

Caracterización de las cirugías laparoscópicas en el Servicio de Ginecología del Hospital Materno-Infantil Ángel Arturo Aballí

Characterization of Laparoscopic Surgeries in the Gynecology Service at Hospital Materno-Infantil Ángel Arturo Aballí

Bárbara Enríquez Domínguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-1787-8819>

Fernando de Jesús Ferrera Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-8591-0032>

Iván Berto Mora Díaz¹ <https://orcid.org/0000-0002-9970-6913>

José Eduardo Estévez Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0001-5612-1678>

María Caridad Jiménez Chacón¹ <https://orcid.org/0000-0002-8435-7378>

¹Hospital Materno Infantil Ángel Arturo Aballí. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: barbaraed@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La cirugía laparoscópica ginecológica permite intervenir a la paciente sin tener que abrir el abdomen, pues consiste en realizar pequeñas incisiones. Actualmente se emplea en enfermedades como el cáncer o en la extracción de quistes y miomas, por lo que se puede aplicar en casi cualquier intervención de cirugía ginecológica.

Objetivo: Caracterizar los procedimientos laparoscópicos del Servicio de Ginecología en el Hospital Materno-Infantil Ángel Arturo Aballí en el período comprendido entre enero del 2018 y diciembre del 2021.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte longitudinal con el fin de describir la actividad asistencial laparoscópica. La muestra fue de 180 pacientes, según el criterio de selección no probabilístico de los investigadores.

Resultados: La edad promedio fue 41,6 años. Según los antecedentes, predominó el tamaño del útero con 91,1 % (n = 164). Dentro de las indicaciones quirúrgicas, se encontró la paridad

satisfecha en un 34,4 %, seguido del tumor de ovario (18,9 %), las neoplasias intraepiteliales cervicales (13,4 %) y el fibroma uterino sintomático. En cuanto a la cirugía mayor, se encontró la histerectomía abdominal laparoscópica en un 49,0 % (n = 78), seguido de la salpingectomía con un 38,9 %, resultados con significación desde el punto de vista estadístico ($p = 0,004$). En cuanto a la cirugía menor, el 11,6 % de la muestra recibió la ablación de los focos endometriales. Las complicaciones fueron escasas.

Conclusiones: Los procedimientos laparoscópicos del Servicio de Ginecología del Hospital Materno-Infantil Ángel Arturo Aballí se consideraron adecuados de acuerdo a los indicadores quirúrgicos.

Palabras clave: cirugía laparoscópica; histerectomía laparoscópica; histerectomía abdominal.

ABSTRACT

Introduction: Laparoscopic gynecological surgery allows for the patient to undergo surgery without having to open their abdomen, since it consists in making small incisions. It is currently used in diseases such as cancer or in the removal of cysts and myomas; therefore, it can be applied in almost any gynecological surgery.

Objective: To characterize the laparoscopic procedures of the gynecology service at Hospital Materno-Infantil Ángel Arturo Aballí, in the period from January 2018 to December 2021.

Methods: An observational, descriptive, retrospective and longitudinal study was carried out in order to describe the laparoscopic assistance activity. The sample consisted of 180 patients, according to the researchers' nonprobabilistic selection criteria.

Results: The mean age was 41.6 years. Concerning antecedents, uterine size predominated, with 91.1% (n = 164). Among surgical indications, satisfied parity was found in 34.4%, followed by ovarian tumor (18.9%), cervical intraepithelial neoplasms (13.4 %) and symptomatic uterine fibroid. With respect to major surgery, laparoscopic abdominal hysterectomy was found in 49.0 % (n = 78), followed by salpingectomy, with 38.9%; such results are statistically significant ($p = 0.004$). Regarding minor surgery, 11.6% of the sample received ablation of endometrial focuses. Complications were rare.

Conclusions: The laparoscopic procedures of the gynecology service at Hospital Materno-Infantil Ángel Arturo Aballí are considered adequate according to the surgical indicators.

Keywords: laparoscopic surgery; laparoscopic hysterectomy; abdominal hysterectomy.

Recibido: 08/10/2022

Aceptado:09/11/2022

Introducción

La cirugía laparoscópica ginecológica es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que permite intervenir a la paciente sin tener que abrir el abdomen practicando pequeñas incisiones. Actualmente se está usando en muchas enfermedades como el cáncer o para la extracción de quistes y miomas. También se realizan con esta técnica la histerectomía, la cirugía de la endometriosis y, de hecho, prácticamente cualquier intervención de cirugía ginecológica se puede realizar utilizando este tipo de abordaje. En todos los casos durante la intervención se aplica anestesia general a la paciente.⁽¹⁾

Hoy en día, la cirugía laparoscópica es una técnica quirúrgica ampliamente aceptada que usa pequeñas incisiones e instrumentos de largo como un lápiz para realizar operaciones con una cámara. Como las incisiones son mucho más pequeñas que sus contrapartidas en abierto, la recuperación es más rápida y el dolor posoperatorio es normalmente menor. La relación riesgo-beneficio de la cirugía laparoscópica está mejorando de forma continua a favor de las ventajas o beneficios.⁽²⁾

La cirugía laparoscópica ginecológica es una técnica que permite la visión de la cavidad abdominopélvica a través del laparoscopio, un instrumento que se introduce por una pequeña incisión y que consta de una fuente de luz transmitida por una fibra óptica, y una cámara que se conecta a un monitor de televisión. La cirugía laparoscópica ginecológica, desde sus primeras aplicaciones como técnica diagnóstica, ha experimentado un importante desarrollo, y actualmente es aplicable prácticamente en todas las intervenciones ginecológicas, enmarcada dentro del concepto de cirugía mínimamente invasiva. Desde la visión monocular hasta la cirugía robótica ha transcurrido un largo período. Fue en los años 80 cuando la cirugía laparoscópica ginecológica alcanzó su mayor desarrollo gracias a la incorporación de la

minicámara que permitió ampliar el campo de visión al resto del equipo quirúrgico. En el siglo XXI, el desarrollo de la robótica ha permitido el uso exitoso el robot Da Vinci, nueva tecnología que oferta una mayor precisión y comodidad para el cirujano al ofrecer una visión tridimensional. Aún se sigue intentando que la cirugía laparoscópica ginecológica sea menos invasiva si cabe, con la reciente incorporación de trocares que permiten una sola incisión con varios puertos de entrada.⁽³⁾

En Cuba existen antecedentes de desarrollo de estos procederes, ya que Núñez Portuondo (1932) realiza la primera laparoscopia en Cuba, pero no es hasta el año 1945 que el profesor Rogelio Lavín, del Hospital General Calixto García, introduce la laparoscopia para el diagnóstico de las enfermedades hepatobiliares. Casi dos décadas después, en 1973, el doctor Álvarez Blanco hace los primeros intentos de procederes terapéuticos por laparoscopia en Ginecología al realizar una sección de las trompas de Falopio con electrocauterio. Dos años después, el profesor Llanio Navarro efectúa una cirugía del ovario y más tarde, en el año 1978, libera adherencias por esta vía. La cirugía laparoscópica se inicia en Cuba el 18 de noviembre del año 1991 cuando se llevó a cabo la primera colecistectomía videolaparoscópica por el Dr. José M. Díaz Calderín (pionero de la cirugía laparoscópica en Cuba). Luego, en el mes de marzo del año 1993, el profesor de gastroenterología Dr. Ruiz Torres forma en el Hospital Universitario General Calixto García un grupo multidisciplinario integrado por gastroenterólogos, cirujanos, anestesiólogos y radiólogos con el objetivo de enfrentar de forma integral la cirugía endoscópica, la endoscopia terapéutica y la radiología intervencionista.^(4,5) Las primeras histerectomías laparoscópicas vaginal asistidas fueron realizadas en 1994 por el doctor Nelson Rodríguez en el Centro de Cirugía Endoscópica ubicado en el Hospital Universitario General Calixto García, de La Habana, y posteriormente la doctora Bárbara Faife la estandarizó en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso (CNCMA) y en el Hospital Hermanos Ameijeiras para luego generalizarla a otros hospitales del país.⁽⁵⁾

La cirugía de mínimo acceso para el tratamiento de las enfermedades ginecológicas se aplicó en un 3,6 % del total de las operaciones ginecológicas y en el 12,9 % del total de operaciones por mínimo acceso realizadas en Cuba en 2010. Se observó un incremento de estas en el 2011 con la realización de 5348 procederes ginecológicos por esta vía. Pero en los posteriores años se evidenció una disminución, principalmente en el 2016 y 2017, ya que se recogen cifras de

3387 y 3263 respectivamente para luego volver a aumentar en el año 2018 con 5799 y en el 2020 con 5923.⁽⁶⁾

Por tanto, esta investigación se centró principalmente en importantes afecciones quirúrgicas y la cirugía laparoscópica realizada en el Servicio de Ginecología, teniendo en cuenta que las enfermedades ginecológicas representan un elevado porcentaje de pacientes que son intervenidas quirúrgicamente por medio convencional en nuestro hospital.

Con la realización de este artículo se pretende recoger, resumir informaciones actualizadas y evaluar los resultados obtenidos con la implementación de la cirugía laparoscópica como tratamiento definitivo de enfermedades ginecológicas quirúrgicas, teniendo como objetivo caracterizar los procedimientos laparoscópicos del Servicio de Ginecología en el Hospital Materno-Infantil Ángel Arturo Aballí en el período comprendido entre enero del 2018 y diciembre del 2021.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte longitudinal sobre los procedimientos laparoscópicos del Servicio de Ginecología en el Hospital Materno-Infantil Ángel Arturo Aballí, en el período comprendido entre enero del 2018 y diciembre del 2021. El universo estuvo constituido por un total de 246 pacientes que fueron atendidas en la consulta de cirugía laparoscópica de ginecología del centro. Para la realización de esta investigación se seleccionó una muestra no probabilística a partir de los criterios de inclusión y exclusión, que quedó constituida por 180 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Paridad satisfecha, a saber 2 hijos o más y 28 años o más o enfermedades asociadas que justifiquen hacer la esterilización quirúrgica y están bien tipificadas en el Manual de Procedimientos de Ginecología.
- Pacientes de la consulta de Infertilidad que necesiten una laparoscopia contrastada como parte de su estudio.
- Dolor pélvico con causas extragenitales descartadas.
- Posoperatorio de todas las pacientes operadas de ectópico por mínimo acceso.

- Tumoraciones quísticas de ovario en las que se ha descartado exhaustivamente signos de malignidad.
- Reanastomosis tubáricas en pacientes que la soliciten y esté justificado realizarla.
- Pacientes que reúnan los requisitos para realizarle histerectomía laparoscópica.
- Pacientes tributarias de histeroscopia por pérdida recurrente del embarazo por cuerpos extraños intrauterinos, miomas submucosos, sangrado uterino anormal, pólipos y otras etiologías.

Criterios de exclusión:

- Enfermedades cardiorrespiratorias según valoración del clínico y cardiólogo.
- Hepatopatía crónica descompensada según valoración clínica y anestésica.
- Abdomen agudo de causa ginecológica en pacientes hemodinámicamente inestables.
- Hernia diafragmática.
- Grandes tumoraciones que no dejen margen subumbilical de 5 cms.
- Embarazo que no permita el margen subumbilical de 5 cms.
- Obesidad (IMC mayor de 30) o panículo adiposo abdominal exagerado.
- Cirugía previa por obstrucción intestinal.
- Cáncer cervical diagnosticado.
- Hemorragia uterina profusa.
- Hasta 2 cirugías previas por vía laparotómica a no ser que existan reportes endoscópicos previos de ausencia de adherencias.
- Si existen referencias previas de adherencias fuera de la pelvis; independientemente de cirugías previas o no.
- Realización de procedimientos ginecológicos en los que se evidencie embarazo intrauterino o previamente haya conocimiento de este.

Se estudiaron las siguientes variables: edad, en el momento de incorporación al estudio, diagnósticos por el cual fue tributaria a tratamiento quirúrgico por la vía laparoscópica, vía de abordaje refiriéndose a la técnica de acceso utilizada al realizar los diferentes procedimientos laparoscópicos reportados (vía abdominal laparoscópica y asistidas por la vagina), procedimientos quirúrgicos el tipo de cirugía realizada (infertilidad secundaria, laparoscopia

diagnóstica, histeroscopia, cistectomía, ligadura laparoscópica, histerectomía laparoscópica), complicaciones durante la cirugía y en el posoperatorio, tiempo de estadía hospitalaria y costos hospitalarios.

El método utilizado fue de investigación-acción y técnicas de recogida de información, se procedió a la recopilación de datos necesarios utilizando diferentes fuentes de información: la historia clínica de las pacientes, que contenían los datos de la consulta pre- y posquirúrgica, así como el resultado del informe de biopsia.

La información obtenida fue primaria y recogida por los autores. Una vez recolectados los datos se conformó una hoja de recogida de datos donde se volcó la información y se procedió a la codificación de los resultados formulados mediante un microprocesador con *software Excel* perteneciente al *Software de Microsoft Office 2013* en un Sistema Operativo de *Windows 10*. Se realizaron los siguientes análisis estadísticos: frecuencias absolutas (número) y relativas (frecuencias). Posteriormente se presentaron en tablas para mejor interpretación de los resultados.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación y el Consejo Científico del centro. Los datos que se derivaron de este estudio se mantuvieron en confidencialidad.

Resultados

Desde la introducción de la cirugía de mínimo acceso para las cirugías ginecológicas como la histerectomía total laparoscópica, laparoscopias diagnósticas u otros tantos procedimientos mínimamente invasivos se ha demostrado mediante medicina basada en la evidencia que ofrecen muchas ventajas sobre todo en la recuperación posquirúrgica, reincorporación en muy poco tiempo a las actividades cotidianas y, sobre todo, que presentan mejores resultados estéticos. Por tal razón, en este estudio se realiza un análisis sobre los resultados de los diferentes procedimientos laparoscópicos que por primera vez se realizaban en nuestro hospital y se decide realizar una comparación con evidencias científicas y experiencias médicas de estos procedimientos tanto a nivel nacional como internacional. La edad se muestra en la tabla 1 y osciló entre 28 y 55 años, con una media de $41,16 \pm 7,72$ años.

Tabla 1. Estadística descriptiva de la edad

Variable		Grupo	Prueba
Edad (años)	Media ± DE	41,16 ± 7,72	t Student
	Mín, Máx	28; 55	$p = 0,203$

Fuente: Planilla de recolección de datos.

En la tabla 2 se aprecia la cirugía mayor. Predominaron las pacientes con histerectomía abdominal en un 49,0 % (n = 78), seguido de la salpingectomía con un 38,9 % (n = 62) resultados con significación desde el punto de vista estadístico [$p = 0,004$]. En cuanto a la cirugía menor, el 11,6 % de la muestra recibió la ablación de los focos endometriales.

Tabla 2. Distribución de pacientes según cirugía mayor laparoscópica ginecológica

Cirugía mayor	n.º	%
Cistectomía	4	2,2
Ooforectomía	15	8,3
Salpingectomía	62	34,4
Histerectomía abdominal	78	43,3
Total	159	88,3
Cirugía menor		
Sí	21	11,6
No	-	-
Total	21	11,6

Fuente: Planilla de recolección de datos.

En la tabla 3 se aprecian las complicaciones atribuibles a la cirugía ginecológica laparoscópica. El absceso de la cúpula y el embarazo posligadura afectó a 180 pacientes, lo que representa el 18,7 % de la muestra.

Tabla 3. Complicaciones atribuibles a la cirugía ginecológica laparoscópica

Complicaciones	n.º	%
Sangramiento vaginal mediato	1	6,2

Hemorragia intraquística ovárica	1	6,2
Evisceración	1	6,2
Fístula vésico-vaginal	1	6,2
Hematoma de cúpula	2	12,6
Absceso de cúpula	3	18,7
Embarazos posligadura	3	18,7

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Tabla 4. Estadística descriptiva de la estadía hospitalaria

Variable		Grupo	Prueba
Estadía (horas)	Media ± DE	48,0 ± 37,7	t Student
	Mín, Máx	18;75	$p = 0,303$

Fuente: Planilla de recolección de datos.

El costo promedio de la histerectomía convencional es de \$ 2637 pesos moneda nacional, mientras que el de la histerectomía laparoscópica es de \$ 1034 pesos moneda nacional. Esto representa alrededor de un 83,1 % menos del total de los costos con respecto a la cirugía convencional, lo cual le ahorra a la institución por este concepto \$ 1603 pesos moneda nacional (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de costo de los diferentes métodos utilizados para la realización de una histerectomía

Tipo de método	Costo
Histerectomía convencional	\$ 2637,00
Histerectomía laparoscópica	\$ 1034,00

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Discusión

En la presente investigación se pudo observar que la media de la edad de las pacientes se encontró entre la cuarta y quinta década de la vida, lo que guarda relación con lo reportado

en la literatura revisada,^(7,8) donde las mujeres presentan mayores posibilidades de requerir tratamiento quirúrgico por causas ginecológicas.

En cuanto a las indicaciones quirúrgicas la paridad vaginal satisfecha fue el diagnóstico principal de la realización de las cirugías por mínimo acceso, luego de las tumoraciones de ovario, y las neoplasias intraepiteliales cervicales. Sin embargo, algunos investigadores^(9,10) reportaron en una serie de casos que las neoplasias intraepiteliales cervicales constituyeron la causa principal de las intervenciones quirúrgicas laparoscópicas, mientras que el fibroma uterino y las tumoraciones de ovarios se identificaron con menores porcentajes, resultados que difieren a los de esta serie.⁽¹¹⁾

Además, se encontró que en el caso del tratamiento del cáncer ginecológico, la histerectomía laparoscópica también se realizó para aquellas pacientes con procesos oncoproliferativos que requirieron solo la histerectomía total extrafascial. De manera similar otros autores⁽¹²⁾ reportaron la realización de estas histerectomías con buenos resultados.

Chinoa y otros⁽⁸⁾ encontraron dentro de las complicaciones las lesiones de vejiga y uréteres, así como otras propias del neumoperitoneo, resultados que concuerdan de manera parcial con los de este estudio.

Otros autores⁽¹³⁾ reportaron que después de la cirugía laparoscópica, el 8,1 % de los pacientes requirió hospitalización. Esta tasa fue significativamente superior en cirugía ginecológica, pacientes con complicaciones quirúrgicas previas, ASA superior clasificado (II y III) y fumadores. Asimismo, los pacientes con tiempo de neumoperitoneo superior a 45 minutos presentaron una mayor tasa de hospitalización; también se funda en pacientes con complicaciones anestésicas o quirúrgicas (incluida la conversión a laparotomía). Al menos, la tasa de hospitalización fue significativamente superior en relación con las náuseas y vómitos posoperatorios.

Guerrero y otros⁽¹⁴⁾ hallaron que durante el período de estudio se realizaron 860 histerectomías por laparoscopia, de estas, 67 (7,8 %) cumplieron con los criterios de selección. Un total de 11 pacientes (16,4 %) reingresaron por el Servicio de Urgencias, de las cuales, siete (63,6 %) acudieron por dolor, una (9 %) por sangrado activo, una (9 %) por fiebre y dos (18 %) por síntomas urinarios. Se presentaron seis (8,9 %) complicaciones posoperatorias, de las cuales dos pacientes (2,9 %) tuvieron hematoma de cúpula vaginal, dos (2,9 %) hemoperitoneo, una (1,4 %) infección urinaria y una (1,4 %) lesión ureteral.

Cuatro pacientes (5,9 %) requirieron hospitalización, estas últimas se clasificaron en el estadio IIIb de Clavien-Dindo. Aarts y otros⁽¹⁵⁾ reportaron la lesión uretral y vesical en un número considerable de pacientes, resultados que difieren con los de esta investigación.

En el estudio de Vásquez-Ciriaco y otros se comprueba que es factible y seguro, con estancias hospitalarias más cortas y una pronta recuperación a las actividades diarias.⁽¹⁶⁾

Rendón Becerra y otros,⁽¹⁶⁾ estudiaron una serie donde hallaron que el 90 % de las pacientes con histerectomía laparoscópica fueron dadas de alta en las primeras 24 horas, lo que resaltó la reducción de los costos de la estancia hospitalaria y la alta satisfacción con esta técnica, resultados similares a los obtenidos en esta investigación.

Guerrero y otros⁽¹⁴⁾ expresan en su estudio que el alta temprana surge como alternativa al cuidado hospitalario para este tipo de población. Se requieren estudios con grupo control y asignación aleatoria para aportar mejor evidencia respecto a este tratamiento.

Conclusiones

Las cirugías laparoscópicas del Servicio de Ginecología se consideran adecuadas de acuerdo a los indicadores quirúrgicos. Las indicaciones quirúrgicas como neoplasias intraepiteliales cervicales, tumor de ovario y paridad satisfecha son las más frecuentes. La histerectomía abdominal es la cirugía mayor laparoscópica más realizada. Las complicaciones son escasas y ninguna pone en peligro la vida del paciente. La corta estadía hospitalaria representa un ahorro con respecto a la cirugía convencional, lo cual le ahorra a la institución por este concepto.

Referencias bibliográficas

1. Millán Sandoval RG. Breve reseña histórica de la Cirugía laparoscópica. La Habana: Editorial CIMEQ; 2009.
2. Vásquez-Ciriaco S, Isla-Ortiz D, Palomeque-Lopez A, García-Espinoza JA, Jarquín-Arremilla A, Lechuga-García NA. Experiencia inicial en el tratamiento de enfermedad ginecológica benigna y maligna por laparoscopia en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. *Cir Cir.* 2017 Ene-Feb;85(1):12-20. Español. Disponible: <https://www.semanticscholar.org/paper/Experiencia-inicial-en-el-tratamiento-de->

[enfermedad-V%C3%A1squez-Ciriaco-Isla-](#)

[Ortiz/5760c5fda0a1b3cf75d1581485313286bdd8266b](#)

3. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, Voorst S, *et al.* Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(3):36-77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19588344>

4. Alonso Sicilia M, Rodríguez Sigler Y, García Baños LG. Histerectomía totalmente laparoscópica en el Hospital General Docente “Iván Portuondo”. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia.* 2017;43(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300004&nrm=iso

5. Díaz Ortega I, Martínez Martínez-Pinillo AF, Castillo Y, Barreras González JE, Pereira Fraga J, Masa Bravo N. Histerectomía radical Videolaparoscópica. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2015;41(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000200007

6. Anuario Estadístico de Salud. Cuadro 131. Operaciones realizadas por cirugía de mínimo acceso según especialidad 2019-2020. Cuba: MINSAP; 2006. Disponible en: [Anuario-estadístico-Español-2020-Definitivo.pdf \(sld.cu\)](#)

7. Tanos V, Berry KE. Benign and malignant pathology of the uterus. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018. [acceso 22/11/2022];4(6):12-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.10.004>

8. Chinolla-Arellano ZL, Bañuelos-Rodríguez JL, Martínez-Sevilla V, García-Bello JA. Complicaciones de la histerectomía total laparoscópica en pacientes de un hospital de alta especialidad. *Cir Cir.* 2021;89(3):347-53. Disponible en: <https://doaj.org/article/6dcca5d6d376419394f3268a06ed3f7f>

9. Sardiñas Ponce R, Fernández Santiesteban L. Histerectomía laparoscópica, experiencia de 12 años. *Revista Cubana de Cirugía.* 2014 [acceso 22/03/2022];53(3):[aprox. 0 pant.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932014000300007&nrm=iso

10. Medina Pérez V, Morales Yera R, Sierra Pérez L. Cáncer cervicouterino. Desigual avance entre prevención, diagnóstico precoz y tratamiento. *Rev. Finlay.* 2018 [acceso

22/03/2022];8(2):[aprox. 10 pant.]. Disponible en:

https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200002&lng=es

11. Cohen PA, Jhingran A, Oaknin A, Denny L. Cáncer de cuello uterino. Lanceta. 2019 enero 12;393(10167):169-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30638582>

12. Kovachev S, Ganovska A, Stankova T. Comparación de la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia y la histerectomía vaginal para enfermedades benignas y lesiones del sistema genital femenino. Akush Ginekol (Sofia). 2016;55 Suppl 1 Pt 1:4-10. Búlgaro. PMID: 27514161. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27514161>

13. López-Torres López J, Cifuentes García B, Fernández Ruipérez L, Rodeles Criado A, Alcántara Noalles MJ, Peiró García R, Argente Navarro P. Factores predictivos de ingreso en cirugía laparoscópica ambulatoria. Cir Esp (Engl Ed). 2021 febrero;99(2):140-6. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-201228>

14. Guerrero-Machado M, Pascuas JS, Miranda AD, Castro-Cuenca CG, Rodríguez-Daza HO. Safety of early discharge in patients undergoing laparoscopic hysterectomy in a high complexity center in Bogotá, Colombia, 2013 - 2019. Historical cohort. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2021 Mar 30;72(1):24-32. English, Spanish. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/unboundmedicine.com/medline/citation/338788>

15. Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BW, *et al.* Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;1(8):32-40. Disponible en: <https://research.monash.edu/en/publications/surgical-approach-to...>

16. Rendón Becerra C, Gómez Bravo A, Hernández Hernández R, García Amú I. Experiencia de pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica en el Hospital Universitario San José de Popayán entre 2014 y 2018. Rev. Fac. Med. 2020;68(2):196-201. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Bárbara Enríquez Domínguez.

Curación de datos: José Eduardo Estévez Rodríguez.

Investigación: Bárbara Enríquez Domínguez, Fernando Ferrera Rodríguez, María Caridad Jiménez Chacón.

Metodología: Bárbara Enríquez Domínguez.

Administración del proyecto: Bárbara Enríquez Domínguez.

Recursos: Fernando Ferrera Rodríguez.

Visualización: Bárbara Enríquez Domínguez.

Redacción–borrador original: Bárbara Enríquez Domínguez.

Redacción–revisión y edición: Iván Mora Díaz, María Caridad Jiménez Chacón.