



GUÍA INFORMATIVA PARA LA REALIZACIÓN DE UNA HISTERECTOMÍA

Esta minuta es un documento informativo desarrollado por la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG) y su Capítulo de Cirugía Mínimamente Invasiva, en colaboración con múltiples especialistas del país. El propósito de este documento es, con base científica, informar y apoyar el proceso de comprensión de las indicaciones, causas y técnicas para la realización de la histerectomía cirugía que Ud. está considerando realizar. Junto a esto, indicar los derechos y deberes que Ud., como paciente, tiene respecto a este procedimiento para así, otorgar su consentimiento de forma expresa, voluntaria, libre y con la suficiente información para tomar una decisión apropiada.

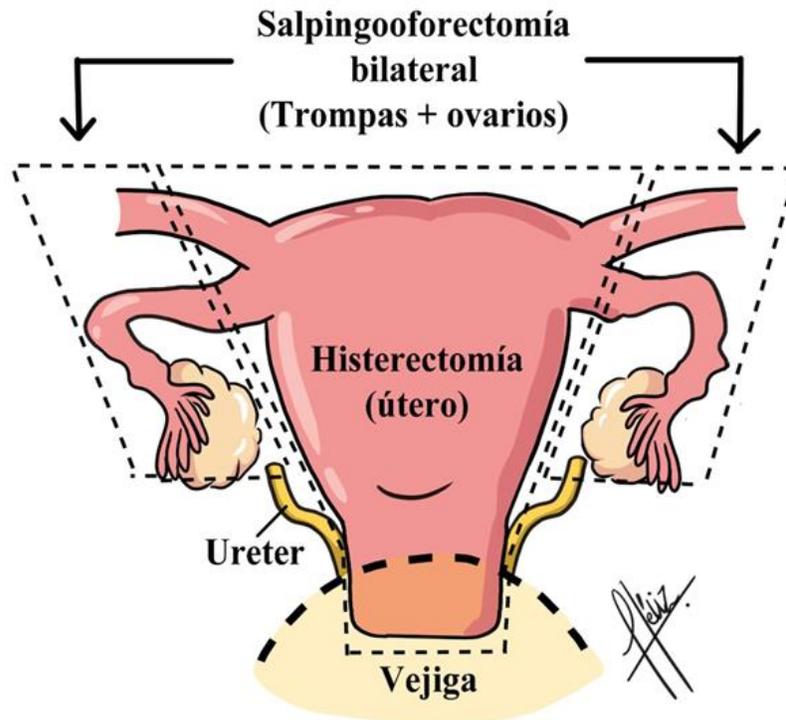


Figura 1. Esquema de una Histerectomía total (cuello y cuerpo) y salpingooforectomía (trompas y ovarios).

En este documento se reflejan aspectos generales de la cirugía, los cuales pueden variar dependiendo de las circunstancias clínicas específicas del paciente y del centro donde ésta se desarrolle.

Por consiguiente:

- 1) Es importante tener una comunicación adecuada con su médico tratante para abordar las posibilidades de tratamiento, la(s) indicación (es) de la cirugía, los beneficios y los riesgos.
- 2) Es importante que usted resuelva sus inquietudes antes de firmar el consentimiento, entregado por su médico tratante en el centro donde usted se realizará su futura operación.
- 3) Usted tiene derecho de ser informada sobre la cirugía, la técnica a realizar y los beneficios que se esperan de la cirugía.

La histerectomía es una cirugía para quitar el útero. Durante la cirugía, se cortan las arterias y venas que lo irrigan y se separan los ligamentos que lo mantienen en su lugar en la pelvis. Tras esta cirugía no es posible volver a tener un embarazo.

Si se requiere, es posible remover las trompas uterinas (cirugía llamada salpingectomía) que son las encargadas de trasladar el óvulo hacia el útero durante cada ciclo menstrual. Al removerlas, disminuye el riesgo de cáncer de ovario.

En ocasiones, los ovarios pueden retirarse si hay problemas como tumores o para reducir el riesgo de cáncer de ovario y mama. A esto se le llama ooforectomía.

Al realizar la histerectomía total, terminarán el sangrado proveniente del útero. Sin embargo, las hormonas producidas por el ovario se mantendrán normalmente. En caso de remover los ovarios (ooforectomía) se producirá una menopausia quirúrgica debido a la disminución de las hormonas que son producidas por el ovario.

La cirugía puede realizarse a través de la vagina (histerectomía vaginal), por una incisión en el abdomen (histerectomía abdominal) o a través de técnica laparoscópica (histerectomía laparoscópica y/o robótica). La histerectomía puede ser de tipo total en que se extrae el cuerpo y cuello del útero o subtotal en que se conserva este último.

El método de cirugía que se elige depende de múltiples factores, entre ellos, la enfermedad que Ud. tenga, la forma y el tamaño del útero, la presencia de prolapso, cirugías previas, entre otros.

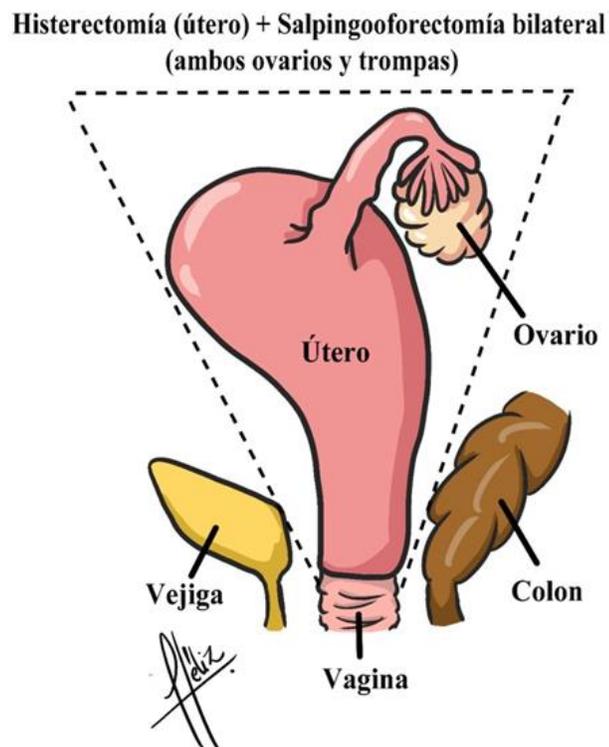


Figura 2. Vista lateral de esquema del útero y su relación con la vejiga y el intestino.

- 1) Usted debe ser informada acerca de la(s) indicación (es) que justifican la cirugía. Algunas indicaciones habituales de la histerectomía son:
 - a) Sangrado uterino anormal
 - b) Adenomiosis
 - c) Miomatosis uterina
 - d) Prolapso uterino
 - e) Cáncer de cuello del útero
 - f) Cáncer de endometrio
 - g) Algia pélvica
 - h) Hiperplasia uterina
 - i) Endometriosis
- 2) Usted debe ser informada sobre las alternativas de tratamiento que son aceptables para su caso.
- 3) Usted debe recibir información acerca de las incomodidades y riesgos que pueden ocurrir durante o después de la histerectomía. Todas las cirugías involucran un grado variable de riesgo, por tanto, nadie puede garantizar que no se presenten.

Las complicaciones quirúrgicas pueden agruparse en aquellas que ocurren durante la realización de la cirugía (intraoperatorias) y aquellas que ocurren después de la cirugía (post operatorias). Aproximadamente, 1 de cada 10 mujeres presentará algún evento adverso, que en su mayoría son de carácter leve y se resuelven con una intervención apropiada. 1 a 2 de cada 100 presentará un evento adverso grave que posiblemente requiera una reintervención quirúrgica.

Los eventos adversos leves más frecuentes (1 en 10 mujeres) después de la cirugía son:

- Constipación
- Molestias pélvicas inespecíficas
- Infección urinaria
- Infección de cúpula vaginal
- Complicaciones por la posición de la cirugía

Los eventos adversos graves más frecuentes (1 a 2 en 100) son:

- Sangrado
- Lesión de órganos adyacentes (lesión de vía urinaria, vascular o intestinal)
- Trombosis
- Neumonía
- Pielonefritis
- Absceso y deshicencia de cúpula vaginal
- Anestésicas (reacción adversa a fármacos y aspiración de contenido del estómago)
- Complicaciones secundarias al uso de energía en cirugía.

Para la realización de la cirugía usted será trasladada a la sala de quirófano. Allí se realizarán los preparativos para la anestesia. Ésta puede ser espinal o general dependiendo de factores como la técnica de la cirugía, características propias del paciente y la decisión del equipo de anestesia. Este preparativo puede durar en general de 30 minutos a 1 hora.

El tiempo de duración de la cirugía es variable y puede depender de la técnica empleada, la complejidad de la cirugía y la experiencia del equipo. En general, la cirugía puede durar en promedio entre 40 minutos a 3 horas. Este tiempo no incluye el período de preparación anestésica ni el tiempo de recuperación posterior a la cirugía.

Posteriormente, será monitorizada en una sala de recuperación durante algunas horas. Una vez que Ud. se encuentre en condiciones médicas adecuadas, será trasladada a su sala normal de descanso.

- 4) Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento antes de que la cirugía se efectúe.

Autores del documento:

Especialistas en Ginecología y Capítulo de Cirugía Mínimamente Invasiva de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología:

Dr. Mauricio Correa Duclos
Universidad Austral de Chile
Hospital Base Valdivia
Clínica Alemana Valdivia

Dra. Francisca Veliz Ormino
Universidad de Santiago
Hospital San José

Dra. Fernanda Valdés
Universidad de Chile
Hospital San Juan de Dios

Dra. Claudia Celle
Universidad Católica de Chile

Dr. César Paredes
Hospital de Talca
Universidad Católica del Maule

Dra. Claudia Celle
Universidad Católica de Chile

Dr. Anibal Scarella
Universidad de Valparaíso

Dr. José Antonio Morales
Centro IVI Santiago

Dra. Valeria Puebla
Hospital Luis Tisné
Universidad de Chile

Dr. Ignacio Miranda Mendoza
Hospital Clínico de la Universidad de Chile
Clínica Alemana Santiago

Dra. Pierina Rosales
Hospital de Talca
Universidad Católica del Maule

Dra. Paz Navarrete Rey
Hospital Padre Las Casas Temuco

Dr. Hugo Sovino
Clínica Indisa

Dr. Roberto Altamirano
Hospital San Borja Arriarán
Universidad de Chile

Dra. Franzel Álvarez Hott
Hospital de Victoria

Dr. Cristian Miranda Vnegas
Hospital Clínico Universidad de Chile

Dr. Manuel Donoso
Universidad de los Andes

Dr. Raimundo Avilés
RedSalud
Universidad Finis Terrae

SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA / CAPITULO CMI