de pérdida sanguínea de la histerectomía vaginal y la histerectomía abdominal total en las pacientes con diagnóstico de patología benigna del útero no prolapsado del Servicio de Ginecología del HRDT durante el periodo enero 2015 – octubre 2018.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Diseño del estudio

El presente estudio fue de tipo observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo. Corresponde a un estudio de cohorte retrospectivo.

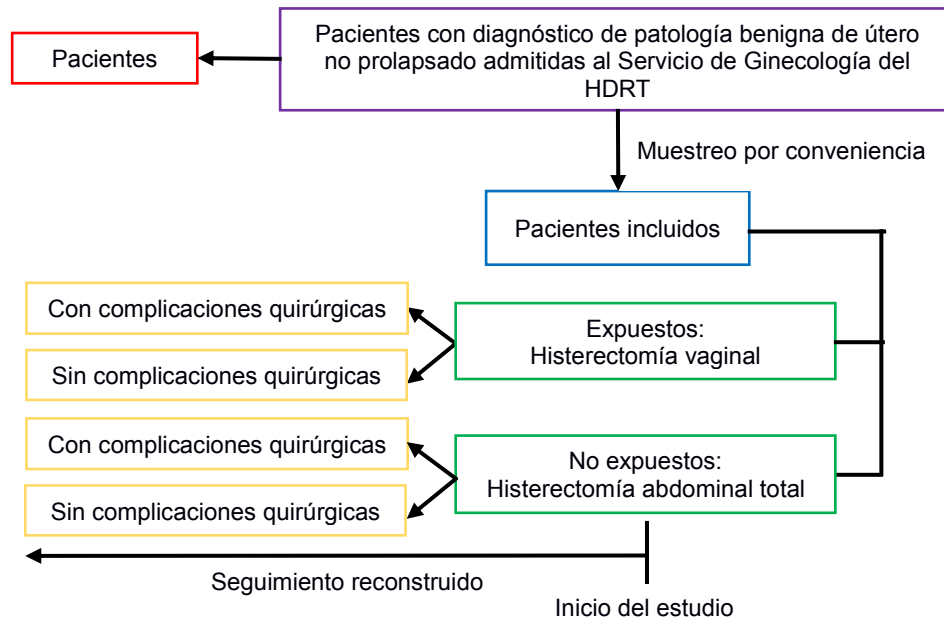


Figura N°1. Diseño del estudio

2.2 Población, muestra y muestreo

Población

Población de estudio

Pacientes con diagnóstico de patología benigna de útero no prolapsado sometidas a histerectomía vaginal y abdominal total admitidas al Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo enero 2015 – octubre 2018 que cumplan con los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico de patología benigna de útero no prolapsado sometidas a histerectomía vaginal admitidas al Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo enero 2015 – octubre 2018.

Pacientes con diagnóstico de patología benigna de útero no prolapsado sometidas a histerectomía abdominal total admitidas al Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo enero 2015 – octubre 2018.

Criterios de exclusión

- Datos incompletos en la historia clínica
- Pacientes gestantes
- Pacientes puérperas
- Pacientes con diagnóstico de aborto
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional
- Antecedente de peritonitis de cualquier origen
- Antecedente de absceso tuboovárico
- Antecedente de enfermedad neoplásica maligna de cualquier origen
- Pacientes inmunodeprimidos

2.3 Muestra y muestreo

Unidad de análisis

Paciente con diagnóstico de patología benigna de útero no prolapsado sometidas a histerectomía vaginal o abdominal admitida al Servicio de ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo enero

2015 – octubre 2018 que cumplieron con los criterios de selección ya señalados

Unidad de muestreo

Idéntica a la unidad de análisis

Tamaño muestral

Considerando que la técnica de histerectomía en la presente investigación fue evaluada en un contexto patológico bastante específico como el que corresponde a patología benigna de útero no prolapsado, al momento de realizar la búsqueda de casos en la base de datos del Hospital durante el periodo correspondiente; fue necesario prescindir de muchos expedientes clínicos en los cuales figuraba que la histerectomía se había realizado en un contexto patológico distinto al planteado; ello condicionó una reducción en nuestra población, por lo que finalmente decidimos trabajar con todos los casos de histerectomía vaginal y abdominal comprendidos en el periodo de estudio, que en total constituyeron un total de 110 pacientes.

Marco muestral

Idéntica a la unidad de análisis

Método de muestreo

Muestreo por conveniencia

2.4. Definición operacional de variables

Definición operacional

Variable independiente

Vía de abordaje: Nombre del tipo de técnica quirúrgica utilizada para la realización de la histerectomía sea vaginal o abdominal total.

Variable dependiente

Complicaciones quirúrgicas: Nombre de la complicación provocada de forma directa por una intervención quirúrgica durante el periodo intraoperatorio y/o posoperatorio.

Variables de confusión

Edad: Número de años transcurridos desde el nacimiento de la paciente y la fecha actual del ingreso.

Patología benigna de útero no prolapsado: Nombre de la patología confinada al útero (cérvix, cuerpo y fondo) siendo identificada mediante sus manifestaciones clínicas y/o exámenes auxiliares, excluyendo el prolapso uterino y esta a su vez tributaria a la realización de histerectomía, dentro de las cuales podemos incluir a la miomatosis uterina, hemorragia uterina disfuncional, dolor pélvico crónico, NIC I/II, endometriosis, etc.

Comorbilidades: Nombre de una o más patologías presentes en la paciente además de la patología benigna de útero no prolapsado.

Tiempo quirúrgico: Número en minutos del espacio transcurrido desde el inicio hasta el final de la intervención quirúrgica.

Pérdida sanguínea estimada: Volumen estimado de pérdida hemática en mililitros producido durante el acto quirúrgico.

Estancia hospitalaria posoperatoria: Tiempo transcurrido en días desde el final del procedimiento quirúrgico hasta el alta médica hospitalaria.

Tabla N°1. Operacionalización de variables

Variables	Tipo	Escala de medición	Índices	Dimensiones	Indicadores
INDEPENDIENTE Vía de abordaje	Cualitativa dicotómica	Nominal	❖ Histerectomía abdominal total ❖ Histerectomía vaginal	-	Reporte operatorio y/o hoja de epicrisis de la H.C.
DEPENDIENTE Complicaciones quirúrgicas	Cualitativa politómica	Nominal	❖ Sí ❖ No	❖ Intraoperatorias: ▪ Lesión ureteral ▪ Lesión vesical ▪ Lesión intestinal ▪ Hemorragia intraoperatoria ▪ Otras ❖ Posoperatorias: ▪ Infección del sitio operatorio ▪ Hemorragia posoperatoria ▪ Lesión ureteral ▪ Fístula vesicovaginal ▪ Infección del tracto urinario ▪ Muerte ▪ Otras	Reporte operatorio, hoja de evolución y epicrisis de la H.C.
CONFUSORAS Edad	Cuantitativa discreta	Razón	❖ Tiempo	Años de vida	H.C.

Variables	Tipo	Escala de medición	Índices	Dimensiones	Indicadores
Patología benigna de útero no prolapsado	Cualitativa politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Miomatosis uterina ❖ Hemorragia uterina anormal ❖ Dolor pélvico crónico ❖ Neoplasia cervical ❖ Endometriosis ❖ Otros 	-	H.C.
Comorbilidades	Cualitativa politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ HTA ❖ DM II ❖ Anemia ❖ Otros 	-	H.C.
Tiempo quirúrgico	Cuantitativa discreta	Razón	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tiempo 	Minutos	Reporte operatorio u hoja de anestesia de la H.C.
Pérdida sanguínea estimada	Cuantitativa discreta	Razón	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Volumen 	Mililitros (mL)	Reporte operatorio de la H.C.
Estancia hospitalaria posoperatoria	Cuantitativa discreta	Razón	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tiempo 	Días	Hoja de evolución y epicrisis de la H.C.

2.5 Procedimientos y técnicas

Se solicitó el consentimiento para ejecutar el proyecto de investigación al Hospital Regional Docente de Trujillo (anexo 01).

Se recopilaron los datos mediante revisión de las historias clínicas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo que cumplieron con los criterios de selección ya especificados, los cuales serán transcritos en la ficha de recolección de datos previamente diseñada (anexo 02). La evaluación de las complicaciones quirúrgicas fue realizada hasta el último control posoperatorio.

Los datos obtenidos se tabularon en una hoja de cálculo de MS Excel 2016 y fueron exportados al programa SPSS 23.0 para la elaboración de la base de datos.

2.6. Plan de análisis de datos

Estadística descriptiva

Para las variables cualitativas, se obtuvieron datos de distribución de frecuencias. Para las variables cuantitativas, se calculó la media y la desviación estándar.

Estadística analítica

Se evaluó la asociación de las variables por estadística inferencial mediante la prueba de Chi Cuadrado con un nivel de significación estadística $p < 0.05$. Se evaluó el evento de riesgo a través de tablas de contingencia, determinando el riesgo relativo (RR) y el riesgo atribuible (RA) con un intervalo de confianza (IC) de 95 %.

Aspectos éticos

El presente estudio contó con la aprobación del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente de Trujillo y fue realizado respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23) y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA).

Limitaciones

Una de las limitaciones para la realización del estudio fue de carecer de control sobre la calidad de los datos recopilados, principalmente de las variables confusoras, además el seguimiento de las pacientes luego de la intervención quirúrgica pudo ser motivo de pérdida de estas y de la caracterización de las complicaciones, en tal motivo se ha propuesto incluir como estrategia metodológica la revisión de las historias clínicas hasta el último control posquirúrgico.

III. RESULTADOS:

Tabla N°1. Características de los pacientes incluidos en el estudio en el Hospital Regional Docente de Trujillo 2015 – 2018

Variables intervinientes	Histerectomía vaginal (n=28)	Histerectomía a abdominal (n=82)	RR (IC 95%)	Valor P
Edad: Promedio	45.6+/-6.23	46.4 ± 8.6	NA	0.652
Estancia hospitalaria: Promedio	3.2 ± 4.4	3.6+/- 5.6	NA	0.732
Comorbilidades:	11(39%)	37(45%)	RR: 0.87	0.5908
• Si	17(61%)	45(55%)	(IC 95% 0.518 –	
• No			1.462)	

FUENTE: Hospital Regional Docente de Trujillo: Fichas de recolección de datos: 2015 - 2018.

En la Tabla N°1 tenemos que la edad promedio y la estancia hospitalaria promedio no difieren según tipo de histerectomía ($p > 0.05$), estos resultados fueron obtenidos con la prueba T Student para muestras independientes; también podemos decir que la comorbilidad no está asociada al tipo de histerectomía ($p > 0.05$), estos resultados se obtuvieron con la prueba Chi Cuadrado.

Tabla N°2: Comparación de complicaciones entre histerectomía vaginal respecto a histerectomía abdominal total en las pacientes con diagnóstico de patología benigna del útero no prolapsado HRDT periodo enero 2015 – octubre 2018

Histerectomía	Complicaciones		Total
	Si	No	
Vaginal	1 (4%)	27 (96%)	28 (100%)
Abdominal	11 (13%)	71 (87%)	82 (100%)
Total	12	98	110

FUENTE: Hospital Regional Docente de Trujillo: Fichas de recolección de datos: 2015-2018.

Chi cuadrado: 2.0808

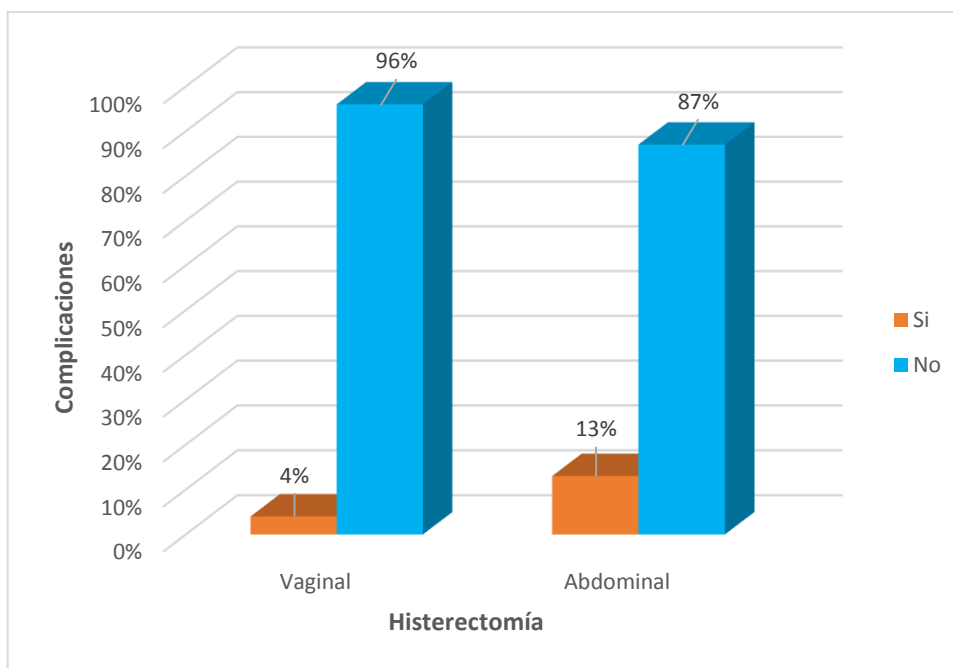
p = 0.1492

Riesgo relativo: 0.266

Intervalo de confianza al 95%: (0.035 – 1.970)

En la Tabla N°2 observamos que la histerectomía vaginal no está asociada a las complicaciones ($p > 0.05$, resultado de la prueba Chi Cuadrado), el intervalo de confianza del RR al 95% de confianza contiene a 1, por lo tanto, podemos decir que la histerectomía vaginal no es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones.

Gráfico N°1: Comparación de complicaciones entre histerectomía vaginal respecto a histerectomía abdominal total en las pacientes con diagnóstico de patología benigna del útero no prolapsado HRDT periodo enero 2015 – octubre 2018



La frecuencia de complicaciones en el grupo expuesto a histerectomía vaginal fue de 3% mientras que en el grupo expuesto a histerectomía abdominal fue de 13 %. Podemos notar menor porcentaje en el tipo de histerectomía vaginal que la abdominal, es por ello que no es un factor de riesgo, tal como se explicó en la tabla anterior.

Tabla N°3: Comparación de promedios de pérdida sanguínea y tiempo operatorio entre histerectomía vaginal respecto a histerectomía abdominal total en las pacientes con diagnóstico de patología benigna del útero no prolapsado HRDT periodo enero 2015 – octubre 2018

Pérdida sanguínea	Histerectomía		T de student	p
	Vaginal (n=28)	Abdominal (n=82)		
Promedio	200.6	325.6		
Desviación Estándar	181.8	205.2	-2.86	0.005
Tiempo operatorio			T de student	p
	Promedio	Desviación Estándar		
Promedio	102.5	120.6	-2,048	0,043
Desviación Estándar	37.8	41.2		

FUENTE: Hospital Regional Docente de Trujillo: Fichas de recolección de datos: 2015-2018.

En este análisis se comparan los promedios de pérdida sanguínea y tiempo operatorio entre los grupos de estudio, encontrando que el promedio de ambos desenlaces fue significativamente menor en el grupo de pacientes expuestos a histerectomía vaginal respecto a la histerectomía abdominal ($p < 0,05$).

IV. DISCUSIÓN

La histerectomía, como cualquier intervención quirúrgica, no está exenta de complicaciones, dentro de las cuales tenemos: infección del tracto urinario, infección del sitio operatorio, hemorragia, lesión de vejiga, lesión ureteral, lesión intestinal, íleo paralítico y muerte (19,27). En la histerectomía vaginal, estas son infrecuentes y suceden en menor número que en la histerectomía abdominal total (16,23). Las infecciones posoperatorias de la histerectomía vaginal incluyen celulitis de cúpula, celulitis pélvica, absceso pélvico y estas ocurren en aproximadamente el 4% de las pacientes (4,21). Otros beneficios de la histerectomía vaginal en comparación a la histerectomía abdominal total son: menor dolor postoperatorio, ausencia de cicatriz, adherencias y hernia incisional, menor número de complicaciones, menor mortalidad, estancia hospitalaria más corta, menor pérdida sanguínea intraoperatoria, menor duración del procedimiento y una mejor relación costo/beneficio (25,28–30).

Cabe precisar que en nuestro estudio se aplicó un filtro al momento de seleccionar los casos de histerectomía, incluyendo solo a los que se habían desarrollado en un contexto patológico bastante específico como el que corresponde a patología benigna de útero no prolapsado, al momento de realizar la búsqueda de casos en la base de datos del HRDT durante el periodo correspondiente; fue necesario prescindir de muchos expedientes clínicos en los cuales figuraba que la histerectomía se había realizado en un contexto patológico distinto al planteado; ello condicionó a una reducción en nuestra población, por lo que finalmente decidimos trabajar con todos los casos de histerectomía vaginal y abdominal comprendidos en el periodo de estudio, que en total constituyeron un total de 110 pacientes.

En la Tabla N°1 se compara información general de los grupos de estudio, en cuanto a las variables intervinientes en tal sentido comparan los promedio de edad, tiempo de estancia hospitalaria y las frecuencias de comorbilidades entre ambos grupos de estudio; sin verificar diferencias significativas en relación a estas características entre las pacientes expuestas a una u otra técnica quirúrgica; estos hallazgos son coincidentes con lo descrito por; Chen B. et al. (23) en China en el 2014 y Sharma N. (32) en India en el 2015; quienes tampoco registran diferencia respecto a las variables tiempo de estancia hospitalaria y frecuencia de comorbilidades entre los pacientes de uno u otro grupo de estudio.

En la Tabla N°2 se pone en evidencia la comparación de ambas estrategias terapéuticas y al verificar la frecuencia de complicaciones en el grupo expuesto a histerectomía vaginal (4%) respecto al grupo expuesto a histerectomía abdominal total (13%), si bien es cierto es menor no existe diferencia significativa entre ambos grupos con un valor $p > 0,05$ y un riesgo relativo de 0.26 (IC: 0.035 – 1.970) llegando a concluir que la técnica vaginal no es un factor de riesgo para desarrollar complicaciones; siendo esta tendencia extrapolable a toda la población.

En cuanto a los trabajos previos observados se puede considerar al estudio de Dawood N et al. en Pakistán en el 2009 llevaron a cabo un estudio con la finalidad de comparar la histerectomía vaginal respecto a la histerectomía abdominal a través de un diseño cuasiexperimental en el que se incluyeron a 80 pacientes divididos en 2 grupos de 40 individuos; observando que si bien no se registraron diferencias respecto a la frecuencia de complicaciones, si se registró un tiempo operatorio (73 minutos versus 85 minutos) y una pérdida sanguínea (291 ml versus 368 ml) significativamente inferiores en el grupo expuesto a histerectomía vaginal, respecto a la abdominal ($p < 0.05$) (31).

Hacemos mención a los hallazgos de Sharma N. por medio de un estudio prospectivo de casos y controles en donde se incluyeron a noventa casos de histerectomía vaginal no descendente (edad media 38.8 y paridad 3.99) realizados para diversas indicaciones de histerectomía; Se tomaron 90 casos de histerectomía abdominal total como controles; observando que el promedio de pérdida de sangre en los casos de técnica vaginal fue de 392.77 cc en comparación con los controles en quienes fue de 595 cc; el tiempo promedio tomado para los casos de técnica vaginal fue de 53.8 minutos mientras que en los controles completaron en un promedio de 69.4 minutos; la infección de la herida abdominal se produjo en el 13,33% de los casos de técnica abdominal mientras que solo en el 3,33% de los pacientes con técnica vaginal ($p < 0.05$) (32).

En la Tabla N°3 se comparan los promedios de pérdida sanguínea y de tiempo quirúrgico entre pacientes histerectomizadas por vía vaginal o por vía abdominal; a través del test estadístico t de student, el cual verifica que los promedios entre ambos grupos son significativamente distintos ($p < 0.05$); con tendencia a ser significativamente menores en el grupo expuesto a histerectomía vaginal; ello constituye una valoración que debe ser tomada en cuenta en el contexto del objetivo de nuestra investigación, respecto a la valoración de seguridad de la técnica operatoria, particularmente en cuanto a la variable pérdida sanguínea; por lo que la técnica vaginal podría considerarse más segura que la abdominal en este sentido.

Finalmente reconocemos lo observado por Chen B, et al. quienes verificaron la seguridad de la histerectomía vaginal respecto la histerectomía abdominal en pacientes con patología benigna de útero sin prolapso, por medio de un estudio prospectivo de cohortes en el que se incluyeron a 313 pacientes; de los cuales 143

pacientes fueron expuestas a histerectomía abdominal; no se identificaron complicaciones en ninguno de los grupos de estudio; respecto al promedio de pérdida sanguínea ($p < 0.05$) y el promedio de tiempo operatorio ($p < 0.05$); estos fueron significativamente inferiores en el grupo de pacientes expuestos a la técnica vaginal ($p < 0.05$) (23).

V. CONCLUSIONES

1. La histerectomía vaginal tanto como la histerectomía abdominal total en patología benigna de útero no prolapsado, son dos vías de abordaje seguras en relación con las complicaciones quirúrgicas existentes puesto que no presentan diferencias significativas en este estudio.
2. El promedio de pérdida sanguínea fue significativamente menor en las pacientes que se le realizó histerectomía vaginal versus el grupo expuesto a histerectomía abdominal total ($p < 0.05$)
3. El tiempo operatorio fue a su vez significativamente menor en el grupo de pacientes expuestos a histerectomía vaginal respecto al grupo expuesto a histerectomía abdominal total ($p < 0.05$).

VI. RECOMENDACIONES

1. La mayor seguridad de la histerectomía vaginal en comparación con el desempeño de la histerectomía abdominal total observada en esta investigación debiera ser tomada en cuenta al momento de planificar el protocolo de manejo intrahospitalario en esta población de pacientes.
2. Es imprescindible desarrollar nuevos estudios con la finalidad de corroborar nuestros hallazgos tomando en cuenta un contexto poblacional más numeroso para que de este modo se puedan extrapolar nuestros hallazgos al ámbito local y nacional.
3. Es pertinente valorar otros desenlaces de interés al momento de comparar las estrategias terapéuticas evaluadas en esta investigación además de la efectividad, como por ejemplo la recurrencia del prolapso y el costo beneficio para tener una idea integral de su alcance terapéutico.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gayak K, Smitha A, Tripathy J. Abdominal versus vaginal hysterectomy in non-descent cases. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 [citado 09 de octubre de 2017]; 4(2):419-423. Disponible en: <http://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/1896>
2. Fatania K, Vithayathil M, Newbold P, Yoong W. Vaginal versus abdominal hysterectomy for the enlarged non-prolapsed uterus: a retrospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2014 [citado 09 de octubre de 2017]; 174:111-114. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24412144>
3. Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complications of Hysterectomy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2013 [citado 09 de octubre de 2017]; 121(3):654-673. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23635631>
4. Manríquez V, Naser M, Gómez M. Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas: Experiencia de seis años, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev. Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2013 [citado 09 de octubre de 2017]; 78(6):432–435. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000600005
5. García C, Luis J. Análisis de 100 casos de histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. *Rev. Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2016 [citado 16 de octubre de 2017]; 76(1):4-10. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000100002

6. Shinde S, Aher G, Gavali U. Non-descent vaginal hysterectomy (NDVH): Our experience at a tertiary care centre. *Int J App Basic Med Res* [Internet]. 2015 [citado 16 de octubre de 2017]; 5(1):151-156. Disponible en: <http://ijbamr.com/pdf/December%202015%20151-156.pdf>
7. Mehla S, Chutani N, Gupta M. Non-Decent Vaginal Hysterectomy- Personal Experience of 105 Cases. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 [citado 16 de octubre de 2017]; 4(1):61-65. Disponible en: <http://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/1810>
8. Balakrishnan D. A Comparison between Non-Descent Vaginal Hysterectomy and Total Abdominal Hysterectomy. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2016 [citado 16 de octubre de 2017]; 10(1):11-14 Disponible en: http://www.jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2016&volume=10&issue=1&page=QC11&issn=0973-709x&id=7119
9. Abrol S, Rashid S, Jabeen F, Kaul S. Comparative analysis of non-descent vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy in benign uterine disorders. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 [citado 23 de octubre de 2017]; 6(3):846–849. Disponible en: <http://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/1641>
10. Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion No 701: Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 [citado 23 de octubre de 2017]; 129(6):155-159. Disponible en: <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/Choosing-the-Route-of-Hysterectomy-for-Benign-Disease>

11. Correa-Ochoa JL, Tirado-Mejía JA, Mejía-Zúñiga JF, Tirado-Hernández M, Gómez-Ibarra EA, Arango-Martínez A. Histerectomía vaginal sin prolapso: estudio de cohorte. Medellín (Colombia) 2008-2010. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 23 de octubre de 2017]; 62(1):45–50. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n1/v62n1a05.pdf>
12. Byrnes JN, Occhino JA. Hysterectomy for Benign Conditions of the Uterus. Obstet Gynecol Clin North Am [Internet]. 2016 [citado 23 de octubre de 2017]; 43(3):441-462. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27521878>
13. Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BWJ, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Libr [Internet]. 2015 [citado 23 de octubre de 2017]; 8. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003677.pub5/full>
14. Jokinen E, Brummer T, Jalkanen J, Fraser J, Heikkinen A-M, Mäkinen J, et al. Hysterectomies in Finland in 1990-2012: comparison of outcomes between trainees and specialists. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2015 [citado 30 de octubre de 2017]; 94(7):701-707. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25867490>
15. Moen M, Walter A, Harmanli O, Cornella J, Nihira M, Gala R, et al. Considerations to Improve the Evidence-Based Use of Vaginal Hysterectomy in Benign Gynecology. Obstet Gynecol [Internet]. 2014 [citado 30 de octubre de 2017]; 124(3):585-588. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25162260>

16. López Cabezas PF. Incidencia de complicaciones posteriores a histerectomía abdominal vs histerectomía vaginal en el Hospital San Francisco de Quito de enero 2014 a diciembre 2015. [Tesis doctoral]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016 [citado 30 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/11210>
17. Gauthier T, Huet S, Marcelli M, Lamblin G, Chêne G. Hystérectomie pour pathologie bénigne : choix de la voie d'abord, technique de suture vaginale et morcellement : recommandations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. 2015 [citado 30 de octubre de 2017]; 44(10):1168-1182. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231515002720>
18. Chavvan RP, Arora G, Pajai S. Comparative study between vaginal and abdominal hysterectomy in non-descent cases. *Int J Sci Rep* [Internet]. 2016 [citado 06 de noviembre de 2017]; 2(3):48–52. Disponible en: <http://www.sci-rep.com/index.php/scirep/article/view/132>
19. Malik N. Review of one hundred consecutive abdominal hysterectomies: their suitability for vaginal hysterectomy. *J Ayub Med Coll Abbottabad* [Internet]. 2015 [citado 06 de noviembre de 2017]; 27(2):415–420. Disponible en: <http://jamc.ayubmed.edu.pk/index.php/jamc/article/view/64>
20. Deffieux X, de Rochambeau B, Chene G, Gauthier T, Huet S, Lamblin G, et al. Hysterectomy for benign disease: clinical practice guidelines from the French College of Obstetrics and Gynecology. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2016 [citado 06 de noviembre de 2017]; 202:83–91. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27196085>

21. Ponce F. Factores asociados a complicaciones de la histerectomía vaginal en el Hospital San Bartolomé. [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [citado 06 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/pnc-16919>
22. Saha R, Shrestha NS, Thapa M, Shrestha J, Bajracharya J, Padhye SM. Non-descent vaginal hysterectomy: safety and feasibility. *Nepal J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2014 [citado 13 de noviembre de 2017]; 7(2):14–16. Disponible en: <https://www.nepjol.info/index.php/NJOG/article/view/11134/8993>
23. Chen B, Ren D-P, Li J-X, Li C-D. Comparison of vaginal and abdominal hysterectomy: A prospective non-randomized trial. *Pak J Med Sci* [Internet]. 2014 [citado 13 de noviembre de 2017]; 30(4):875-879. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4121717/>
24. Ursuleanu A, Nicodin O, Gussi I, Niculescu N, Costăchescu G. Results of extension of classic indications of vaginal hysterectomy for benign uterine conditions. *Chir Bucur* [Internet]. 2012 [citado 13 de noviembre de 2017]; 107(6):761–766. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/23294955>
25. Neis KJ, Zubke W, Fehr M, Römer T, Tamussino K, Nothacker M. Hysterectomy for Benign Uterine Disease. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2016 [citado 13 de noviembre de 2017]; 113(14):242-249. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27146592>
26. Rodriguez MEG, Sánchez RER, LLuesma LP. Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados en la mujer nulípara. *Arch Méd Camagüey* [Internet]. 2013 [citado 20 de noviembre de 2017]; 17(3):278–286. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000300010

27. Hollman-Montiel JP, Aguíñiga GR. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. Arch Investig Materno Infant [Internet]. 2014 [citado 20 de noviembre de 2017]; 6(1):25–30. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2014/imi141f.pdf>
28. Gollop TR, dos Santos AG, Zabeu Rossi AG, Francisco Bianchi R. Histerectomia vaginal em útero sem prolapso—experiência de 6 anos. Einstein (Sao Paulo) [Internet]. 2012 [citado 20 de noviembre de 2017]; 10(4): 462-465. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082012000400012&script=sci_arttext&lng=pt
29. Deshpande H, Burute S, Malik R. A Comparative Study of Abdominal Versus Non-Descent Vaginal Hysterectomy. Int. J of Contem Med Res [Internet]. 2016 [citado 20 de noviembre de 2017]; 3(4): 1153-1156. Disponible en: http://www.ijcmr.com/uploads/7/7/4/6/77464738/_a_comparative_study_of__abdominal_versus_non_descent_vaginal_hysterectomy__.pdf
30. Newbold P, Vithayathil M, Fatania K, Yoong W. Is vaginal hysterectomy is equally safe for the enlarged and normally sized non-prolapse uterus? A cohort study assessing outcomes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2015 [citado 20 de noviembre de 2017]; 185:74–77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25528733>.
31. Dawood N, Mahmood R, Haseeb N. Comparison of vaginal and abdominal hysterectomy: peri-and post-operative outcome. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2009; 21(4). 116-120.

32. Sharma N. Comparative analysis of trial vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences* 2015; 4(95):16052-16056.

VIII. ANEXOS

ANEXO 01: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

Señor director del Hospital Regional Docente de Trujillo:

Yo, JOSÉ FERNANDO VÁSQUEZ ALCÁNTARA, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego; ante Ud. con el debido respeto expongo:

Que he elaborado un proyecto de investigación titulado “**Seguridad de la histerectomía vaginal comparada con la histerectomía abdominal total en patología benigna de útero no prolapsado**”. Recorro ante su digno despacho para solicitarle su autorización para acceder a las historias clínicas de los pacientes de unidad de cuidados intensivos que cumplan con los criterios de selección. Con la finalidad de los motivos expuestos, pido a usted admitir la petición.

Trujillo, 05 de diciembre de 2017.

VÁSQUEZ ALCÁNTARA, JOSÉ FERNANDO

DNI: 47709340

ANEXO 02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°

Información general			
N° de historia clínica		Edad	
Vía de abordaje			
Histerectomía vaginal		Histerectomía abdominal total	
Características clínicas			
Diagnóstico preoperatorio	Miomatosis uterina		()
	Hemorragia uterina anormal		()
	Dolor pélvico crónico		()
	Endometriosis		()
	Otros (especificar):		
Comorbilidades	HTA		()
	DM II		()
	Anemia		()
	Otros (especificar):		
Características quirúrgicas			
Tiempo quirúrgico (min)			
Pérdida sanguínea estimada (ml)			
Estancia hospitalaria posoperatoria (días)			
Complicaciones quirúrgicas			
Intraoperatorias	Sin complicaciones		()
	Con Complicaciones		()
	1. Lesión ureteral		()
	2. Lesión vesical		()
	3. Lesión intestinal		()
	4. Hemorragia intraoperatoria		()
5. Otras (especificar):			
Posoperatorias	Sin complicaciones		()
	Con complicaciones		()
	1. Infección del sitio operatorio		()
	2. Hemorragia posoperatoria		()
	3. Lesión ureteral		()
	4. Fístula vesicovaginal		()
	5. Infección del tracto urinario		()
	6. Muerte		()
7. Otras (especificar):			