



# GUÍA INFORMATIVA PARA EL ACOMPañAMIENTO EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENDOMETRIOSIS

Este informativo fue realizado en base a los lineamientos ministeriales publicados en la orientación técnica para el tratamiento integral de la endometriosis 2023 ([www.sochog.cl](http://www.sochog.cl), [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

## **PREGUNTAS HABITUALES**

### **Primera parte: Generalidades**

1. ¿Qué es la endometriosis?
2. ¿Cuáles son los tipos de endometriosis?
3. ¿Cómo se realiza el diagnóstico de endometriosis?
4. ¿Cuál es el tratamiento para la endometriosis?

### **Segunda parte: Tratamiento quirúrgico de la endometriosis**

1. ¿Cuáles son las indicaciones más frecuentes para la cirugía de endometriosis?
2. ¿Cuáles son los tipos de cirugía que pueden realizarse como tratamiento de endometriosis?
3. ¿Cómo se opera cada tipo de endometriosis?
4. ¿Cuáles son los tipos de cirugía que pueden realizarse?
5. ¿Cuáles son los riesgos y complicaciones de la cirugía de endometriosis?
6. ¿Qué ocurre tras la realización de la cirugía?
7. ¿Cuáles son los cuidados post-operatorios?

## **PRIMERA PARTE: GENERALIDADES**

Este es un documento informativo diseñado para acompañar el proceso de *consentimiento informado* para la cirugía de endometriosis con su especialista tratante.

En este documento se reflejan aspectos generales relacionados con la enfermedad de endometriosis, su tratamiento y la cirugía. Es importante destacar que cada paciente es única y existen circunstancias específicas en cada caso.

### **1. ¿QUÉ ES LA ENDOMETRIOSIS?**

La endometriosis es una enfermedad crónica y recurrente de la mujer y se define por la presencia de tejido similar al endometrio fuera del útero (implante endometriósico).

La endometriosis causa inflamación y fibrosis en los lugares de implantación, con mayor frecuencia en los órganos de la pelvis (ovarios, trompas de Falopio, recto, colon, apéndice cecal, vagina, uréteres, entre otros).

Las consecuencias de la endometriosis pueden ser múltiples, entre las que destacan, el dolor pélvico, la alteración de la fertilidad, sangrado uterino anormal y daño en los órganos adyacentes comprometidos. La gravedad de los síntomas puede variar de una mujer a otra.

## 2. ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE ENDOMETRIOSIS?

La endometriosis puede clasificarse en tres tipos principales (Fig.1):

### **Superficial:**

En los casos en que la endometriosis se localiza en forma superficial en una fina capa que recubre la pelvis y los órganos pélvicos llamada peritoneo.

### **Ovárica:**

Se denomina así cuando la endometriosis forma quistes en los ovarios con contenido de aspecto “achocolatado” que se denominan endometriomas.

### **Profunda:**

En estos casos existe invasión más profunda de las paredes de los órganos comprometidos, tales como intestino, vías urinarias, entre otros. Es la forma más severa de la enfermedad.

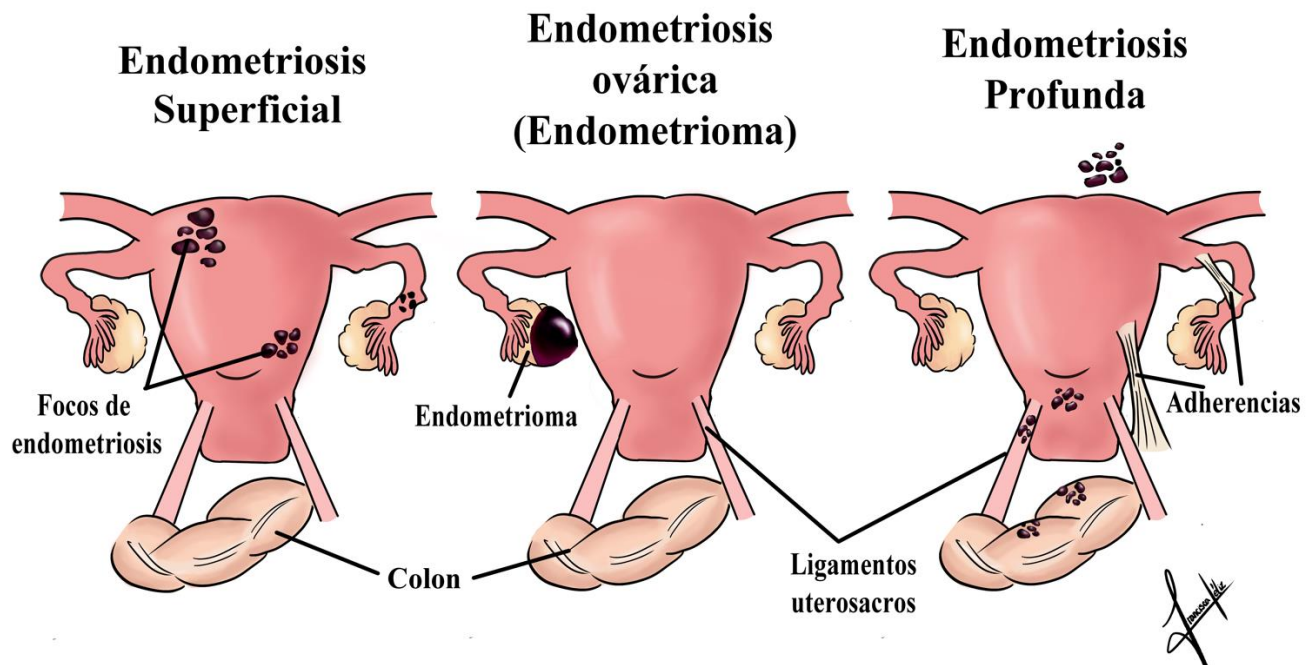


Figura 1. Formas de presentación de la endometriosis.

Otra enfermedad que se encuentra relacionada con la endometriosis es la **adenomiosis**, que corresponde a la presencia de tejido endometrial (encontrada normalmente en la cavidad uterina) dentro de las paredes musculares del útero. *A diferencia de la endometriosis, la enfermedad se encuentra confinada solo al útero.*

### 3. ¿CÓMO SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSIS?

La evaluación diagnóstica debe realizarse por un ginecólogo experto que además de una historia cuidadosa y un examen físico apropiado puede apoyarse en otros exámenes específicos, tales como:

**Ecografía Doppler extendida transvaginal:** es una ecografía que a través de una técnica estandarizada y realizada por un profesional entrenado permite visualizar la extensión de la endometriosis y la presencia de adenomiosis.

**Resonancia nuclear magnética de pelvis con protocolo para mapeo de endometriosis:** es un procedimiento empleando un resonador magnético en que se utilizan secuencias de imágenes específicas para la detección de endometriosis y adenomiosis visualizado por un radiólogo especializado en la patología.

Ambos exámenes deben ser realizados por un profesional especialista en endometriosis y pueden requerir preparación intestinal o gel vaginal para mejorar la visualización. *Cabe destacar, que la endometriosis superficial puede no ser visualizada en estos exámenes.*

### 4. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO PARA ENDOMETRIOSIS?

El tratamiento depende de factores como la edad, la severidad de los síntomas, la ubicación y extensión de la enfermedad, y los deseos reproductivos de la paciente.

En general, dos tercios de las pacientes responderán en forma adecuada a tratamiento médico con medidas generales, cambios de hábitos y tratamientos farmacológicos, y hasta un tercio pueden requerir tratamiento quirúrgico.

En general, el tratamiento es coordinado por un especialista en ginecología con experiencia en la enfermedad y apoyado por múltiples profesionales según las necesidades de cada caso (coloproctología, urología, radiología, psicología, nutrición, entre otros).

Las opciones principales de tratamiento son:

### **Medidas generales y cambio de hábitos**

- Cambios nutricionales
- Ejercicio
- Apoyo psicológico
- Rehabilitación kinésica de piso pélvico
- Uso de terapias complementarias o alternativas

### **Tratamiento sintomático**

Uso de fármacos que permiten mitigar el dolor o los síntomas asociados.

### **Terapia hormonal**

Se emplean fármacos tales como:

- Anticonceptivos orales
- Progestágenos
- Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH)
- Antagonistas de la GnRH
- Otras opciones hormonales

*Los síntomas pueden reaparecer una vez suspendido el tratamiento.*

### **Cirugía**

La cirugía es una opción de tratamiento para las mujeres que experimentan dolor severo o problemas de fertilidad debido a la endometriosis. La decisión de someterse a cirugía se realiza después de considerar el diagnóstico, la gravedad de la enfermedad, la eficacia de tratamientos previos y las metas reproductivas de la paciente.

La cirugía puede ser necesaria en los casos en que las terapias no han aliviado el dolor o han resultado ineficaces para tratar la infertilidad asociada con la endometriosis.

## SEGUNDA PARTE: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

### ¿CUÁLES SON LAS INDICACIONES MÁS FRECUENTES PARA LA CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS?

Las indicaciones más frecuentes de cirugía acorde con la orientación técnica ministerial ([www.sochog.cl](http://www.sochog.cl)) son:

- a. Fracaso o complicaciones del tratamiento médico
- b. Enfermedad progresiva
- c. Infertilidad asociada con endometriosis que requiera cirugía
- d. Quistes ováricos de endometriosis (endometriomas) que requieran cirugía
- e. Compromiso severo de órganos: tracto urogenital, daño de vías nerviosas, obstrucción intestinal, entre otros.

### ¿CUÁLES SON LAS CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DE LA CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS?

Se debe determinar una **estrategia específica para cada paciente** que considere los síntomas, el examen físico, presencia de infertilidad, imágenes y mapeo de endometriosis, exámenes complementarios, las expectativas de cada paciente, entre otros.

La cirugía que se realiza es finalmente un conjunto de múltiples técnicas escogidas y adaptadas a su caso específico.

**Es importante reiterar que la indicación y el tipo de cirugía de endometriosis se establece en un consenso entre el paciente y el médico tratante.**

Idealmente la endometriosis se opera en centros de referencia a través de técnica laparoscópica, la cual permite, una mejor visualización y precisión, exploración abdomino-pélvica completa y una recuperación postoperatoria más rápida. Sin embargo, en ciertas circunstancias, es necesario realizar una laparotomía (cirugía abierta).

El tratamiento quirúrgico para cada tipo de endometriosis son los siguientes:

**Endometriosis peritoneal:** Los focos de endometriosis en el peritoneo, al ser más

superficiales, pueden researse (ser extraídos) y/o fulgurarse.

**Endometriosis ovárica:** Cuando la enfermedad se encuentra en forma superficial en los ovarios, es posible quemar o resear las lesiones. Si existe un quiste de endometriosis (endometrioma) es posible drenar y fulgurar la superficie (con mayor riesgo de recidiva y menor daño de reserva ovárica) o extraer el quiste mediante quistectomía (con menor recidiva y mayor daño de reserva ovárica).

Cuando hay deseo de preservación de fertilidad el cirujano siempre intentará preservar las trompas de Falopio, pero en ocasiones, es necesario extraer una o ambas cuando estas presentan un daño estructural importante o se encuentran obstruidas. Esto debido a que el líquido inflamatorio que acumulan disminuye la posibilidad de embarazo espontánea, y también el embarazo por técnicas de reproducción asistida (Inseminación, Fertilización in Vitro, entre otros).

En algunos casos, puede extraerse el ovario completo junto a la trompa, procedimiento llamado anexectomía. Un quiste de gran tamaño, sospecha de cáncer ovárico o alto riesgo de recidiva pueden eventualmente requerir una anexectomía. Esta es una medida excepcional que impactará significativamente la posibilidad de embarazo con óvulos propios.

Es importante destacar que tanto la presencia de endometriosis ovárica, como la cirugía, afectan la función de los ovarios. Cuando se realiza la anexectomía, se pierde completamente la función del ovario extraído. Por ello, en casos seleccionados se puede realizar preservación de ovocitos previo al procedimiento en centro de fertilidad de alta complejidad.

**Endometriosis profunda:** Es la forma más severa de endometriosis y la cirugía a realizar dependerá del órgano comprometido. Es una cirugía avanzada que requiere entrenamiento especializado y en algunos casos, la colaboración entre múltiples especialistas (ginecólogos, coloproctólogos, urólogos, entre otros.).

Se localiza principalmente en el recto, la vagina, colon, apéndice, vejiga, uréter, ligamentos de la pelvis, no obstante, también puede afectar en casos menos frecuentes, órganos del abdomen, el diafragma o el pulmón. Según el tipo de órgano y el compromiso que exista, dependerá si se es posible resear o no en forma completa la enfermedad.

A diferencia del cáncer, el objetivo no es evitar la muerte del paciente, sino mejorar la

calidad de vida o recuperar la funcionalidad de algún órgano comprometido (hidronefrosis, neumotórax, obstrucción intestinal, rectorragia, entre otros). Esta enfermedad se implanta y daña territorios nerviosos relacionados con la función pélvica (defecatoria, urinaria, sexual) que también serán afectados durante la resección quirúrgica por las adherencias producidas. En el postoperatorio pueden producirse alteraciones de la micción, defecación y cambios en la sensibilidad sexual.

**El objetivo es encontrar el balance entre la escisión radical de la enfermedad y la conservación de la funcionalidad de los órganos.**

Cuando hay presencia de sangrado o dolor secundario a **adenomiosis**, existe la alternativa de realizar histerectomía en mujeres que no desean tener un futuro embarazo.

## **¿CUÁLES SON LAS CIRUGÍAS QUE PUEDEN REALIZARSE?**

Las cirugías pueden dividirse según sean conservadoras o no conservadoras de fertilidad.

### **1. Técnicas quirúrgicas conservadoras de fertilidad en órganos reproductivos (no son excluyentes)**

a. **Exéresis o fulguración de implantes endometriósicos:** Resección o eliminación térmica de los focos de endometriosis que se depositan en forma superficial o peritoneal.

b. **Liberación de adherencias (adhesiolisis):** Liberación de los órganos pélvicos adheridos.

c. **Quistectomía ovárica:** Resección del quiste de endometriosis que se encuentra dentro de los ovarios.

d. **Drenaje ovárico:** Drenaje del quiste ovárico y electrofulguración superficial del lecho (mayor conservación de la función ovárica, pero mayor riesgo de recidiva).

e. **Resección de nódulos rectales y/o vaginales:** Resección de nódulo adherido al recto, vagina y/o útero



## 2. Técnicas quirúrgicas no conservadoras de fertilidad en órganos reproductivos

a. **Histerectomía total o parcial:** La histerectomía consiste en la extracción del útero (Fig.2). Esta cirugía requiere cortar los vasos sanguíneos que lo irrigan y también los ligamentos y estructuras que lo mantienen unido a la pelvis. Tras esta cirugía no es posible tener un embarazo y no habrá más sangrado menstrual, sin embargo, las hormonas producidas por los ovarios se mantienen si es que estos son preservados. Habitualmente, al realizar la histerectomía se extraen las trompas uterinas (llamada salpingectomía), debido a que al retirarlas disminuye el riesgo de cáncer de ovario futuro. <sup>1</sup> Una extensión de este tema se encuentra disponible en el documento *“Informativo para la realización de una histerectomía”* publicado en la página de SOCHOG ([www.sochog.cl](http://www.sochog.cl)).

b. **Salpingectomía:** La trompa de Falopio es la estructura encargada de transportar el óvulo hacia el útero. Al extraer ambas trompas ya no es posible tener un embarazo en forma espontánea, por lo que se requieren de técnicas de reproducción asistida. En los casos en que la trompa está obstruída o hay hidrosalpinx (líquido dentro de las trompas) puede verse disminuida la probabilidad de embarazo, por lo que puede ser necesario realizar la salpingectomía. Es importante considerar que si ambas trompas están dañadas o retiradas no es posible lograr un embarazo espontáneo y se requiere apoyo de otras técnicas de reproducción.

c. **Anexectomía:** Consiste en la extracción del ovario y la trompa de Falopio. Al extraer ambos ovarios la mujer deja de producir estrógenos y aparecen los síntomas de menopausia.

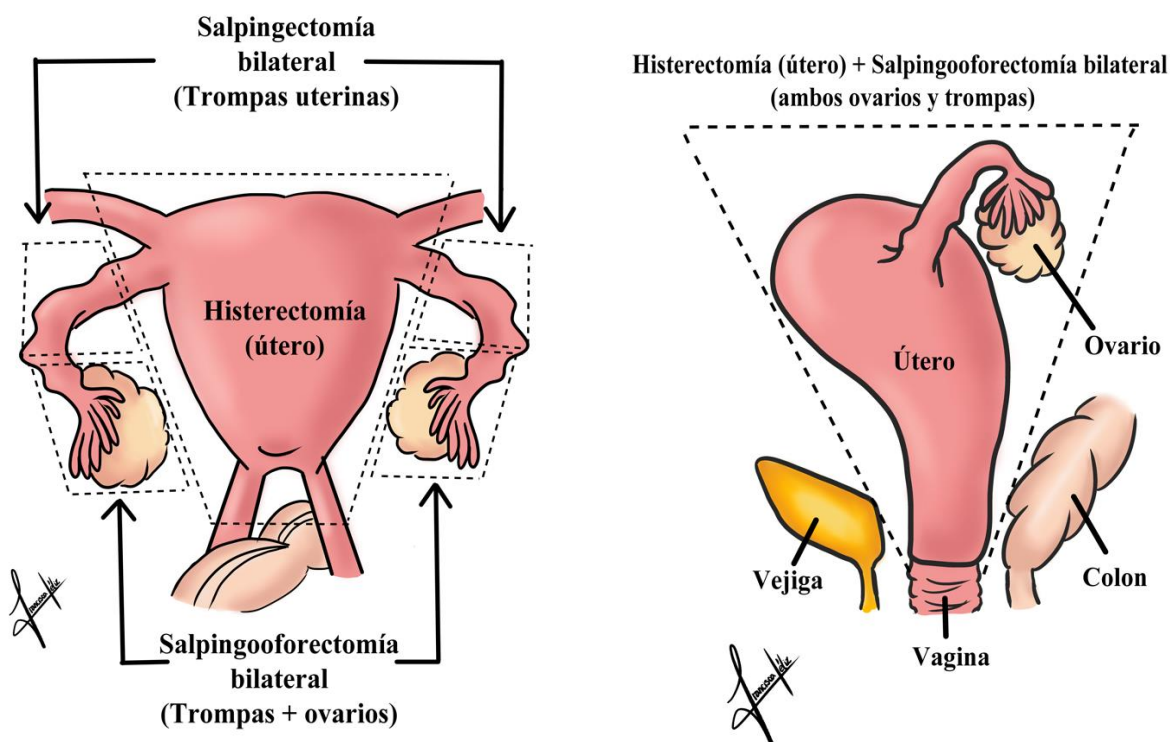


Figura 2. Histerectomía y salpingooforectomía. En la figura se muestra la histerectomía (extracción del útero) y la salpingooforectomía (extracción de los ovarios y las trompas). Se destaca además la proximidad con los uréteres, la vejiga y el intestino.

### 3. Cirugía de endometriosis profunda en otros órganos

**Cirugía de vía digestiva:** En los casos en que la endometriosis se encuentra en el intestino, es posible eliminar el tejido endometriósico mediante distintas técnicas. Es importante considerar que después de realizar un mapeo de endometriosis, es solo dentro de la cirugía donde se logra observar el compromiso real de la enfermedad a nivel intestinal. Durante la cirugía, las opciones de tratamiento son (Fig. 3):

- a. **Resección mediante afeitado de endometriosis intestinal (“shaving”):** Consiste en la eliminación de los focos superficiales que se encuentran invadiendo el intestino, con mayor frecuencia, el recto.

b. **Resección discoide de rectosigmoides:** Se realiza la resección de una pequeña porción de recto en forma de disco (circular), extrayendo la endometriosis en su interior. Se realiza cuando el implante de endometriosis es pequeño, pero invade en forma profunda el intestino.

c. **Resección segmentaria de intestino delgado, colon o recto:** Esta técnica consiste en la resección de un segmento de intestino y se realiza cuando la endometriosis invade en forma profunda y la lesión es extensa o se encuentra en distintas porciones.

d. **Colostomía o ileostomía:** Es una técnica que conecta el intestino a la pared abdominal. Es una alternativa a emplear en casos complejos.

e. **Apendicectomía:** Es frecuente el hallazgo de endometriosis en el apéndice. En estos casos, puede ser necesaria la extracción del apéndice, procedimiento denominado apendicectomía.

## Resección Intestinal

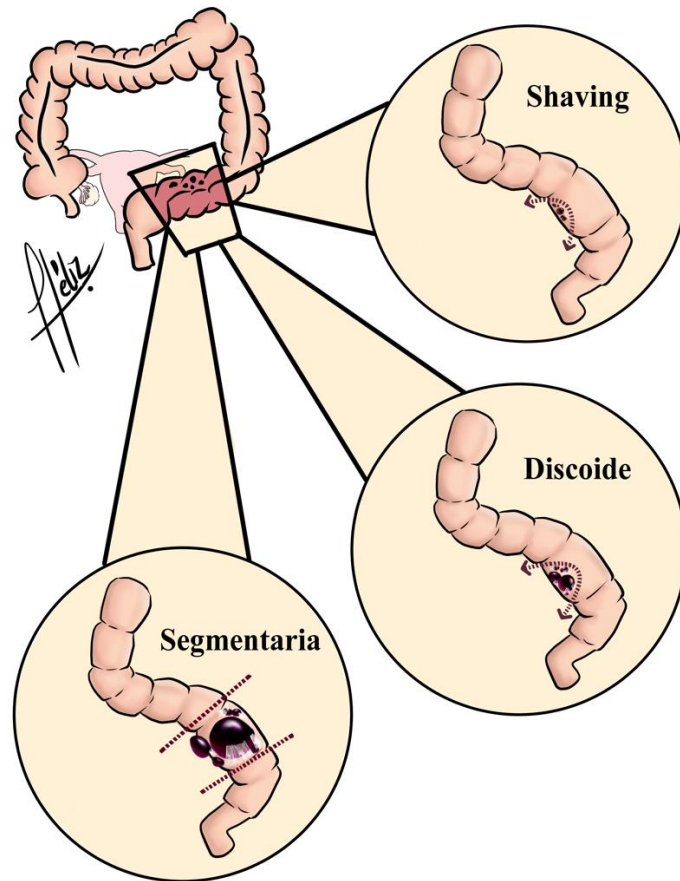


Figura 3. Técnicas de resección intestinal: Se muestran 3 tipos de técnicas de resección en pacientes con endometriosis intestinal.

**Cirugía de vía urinaria:** La endometriosis puede localizarse en la vejiga y causar síntomas tales como, sangrado en la orina, dolor al orinar y dolor pélvico. También puede localizarse en la cercanía de los uréteres o sobre ellos, lo que puede provocar acodamiento o estenosis variable (obstrucción). Al obstruirse los uréteres la orina se acumula en los riñones causando daño renal.

Para la cirugía de endometriosis en la vejiga es posible realizar:

- Exéresis, ablación o fulguración de focos superficiales:** Resección o daño térmico en los focos superficiales
- Resección superficial:** Se reseca en forma superficial parte de la pared de la vejiga
- Cistectomía parcial:** Se reseca una parte de la vejiga que contiene al nódulo endometriósico cuando este invade en forma profunda.

En la cirugía para la resección de endometriosis ureteral es posible realizar:

a. **Ureterolisis:** Consiste en la liberación de los uréteres cuando estos están traccionados por la endometriosis, o bien, cuando hay enfermedad alrededor de ellos. Es un acto quirúrgico frecuente que el especialista en ginecología debe realizar en la cirugía de endometriosis profunda.

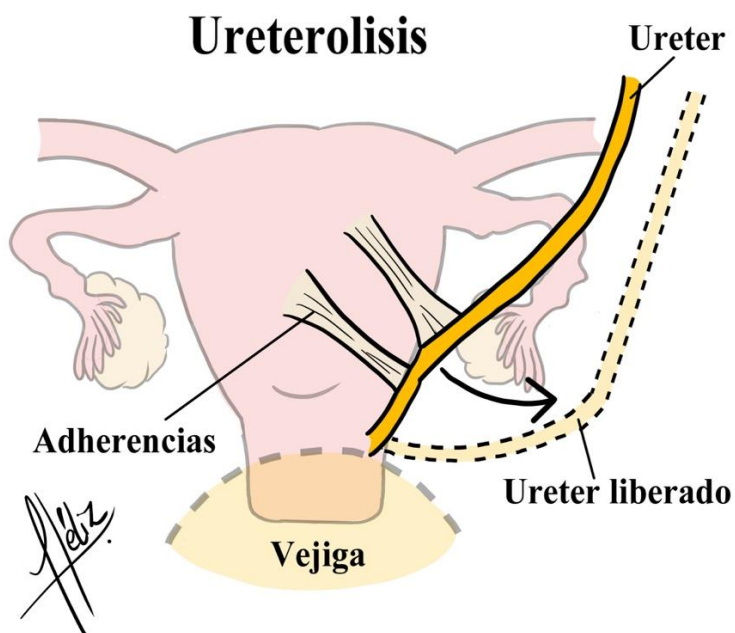


Figura 4. Ureterolisis en cirugía de endometriosis. Se observa la liberación del uréter desde sus adherencias por la enfermedad.

b. **Resección segmentaria de uréter y re-anastomosis:** La resección segmentaria consiste en el corte de un segmento de uréter y posteriormente su unión entre dos cabos que se encuentran sanos.

c. **Reimplante ureteral:** En este procedimiento se reseca la parte del uréter que se encuentra dañada por la endometriosis y es nuevamente conectada con la vejiga.

En la cirugía de endometriosis de vía urinaria puede ser necesario el uso de una sonda vesical y/o ureteral durante un período de tiempo que debe determinar su tratante.

## **¿CUÁLES SON LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS?**

La cirugía de endometriosis, como todo procedimiento quirúrgico, conlleva riesgos y la posibilidad de complicaciones. Usted debe recibir información acerca de las incomodidades y riesgos que pueden ocurrir durante o después de la cirugía. Todas las cirugías involucran un grado variable de riesgo, por tanto, nadie puede garantizar que no se presenten.

**Por ello, es su responsabilidad informarse y preguntar a su médico sobre los riesgos que puedan aparecer en este proceso.**

En general, 3 de cada 10 mujeres presentará algún evento adverso, que en su mayoría son de carácter leve y se resuelven en forma espontánea o con una intervención apropiada. 5 a 10 de cada 100 presentará un evento adverso grave que posiblemente requiera una reintervención quirúrgica. A continuación, se detallan algunos de ellos:

### **a. Riesgos y complicaciones generales:**

**Infecciones intrahospitalarias:** La cirugía puede aumentar el riesgo de infecciones relacionadas a la hospitalización. Estas pueden producirse en las zonas de las incisiones o los órganos internos. Además, puede producirse infección de orina o de vías respiratorias. Cuando se realiza histerectomía la infección más frecuente es la infección de cúpula vaginal.

**Sangrado:** El sangrado es una posible complicación que puede presentarse en cualquier cirugía. Este puede producirse durante o después de la cirugía. En casos excepcionales puede ser necesaria una transfusión de sangre o una reintervención quirúrgica para controlarlo.

**Reacciones adversas a la anestesia:** La anestesia puede ser general (requiere apoyo de un ventilador) o regional (por ejemplo, anestesia raquídea). Si se realiza cirugía laparoscópica siempre se requerirá anestesia general. Habitualmente no tiene mayores complicaciones, sin embargo, en algunos casos puede causar náuseas, vómitos, dolor de

cabeza, alergias, y en casos excepcionales alteraciones respiratorias o cardíacas.

**Lesiones a órganos abdominales y pélvicos:** Durante la cirugía, existe el riesgo de producir lesiones en órganos cercanos, tales como intestino, vejiga, uréteres, vasos sanguíneos o nervios. En algunos casos, puede ser necesaria cirugías adicionales para repararlos.

**Uso de energía:** En la gran mayoría de las cirugías se utilizan dispositivos médicos electroquirúrgicos que usan corriente para coagular o cortar tejidos. Al aumentar la temperatura, por la cercanía de los órganos, pueden producirse lesiones térmicas inadvertidas.

**Tromboembolismo venoso:** En pacientes que son sometidas a cirugías existe un aumento del riesgo de producir coágulos en las venas, con mayor frecuencia en las piernas. Estos pueden viajar a los pulmones provocando un tromboembolismo en el pulmón u otros órganos. En algunos casos se emplearán anticoagulantes para reducir este riesgo, comprendiendo su uso conlleva un leve aumento de riesgo de sangrado.

## **b. Riesgos específicos de la laparoscopia**

**Lesiones por instalación de los trócares:** La laparoscopia requiere el uso de pequeños tubos que se insertan por pequeñas incisiones en el abdomen, a través de los cuales entran las pinzas necesarias para la cirugía. Existe un pequeño riesgo de lesionar órganos o vasos sanguíneos durante su inserción.

**Embolía gaseosa:** Al introducir el gas necesario para distender la cavidad abdominal este podría entrar en los vasos y causar un embolismo. Sin embargo, es una complicación extremadamente rara.

**Dolor secundario a la posición durante cirugía:** Las cirugías de endometriosis pueden durar muchas horas durante la cual el paciente se encuentra en una posición inmóvil. Por esto, pueden producirse molestias en la espalda, los hombros o las piernas. En casos infrecuentes puede comprimirse nervios provocando dolor y alteraciones sensitivas y motoras en el post-operatorio. Este riesgo se minimiza con estrategias de posicionamiento correcto del paciente.

### **c. Riesgos y complicaciones específicos para la cirugía de endometriosis**

Además de los riesgos inherentes a cualquier cirugía, existen otros que son específicos a la cirugía de endometriosis.

**Daño intestinal o de vía urinaria:** Debido a las adherencias y la fibrosis causada por la endometriosis, existe un mayor riesgo de lesionar estos órganos durante la cirugía. En la mayoría de los casos estas lesiones son reparadas durante la misma cirugía, no obstante, existe la posibilidad de tener que realizar otras intervenciones posteriores.

**Daño de nervios pélvicos:** Los nervios son estructuras que pueden ser representadas metafóricamente como cables eléctricos que llevan información desde y hacia los órganos. Es frecuente que en la endometriosis profunda exista algún grado de daño de nervios pélvicos causado por la misma enfermedad. Además, en la cirugía existe el riesgo de dañar los nervios que se encuentran en proximidad de los órganos afectados. En algunos casos esto es inevitable para poder reseca la enfermedad.

Si bien es cierto, en la gran mayoría de los casos el daño es mínimo y no perceptible por el paciente, existe la posibilidad de que se produzca dolor crónico, disfunción vesical, disfunción intestinal o disfunción sexual. Aunque el riesgo es bajo es importante que lo discuta con su médico antes de la cirugía.

**Recurrencia de la endometriosis:** La cirugía busca eliminar la mayor parte del tejido endometriósico posible y además reparar parte del daño y la fibrosis causada por la enfermedad. Sin embargo, la endometriosis es una enfermedad crónica y recurrente, por lo que existe la posibilidad de aparición de nuevos focos de endometriosis. La posibilidad de recurrencia varía según el tipo de cirugía, la edad de la paciente y los tratamientos hormonales que se utilicen. Estos aspectos deben ser discutidos en profundidad con su tratante.



**Adherencias postoperatorias:** La endometriosis causa la formación de adherencias y cicatrices en la cavidad abdominal y pelvis. La cirugía repara parte del daño causado por la enfermedad, pero posteriormente pueden aparecer algunas adherencias y cicatrices causadas por la misma cirugía.

**Cambios en la función ovárica y reserva ovárica:** La endometriosis provoca daño en los óvulos de los ovarios, especialmente los endometriomas ováricos. Por otro lado, la cirugía, al extraer el tejido endometriósico ovárico, también puede afectar la reserva folicular.

**Disfunción vesical:** El daño nervioso provocado por la endometriosis o por la cirugía y posterior cicatrización puede provocar incontinencia urinaria, retención urinaria o dificultad para vaciar completamente la vejiga. Puede ser necesaria la rehabilitación con kinesiólogo para recuperar la función normal.

**Disfunción defecatoria:** El compromiso endometriósico intestinal, la cirugía intestinal y el daño de los nervios pélvicos pueden causar disfunción defecatoria. Esto puede incluir síntomas como estreñimiento, diarrea, incontinencia fecal o dificultad para evacuar completamente el intestino.

**Fístulas:** Las fístulas son una comunicación anormal entre distintos órganos. La endometriosis afecta la reparación de los tejidos. Después de la cirugía, casos muy infrecuentes, pueden producirse fístulas entre la vejiga, la vagina y también el recto.

Es fundamental discutir estos riesgos y complicaciones con el equipo médico tratante antes de realizar la cirugía, de modo de ofrecer un **enfoque específico** para su caso en particular. Debe asegurarse de discutir sus preocupaciones y sus expectativas, mantenga una comunicación abierta y honesta con su médico antes y después de la cirugía. Es importante recordar que aunque los riesgos y complicaciones son posibles, la cirugía es un tratamiento eficaz en mejorar la calidad de vida en la mayoría de los casos, cuando es realizado por un equipo con conocimiento y experiencia en el área.

## **¿QUÉ OCURRE TRAS LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA?**

Posterior a la cirugía se traslada a una sala de recuperación. Allí se realizarán los cuidados postoperatorios inmediatos y una vigilancia cuidadosa de los signos vitales. En casos de cirugías de mayor riesgo o de complicación puede ser necesario traslado a una unidad de cuidado intensivo para una mayor monitorización.

## **¿CUÁLES SON LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS?**

Es posible que existan algunas molestias después de la cirugía, que pueden ser manejadas con fármacos administrados por su tratante. Además, movilizarse en forma temprana tras la cirugía reduce el riesgo de complicaciones, especialmente de coágulos en las piernas y mejora la actividad intestinal.

Las heridas deberán mantenerse limpias y secas los días después de la cirugía para una recuperación apropiada y debe tener restricción de actividad física intensa o levantar peso, acorde a las indicaciones que le entregue su médico.

Esta informativo fue realizado en base a los lineamientos ministeriales publicados en la orientación técnica para el tratamiento integral de la endometriosis 2023 ([www.sochog.cl](http://www.sochog.cl), [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

Autores principales:

Dr. Mauricio Correa D. Ph.D.  
Unidad endometriosis Clínica Alemana Valdivia  
Universidad Austral de Chile  
Hospital Base Valdivia

Dr. Ignacio Miranda M Ph.D.  
Clínica Alemana Santiago  
Hospital Clínico Universidad de Chile

Dr. Hugo Sovino  
Clínica MEDS  
Centro Endometriosis Clínica Indisa

Dr. Anibal Scarella Chamy  
Centro de reproducción humana  
Universidad de Valparaíso

Autores miembros del Capítulo de Cirugía Mínimamente Invasiva SOCHOG

Dr. Cesar Paredes Martínez  
Hospital de Talca  
Universidad Católica del Maule  
Presidente Capítulo Cirugía Mínimamente Invasiva SOCHOG

Dra. Claudia Celle  
Hospital Clínico Universidad de Chile

Dr. Raimundo Avilés  
RedSalud  
Universidad Finis Terrae

Dr. Jose Antonio Morales  
IVI Santiago

Dr. Benjamín Bustos  
Clínica Los Andes

#### REVISIÓN, EDICIÓN Y APROBACIÓN

Dr. Edison Krausse  
Clínica Alemana Temuco

Dr. Linder Díaz  
Sanatorio Alemán Concepción

Dr. Giancarlo Schiappacasse  
Clínica Alemana Santiago

Dra. Denisse Anrique  
Hospital Base Valdivia  
Clínica Alemana Valdivia  
Universidad Austral de Chile

Dra. Paz Navarrete  
Hospital Padre Las Casas

Dra. Lía Muñoz  
Clínica Clever Rancagua

Dr. Milenko Pavlovic  
Clínica Dávila  
Clínica Alemana Santiago

Dr. Fernando Heredia  
Sanatorio Alemán  
Hospital de Concepción

Dr. Gastón Donetch  
Clínica Andes Salud Concepción

Dr. Walter Krausse  
Hospital Padres Las Casas  
Clínica Alemana Temuco

Dr. Demetrio Larráin  
Clínica Santa María

Dr. Nicolas Guiloff  
Clínica Dávila

Dra. Franzel Álvarez  
Hospital de Victoria

Dr. Cristian Miranda Venegas  
Hospital Clínico Universidad de Chile

Dra. Pierina Rosales Valera  
Hospital de Talca

Dr. Nelson Burgos  
Clínica Alemana Santiago  
Hospital Clínico Universidad de Chile

Dr. Manuel Donoso  
Universidad de Los Andes  
Clínica Dávila

Dr. Claudio Villarroel  
Clínica Indisa  
IDIMI - Universidad de Chile

Dr. Mauricio León  
Clínica Indisa  
Clínica Alemana Santiago

Dr. Carlos Fernandez  
RedSalud Santiago

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

Dra. Valeria Puebla  
Hospital Luis Tisné  
Universidad de Chile

Dr. Guillermo Ramírez  
Hospital Barros Luco  
Universidad de Chile

Dr. Roberto Altamirano  
Hospital San Borja Arriarán  
Universidad de Chile

Dr. Robert Lehnert  
Hospital Regional de Antofagasta  
Universidad de Antofagasta

Dr. Gustavo Vargas  
Hospital Regional de La Serena

Dr. Juan Escalona Muñoz  
Sanatorio Alemán  
Hospital de Talcahuano  
Universidad de Concepción

Dra. Damarys Ramos Rodríguez  
Sanatorio Alemán Concepción

Dr. Osvaldo Luengo  
Sanatorio Alemán Concepción

Dr. Mario Abedrapo  
Hospital Clínico Universidad de Chile  
Clínica Las Condes

Dr. Rodolfo Avendaño  
Clínica Alemana Valdivia  
Universidad Austral de Chile

Dr. Alejandro Fonerón  
Clínica Alemana Valdivia  
Universidad Austral de Chile

Dr. Rodrigo Ledesma  
Hospital Clínico Universidad de Chile

Dr. Hugo Bermudez  
Clínica Alemana

Dr. Leonardo Cárcamo  
Clínica Alemana Valdivia

Dr. Alejandro Readí  
Clínica MEDS

Dr. Eduardo Landerer Ph.D.  
Clínica Indisa

Dr. Francisco Herrera  
Hospital de Talca

Dr. Guillermo Durruty  
Clínica Alemana Santiago

Dr. Marco Puga  
Clínica Alemana Santiago

Dra. Rocío Durán  
Hospital de La Florida

Dr. Alejandro Rubio  
Hospital de La Florida

Dr. Mauricio Zambra  
Coloproctólogo  
Hospital La Serena

Dr. Carlos Camus  
Ginecólogo  
Hospital de La Serena

Dra. Alejandra Seguel  
Hospital Tisné

Dra. Constanza Laurani

Dr. Cristian Pomes  
Universidad Católica

Dr. Jaime Albornoz

DISEÑO GRÁFICO

DRA. FRANCISCA VÉLIZ  
HOSPITAL SAN JOSÉ  
REGIÓN METROPOLITANA

REVISIÓN TÉCNICO-JURÍDICA

Isabel Margarita Cepeda  
ABOGADA  
SERVICIOS DE ASESORAMIENTO Y  
REPRESENTACION JURIDICA  
PRINCIPE DE GALES 5921 702- LA REINA

Sociedad Chilena de Ginecología y Obstetricia – Capítulo de Cirugía Mínimamente Invasiva