

ARTÍCULO ORIGINAL

Histerectomía por patología benigna: ¿abordaje vaginal, laparoscópico o abdominal? ¿Una decisión basada en evidencia? Situación actual en Guatemala.

Dr. Juan Carlos Zea Vega¹, Dr. Rolando Calderón Donis², Dr. Erix Reyes Morales³, Dra. Annabella Ovando⁴, Dr. Edgar R. Pérez Robles⁴, Miguel A. Pérez Vadillo⁴, Dr. Salvador Alvarado⁴.

RESUMEN

Mucho se ha publicado alrededor del mundo sobre medicina basada en evidencia. Se invita al médico a utilizar la evidencia científica como base para la toma de sus decisiones. Pero, ¿Se está llevando a la práctica clínica toda la evidencia científica? ¿Los objetivos educacionales de los hospitales escuela están apegados a la medicina basada en evidencia? No existe duda que la histerectomía vaginal es la vía menos invasiva de extirpar el útero, la de recuperación más rápida, con menos morbilidad y la más costo-efectiva. También está demostrado que la histerectomía laparoscópica es una alternativa menos invasiva para la histerectomía abdominal. Pero a pesar de toda esta evidencia en Estados Unidos se realiza histerectomía abdominal en 64%, la vía vaginal en 22% y laparoscópica en 14%.

En Guatemala una muestra tomada en el área metropolitana en hospitales públicos y privados evidencia el uso de abordaje abdominal en 61%, vaginal en 35% y laparoscópico en 5%. Es preocupante notar que en la mayoría de hospitales escuela la histerectomía abdominal es la vía de abordaje dominante. Esto nos hace preguntarnos ¿Estará el futuro ginecólogo recibiendo suficiente entrenamiento para realizar histerectomía vaginal? O ¿Será una vía de abordaje que con el pasar de los años será conocida solo en los libros de texto? ¿Pasará lo mismo que ha ido sucediendo paulatinamente con otros procedimientos como la aplicación del forceps, por ejemplo? Solamente el tiempo lo dirá.

Palabras Clave: Histerectomía vaginal, Histerectomía abdominal, Histerectomía laparoscópica, abordaje.

ABSTRACT

Much has been published in world-wide literature regarding evidence-based medicine whereby physicians are encouraged to use scientific evidence in making clinical decisions. But, is

all scientific evidence really being used in clinical practice? Are the educational objectives set forth in academic institutions established using evidence-based medicine as a guideline?

There is no doubt that vaginal hysterectomy is the least invasive way of removing the uterus, with faster recuperation time, less morbidity as well as being the most cost-effective. Despite this information, the United States abdominal hysterectomy still continues to be performed in 64% of the cases, vaginal hysterectomy in 22% of the cases and laparoscopic hysterectomy in 14% of the cases.

In Guatemala a sample of hysterectomy cases performed in public and private hospitals in the metropolitan area showed the abdominal approach in 61% of cases, the vaginal approach in 35% of the cases and the laparoscopic approach in 5% of the cases. It is discouraging to note that in most academic institutions, abdominal hysterectomy continues to be the dominant approach being used. This make us have to ask ourselves: "Will future gynecologists have enough training to perform vaginal hysterectomies? Or, will this be a surgical approach only read about in text books? In addition, will this procedure go the way of others such as the use of forceps, for example? Only time will tell.

Key words: vaginal hysterectomy, abdominal hysterectomy, laparoscopic hysterectomy, approach.

Aunque la filosofía de la medicina basada en evidencia se remonta a mediados del siglo XIX en París^{1,2}, retomó importancia y mucho se ha publicado alrededor del mundo sobre este tema desde que en noviembre de 1992, el Evidence-Based Medicine Working Group de la universidad de McMaster en Ontario, Canadá, publicara el artículo Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine³. A través del tiempo muchas instituciones académicas han incorporado y adaptado sus programas docentes a los principios de la medicina basada en evidencia¹. Se han realizado cursos, cursillos y congresos teniendo la medicina basada en evidencia como punto central. Se invita al médico a utilizar la evidencia científica como base para la toma de sus decisiones. Pero ¿Se está llevando toda la evidencia a la práctica clínica? ¿Los objetivos educacionales de los hospitales escuela alrededor del mundo están basados en evidencia científica y sus protocolos apegados a lo que en realidad se realiza en la práctica clínica?

¹ Titular, Unidad de Endoscopia Ginecológica, Departamento Gineco-obstetricia, Hospital General Doctor Juan José Arévalo Bermejo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

² Jefe de Departamento, Departamento Gineco-obstetricia, Hospital General Doctor Juan José Arévalo Bermejo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

³ Jefe de Servicio, Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Departamento Gineco-obstetricia, Hospital General Doctor Juan José Arévalo Bermejo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

⁴ Jefe de Servicio, Departamento Gineco-obstetricia, Hospital General Doctor Juan José Arévalo Bermejo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Está bien demostrado por la evidencia científica que la histerectomía vaginal (HV) es el estándar de oro para el tratamiento quirúrgico de la patología benigna del útero. No existe duda alguna de que es la cirugía menos invasiva, con recuperación más rápida, con menor morbilidad y la más costo-efectiva de todos los abordajes disponibles. Esto ha sido demostrado por varios estudios incluyendo revisiones de la colaboración Cochrane^{4,5,6,7,8,9}. Recientemente, el Comité en Práctica Ginecológica del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos publicó un artículo en el que concluye que la HV es el abordaje de elección cada vez que éste sea factible, basado en su bien documentadas ventajas y baja tasa de complicaciones. También indica que la histerectomía laparoscópica (HL) es una alternativa a la histerectomía abdominal (HA) para aquellas pacientes en las que la HV no esta indicada o no es factible. Así mismo, concluye que la decisión de realizar o no ooforectomía profiláctica al momento de la histerectomía se debe basar en la edad de la paciente, factores de riesgo y el deseo informado, pero no en base al abordaje de la histerectomía¹⁰. Sin embargo, y a pesar de toda esta información científica, estadísticas publicadas en la misma edición de la "revista verde" donde se publica la opinión del Comité, se encuentra el artículo de Vanessa Jacoby y colaboradores en el que realizan un análisis de los datos del Nationwide Inpatient Sample 2005¹¹. En estos datos se evidencia que, a pesar de todo lo antes expuesto, en Estados Unidos la mayoría de las histerectomías se realizan con abordaje abdominal (64%)^{9,11,12}, siendo el abordaje vaginal (22%) y laparoscópico (14%) menos frecuentes¹¹. Se observó también que la HL aumentó de 0.3% en 1990 a 11.8% en 2003, esto disminuyó dramáticamente el número de HA desde 74 a 60%, aunque también se tuvo una pequeña disminución en el número de vaginales de 24 a 22%¹¹. Esta misma tendencia a realizar principalmente HA se repite en otros países alrededor del mundo^{4,5,7,9,13,14,15,16,17,18}.

Pero, ¿Qué esta pasando en Guatemala? Lamentablemente, no sabemos, ya que no existe ningún centro donde se recaben los datos estadísticos de los procedimientos realizados en el país y la mayoría de los hospitales no tienen datos sobre

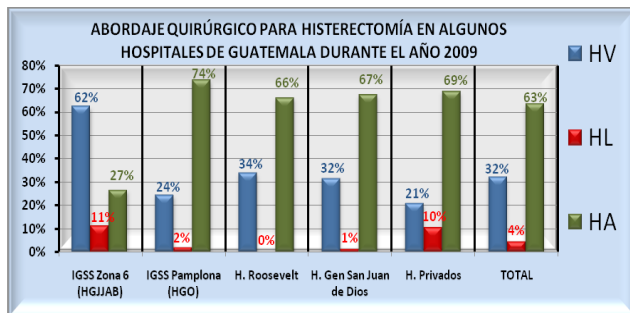


Tabla 1. Tendencia en la vía de abordaje en los principales hospitales escuela del país, y algunos hospitales privados del área metropolitana. El total evidencia una muestra de lo que se está realizando en el país en relación al abordaje quirúrgico de la histerectomía, siendo la gran dominante la histerectomía abdominal. (Fuente: Jefes de las diferentes instituciones consultadas)

los procedimientos que realizan. Sin embargo, podemos hacernos una idea en base a los datos recabados de los hospitales escuela y de algunos de los principales hospitales privados en el área metropolitana, correspondientes al año 2009.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cuenta con dos hospitales escuela en el área metropolitana de la Ciudad de Guatemala; en el Hospital General Doctor Juan José Arévalo Bermejo, se realizaron en 2009 HV en 62.24%, 26.59% de HA y 11.18% de HL (todas totales); en el Hospital de Gineco-Obstetricia la proporción fue 73.76% de HA, HV únicamente el 24.26% y 1.98% HL. En cuanto a los hospitales metropolitanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el Hospital Roosevelt se tenía una buena casuística de HL (vaginal asistida), sin embargo, desde el 2008 la HL ya no se realizó como consecuencia de los cambios administrativos que se dieron a nivel de Ministerio de Salud, ya que la Unidad de Laparoscopia Ginecológica de este centro asistencial funcionaba con las donaciones que recibía el patronato*, el cual fue suprimido, por lo que la proporción para el 2009 fue 34% de HV y 66% de HA. En el Hospital General San Juan de Dios, se realizó HA en el 67.38%, HV en 31.55% y HL (asistidas) en 1.07%. Se solicitaron los datos estadísticos a 5 hospitales privados del área metropolitana, reportando en promedio HA en 69%, HV en 21%, HL (vaginal asistida o total) en 10%. El promedio general de los hospitales encuestados (públicos y privados), es para la vía abdominal del 61%, vaginal del 35%, laparoscópica (vaginal asistida o laparoscópica total) del 5% (Tabla 1). Es preocupante, que en la mayoría de los hospitales escuela la histerectomía abdominal es la vía de abordaje dominante, a pesar de existir alternativas menos invasivas. Esto nos obliga a pensar en el futuro de la HV, ¿Estarán los futuros ginecólogos recibiendo suficiente entrenamiento para realizar HV o será una vía de abordaje que con el pasar de los años será conocida únicamente en los libros de texto? ¿Por qué las instituciones académicas, en las que se manejan protocolos más rígidos, con personal con gran experiencia quirúrgica y que, en general, están más apegados a lo que dicta la medicina basada en evidencia están realizando mucho más HA que HV? Este fenómeno que se observa en la mayoría de los hospitales escuela no es sólo a nivel nacional, sino a nivel mundial⁶. Existen estudios que calculan que en los Estados Unidos menos del cinco por ciento de los residentes egresados logran desarrollar y mantener la habilidad necesaria para realizar HV, esto podría deberse a que la mayoría de ginecólogos recién egresados se dedican más a la obstetricia que a la ginecología y con el tiempo se va perdiendo la confianza y habilidad para esta vía¹², pero se vera con mayor frecuencia si al momento de egresar no tienen un adecuado entrenamiento y confianza con el abordaje vía vaginal.

* Patronato del Hospital Roosevelt era una unidad dentro del hospital que recibía donaciones de parte de pacientes. Estos fondos eran utilizados para el funcionamiento de algunos servicios dentro del hospital, los cuales no eran cubiertos por el presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sin embargo estas donaciones fueron prohibidas y a partir de abril de 2008 se dejaron de recibir los fondos necesarios para el funcionamiento de la unidad de video-laparoscopia ginecológica del Hospital Roosevelt

También está bien demostrado por la evidencia científica que la HL es una alternativa para la HA con claras ventajas sobre ella y no un sustituto para la HV ^{8,9,12,19}. ¿Qué está sucediendo en Guatemala con la introducción de la HL? Especialmente por el hecho que la mayor parte de las HL son vaginal asistidas. ¿Estamos convirtiendo HV en HL o se está cumpliendo con su verdadera indicación de evitar HA por medio de HL? Nuevamente, no lo sabemos con exactitud, sin embargo al observar la proporción de HA lo más seguro es que la HL esta sustituyendo a la HV y no a la HA. En el centro donde laboran los autores se considera que la HL debe ser total a menos que se tengan dificultades técnicas que obliguen a realizar pasos vaginales, si se puede hacer una vaginal asistida, lo mas seguro es que se podría haber realizado el abordaje totalmente vaginal, y la HL está indicada solo cuando la HV fue descartada como una opción. En tal sentido, se ha observado aumento en el uso de la HL que pasó de 0.4% en el 2006 a 19% para junio 2010. Se debe recalcar que este aumento se dio a expensas de la abdominal y no de la vaginal la cual se ha mantenido prácticamente sin cambios en los últimos años (Tabla 2). Al observar la tendencia al uso de HL en los diferentes hospitales es interesante notar como la HL se realiza más en los hospitales privados que en la mayoría de hospitales escuela. Sabemos, por lo antes mencionado, que esto se puede deber, en algunos casos, a factores presupuestarios, pero llama la atención que existen hospitales privados en los que la histerectomía laparoscópica (especialmente la vaginal asistida) se realiza más que la histerectomía vaginal. Existen muchas posibles razones para esto; una podría ser la falta de entrenamiento en general para la realización de HL totales, la cual requiere de mayor destreza por parte del cirujano, y no existe un programa académico que actualmente entrene residentes en esta vía de abordaje.

Otra podría ser la motivación económica que podría existir en la práctica privada para realizar HL vaginal asistida en lugar de HV. Sin embargo, para los que realizan HL totales en la práctica privada, el estímulo económico no es mayor, ya que los seguros médicos ni siquiera incluyen la histerectomía laparoscópica total dentro de las tablas de procedimientos, a pesar de ser un procedimiento más complejo. Esto puede explicar por si mismo, el por que la mayor parte de HL son vaginal asistidas y no totales.

Sabemos que muchas veces se considera inmediatamente HA (en la mayoría de los casos sin tomar en cuenta la HL como una alternativa intermedia) como de elección cuando se tiene patología pélvica asociada, cirugía pélvica previa (en especial cesárea), tamaño uterino moderadamente aumentado o nuliparidad. Sin embargo, debemos pensar que, como lo dijera el Dr. Heaney, quienes se perfeccionan en alguna técnica quirúrgica, encuentran menos contraindicaciones para realizarla, descartando cada vez más las contraindicaciones presentadas por aquellos que no tienen experiencia o familiaridad con la técnica. Es por ello que los cirujanos con experiencia en el abordaje vaginal pueden decir con tranquilidad que “todos los úteros bajan”. Lo mismo se podrían decir de quienes realizan histerectomía laparoscópica total: “casi todos los úteros salen”, ya que conforme se avanza en la curva de aprendizaje existen cada vez menos contraindicaciones para la realización de la misma, siendo la principal limitante el tamaño del útero extremadamente grande y, aun así, existe el One Kilo Club donde se evidencia que se pueden enuclear úteros de más de un kilo por vía de mínima invasión.

Entonces; ¿Es válido pregonar la medicina basada en evidencia en la elección de la vía de abordaje en histerectomía por condición benigna? ¿Estamos determinando la mejor vía de resolución para la paciente o la mejor vía para nosotros? En realidad, si se toman en cuenta las características propias de la condición clínica de la paciente, sin embargo, muchas veces, los parámetros más importantes que dictan la elección de la vía de abordaje son, el tipo de práctica, la habilidad, los hábitos y preferencias del cirujano y no la consideración de la ruta más apropiada con base a la evidencia ^{6,13}.

Existen tantos parámetros a tomar en cuenta para decidir la vía de abordaje: condición clínico-patológica de cada paciente, experiencia y familiaridad del cirujano con determinada técnica, condiciones del área de trabajo, acceso al equipo necesario (en especial laparoscópico), aspectos económicos (tanto desde la perspectiva de la paciente como del médico), preferencia de la paciente, riesgo potencial de complicaciones, etc., que hacen realmente difícil (si no imposible) determinar un protocolo que se pueda implementar en forma universal para determinar parámetros estrictos para decidir la vía de abordaje, así como se ha hecho con el manejo activo del tercer período del parto, el uso de esteroides prenatales y otros aspecto clínicos que han ido cambiando debido a la medicina basada en evidencia. Puede que, por más que intentemos estandarizar los criterios quirúrgicos, esta área de la medicina aún no esté dispuesta a dejar atrás esa parte de “arte” que va ligada con el acto quirúrgico. Sin embargo,

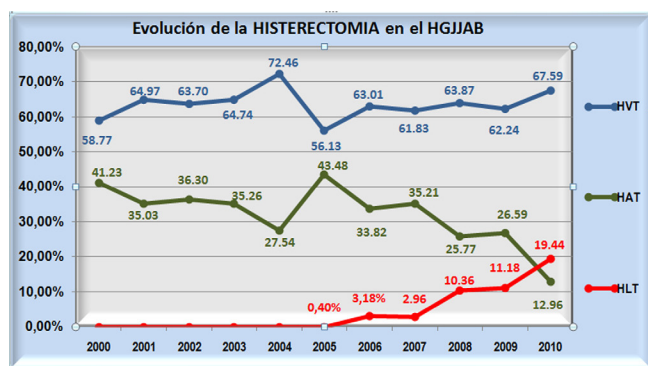


Tabla 2. Evolución en el abordaje de la histerectomía en los últimos diez años en el Hospital General Juan José Arévalo Bermejo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Se puede observar que el porcentaje de HLT ha aumentado desde el 2005 cuando se inicio a realizar este procedimiento, esto se ha logrado a expensas de la HA, llegando incluso a ser desde marzo del 2010 mayor el porcentaje de HLT que HA, por lo que se ha cumplido el objetivo de la HL, reemplazar la HA sin disminuir la proporción de HV realizada. (Fuente: libro de registro de operaciones, Hospital General Doctor Juan José Arévalo Bermejo, enero 2000 a junio 2010).

las instituciones académicas deben tomar en cuenta que de seguir con la tendencia actual, en el futuro, la HV podría ser, a pesar de sus demostradas ventajas sobre las demás vías, un procedimiento para el cual los futuros ginecólogos no tendrán la habilidad y confianza necesaria para realizarlo en su práctica privada, de la misma manera que ha ido sucediendo paulatinamente con otros procedimientos como la aplicación de forceps. Para concluir, no debemos olvidar que el orden de abordaje debe de ser siempre en primera instancia vaginal, y de no ser posible esta vía, entonces, tener como alternativa la vía laparoscópica, y sólo cuando las dos primeras no son posibles, pensar como última instancia, en la vía abdominal.

REFERENCIAS

1. Editorial, Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72
2. Montori V.M.,G.H. Guyatt. Progress in Evidence-Based Medicine. *JAMA*. 2008;300(15):1814-1816.
3. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992;268(17):2420-2425
4. David-Montefiore E., R. Rouzier, C. Chapron, E. Darai, and the Collegiale d'Obstétrique et Gynécologie de Paris-Ile de France. Surgical routes and complications of hysterectomy for benign disorders: a prospective observational study in French university hospitals. *Hum Rep* 2007; 22(1):260-265.
5. Johnson N, D. Barlow, A. Lethaby, E. Tavender, L. Curr and R. Garry. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2005; 330:1478-1485.
6. Kovac S.R., S. Barhan, L. Margit, L. Tucker, M. Bishop, A. Das. Guidelines for the selection of the route of hysterectomy: Application in a resident clinic population. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(6):1521-1527
7. Leung KY. Editorial, Changing pattern of hysterectomies for benign conditions. *Hong Kong Med J* 2007; 13(3):176-177.
8. Nieboer TE, N. Johnson, D. Barlow, A. Lethaby, E. Tavender, E. Curr, et.al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynecological disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.:CD003677. DOI:10.1002/14651858.CD003677.pub3.
9. Ribeiro S.C., R.M. Ribeiro, N.C. Santos, J.A. Pinotti. A randomized study of total abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomy. *Int J Obstet Gynecol* 2003; 83:37-43.
10. ACOG, Committee Opinion. Number 444. Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease. *Obst Gynecol* 2009;114(5):1156-58.
11. Jacoby V.L., M. Autry, G. Jacobson, R. Domush, S. Nakagawa, A. Jacoby. Nationwide Use of Laparoscopic Hysterectomy Compared with Abdominal and Vaginal Approaches. *Obst Gynecol* 2009;114(5):1041-1048.
12. Reich H., L. Roberts. Laparoscopic hysterectomy in current gynecological practice. *Rev Gynecol Pract* 2003; 3:32-40.
13. Apoola A, M.A. Hefni. Hysterectomy for moderately enlarged uterus: abdominal versus vaginal hysterectomy. *J Obstet Gynecol* 1998; 18(4):375-376.
14. Falcone T., M.R. Parioso, E. Mascha. Prospective randomized clinical trial of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 955-62
15. Leonard F, A. Fotso, B. Borghese, N. Chopin, H. Foulot, Ch. Chapron. Ureteral complications from laparoscopic hysterectomy indicated for benign uterine pathologies: a 13 year experience in a continuous series of 1300 patients. *Hum Rep* 2007; 22(7): 2006-2011.
16. Leung PL, SW Tsang, PM Yuen. An audit on hysterectomy for benign diseases in public hospitals in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2007; 13:187-93.
17. Møller Ch., H. Kehlet, S.G. Friland, L.O. Schouenborg, C. Lund, B. Ottesen. Fast track hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol*. 2001; 98:18-22.
18. Schindlbeck Ch., K. Klauser, D. Dian, J. Wolfgang, K. Friese. Comparison of total laparsocopic, vaginal and abdominal hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 277: 331-337.
19. Farquhar C.M., A.A. Steiner. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol* 2002; 99(2):229-234.