



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA
COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A LINFADENECTOMÍA EN CÁNCER
GINECOLÓGICO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR ESCUELA "DR.
ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS" DEL 1 DE ENERO DEL 2018 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2021

Autora:
Dra. Leidy Katherine Baquero Ortiz
Médico Residente de Gineco obstetricia

Tutora Clínica:
Capitán Dra. Christian Yaoska Corea Urbina
Médico Especialista en Gineco obstetricia
Subespecialista en Oncología Ginecológica

Asesor Metodológico:
Dr. Francisco Javier Toledo Cisneros
Médico y Cirujano General
Máster en Salud Pública
Posgrado en Docencia Universitaria

MANAGUA NICARAGUA, MARZO DEL 2022



**República de Nicaragua
Ejército de Nicaragua
Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”
Sub Dirección Docente**

TRIBUNAL EXAMINADOR

ACEPTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA Y POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA – LEÓN

DRA. LEIDY KATHERINE BAQUERO ORTIZ

No. cédula: **31032009009**, culminó la Especialidad de **GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, en el año Académico: **2018 – 2022**.

Realizó Defensa de Tesis: **COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A LINFADENECTOMIA EN CANCER GINECOLOGICO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR ESCUELA DR. ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS, EN EL PERIODO DEL 1 DE ENERO 2018 AL 31 DICIEMBRE DEL 2021.**

En la ciudad de Managua, viernes 18 de marzo del año dos mil veintidós.

Dr. Gilberto Benito Altamirano Centeno

Nombres y apellidos

Firma del Presidente

Dr. José Boanerges Aragón Flores

Nombres y apellidos

Firma del Secretario

Dra. María Alejandra Salazar Alvarez

Nombres y apellidos

Firma del Vocal

Teniente Coronel (DEM)

DR. ROLANDO ANTONIO JIRÓN TORUÑO

Sub Director Docente

Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
OPINIÓN DEL TUTOR.....	iii
RESUMEN	iv
I. INTRODUCCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III. ANTECEDENTES	4
IV. JUSTIFICACIÓN	8
V. OBJETIVOS	10
VI. MARCO TEÓRICO.....	11
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	24
VIII. RESULTADOS	31
IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	35
X. CONCLUSIONES.....	40
XI. RECOMENDACIONES.....	41
XII. BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	45

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso por cuidarme y guiarme en mis metas.

Agradezco a las autoridades del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila bolaños" por ser mi casa estos cuatro años en que me he formado.

A todas aquellas pacientes de las cuales en el oficio diario de la profesión me enriquecen en conocimientos.

A si como deseo expresar mi reconocimiento y admiración a mi tutora la Dra Capitán Christian Corea Urbina por ser un médico entregado a su vocación y servicio y un excelente ser humano, quien durante estos cuatros años me ha llenado de conocimientos y buenos consejos.

Gracias a todos los médicos especialistas de mi servicio de Ginecoobstetricia así como de otras especialidades que me han regalado de su experiencia, al personal de enfermería que batalla a diario de la mano de nosotros y al resto de personal asistencial y administrativo que nos colabora en nuestras tareas diarias como médicos residentes a todos ustedes mis más grandes agradecimientos que Dios sea bendiciéndoles día a día.

Dra. Leidy Katherine Baquero Ortiz.

DEDICATORIA

Esta tesis esta dedica a la memoria de mi madrecita quien me cuidó toda mi niñez y adolescencia y me forjó con su ejemplo y dedicación valores y que sé que desde el cielo me cuida con sus oraciones.

A mis padres por darme la vida y deséarme todo lo mejor siempre.

A mis tíos quienes han estado conmigo en estos últimos años apoyándome no tengo como agradecerles su amor.

A mi familia en general Tíos, primos por sus buenos deseos siempre mil gracias.

A mis amigos más cercanos quienes creen y confían en mí.

Dra. Leidy Katherine Baquero Ortiz.

OPINIÓN DEL TUTOR

Como tutor clínico de la tesis titulada «*complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021*». Elaborada por la Dra. Leidy Katherine Baquero Ortiz Médico general; para optar por el título de Médico especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños, con mi experiencia como subespecialista en Ginecooncología el tema tiene resultados aplicables dada la prevalencia de cáncer ginecológico (Endometrio, Cáncer de ovario y cervicouterino) en nuestro entorno dichas neoplasias deben ser abordadas bajo el estudio de los ganglios linfáticos pélvicos y para aórticos.

Por tal motivo es muy importante describir las complicaciones quirúrgicas o postquirúrgicas presentadas en las pacientes del servicio oncológico de nuestra institución con el fin de crear modelos o protocolos aplicables, trabajando en pro de la calidad en la atención médico quirúrgica de nuestras pacientes, trazándonos objetivos y metas a futuro, un ejemplo claro es que dado el advenimiento de la cirugía laparoscópica como técnica mínimamente invasiva sería útil incentivar la realización de este tipo de abordaje en las pacientes con esta patología.

Con la presente tesis podemos ver el panorama actual de complicaciones que se han presentado en los últimos 4 años en las pacientes sometidas quirúrgicamente a este tipo de cirugía con un nivel alto de complejidad. Sirviendo como base para futuras investigaciones que sigan enriqueciendo el quehacer diario de todo el equipo multidisciplinario y en especial el de los cirujanos que estamos a cargo de este tipo de procedimiento

Capitán Dra. Christian Yaoska Corea Urbina
Médico Especialista en Ginecobstetricia
Subespecialista en Oncología Ginecológica

RESUMEN

Se trató de un estudio descriptivo, prospectivo longitudinal y de corte transversal. Se analizó la información de 79 pacientes que se les realizó Linfadenectomía Pélvica y Paraaórtica en los 3 principales cánceres ginecológicos (cérvix, endometrio, ovario), se realizó análisis univariado y curvas de Kaplan y Meier para supervivencia y periodo libre de enfermedad.

La edad media fue de < 53 años, 25 (31.6%), con procedencia urbana 70 (88.6%) escolaridad secundaria 41 (51.9%), estado civil soltera 41 (39.2%). En esta serie se encontró un normo peso en 23 (29.1%), sobrepeso 21 (26.6 %) en cuanto a comorbilidades la asociación entre HTA y DM fue de 27 (56%). El cáncer primario que con mayor frecuencia se presentó fue el de endometrio 50 (63.3%).

De la totalidad de las pacientes tenían alguna relación de cáncer familiar entre ellas de estómago colon y hepático, 5 paciente para cada caso correspondiendo a un (20%) , antecedente de neoplasia familiar ginecología; 7 casos para cáncer de mama y endometrio respectivamente (33,3%) 16 pacientes tenían como cirugía previa cesáreas (39.6%); en su mayoría cumplían con criterio preoperatorio riesgo anestésico ASA II 53 (67.1%) con un índice de score de Lee 0 (0.4%) 38 (48.1%).La etapa clínica posterior a la Linfadenectomía fue IA 37 (46.8%) IB 20 (25.3%).

El abordaje quirúrgico fue: abierto 77 (97.5%), y vía laparoscópico 2 (2.5%), no fue necesario en ninguno de los dos casos realizar conversión a laparotomía, practicándose en 72 (91.1%) Histerectomía + Salpingectomía bilateral , el tipo de linfadenectomía practicado en la mayoría de casos fue : pélvica 49 (62%) , pélvica y paraaórtica 29 (36.7%) , paraaórtica 1 (1.3%) con pérdidas sanguíneas en el transquirúrgico promedio de 250 ml 31 (39.2%) tiempo quirúrgico estimado 121- 180 min 34 (43%) se disecaron en promedio 4- 10 ganglios 37 (46,8%); 37 pacientes necesitaron tratamiento médico oncológico posterior (46,8%) siendo principalmente quimioterapia 14 (37.8%) el seguimiento de la enfermedad se dio en 56 (70.9%) por US Y TAC, se observó una estancia estimada hospitalaria 3 días 47 (59.2%).

Las complicaciones se presentaron solamente en 7 pacientes (8.86 %). La recurrencia se presentó en 5(10.7%).

El tratamiento de las neoplasias ginecológicas en etapas clínicas tempranas es quirúrgico siendo la histerectomía abdominal más Salpingooforectomía con linfadenectomía pélvica y/o para aórtica el estándar, en nuestro estudio las pacientes presentaron las mínimas complicaciones, Linfoquiste en 2 casos y lesión vesical respectivamente lo cual se respalda a estudios previos internacionales. El periodo de recurrencia es entre los 35 y 40 meses con una tasa de supervivencia global y de recurrencia de 42.5% siendo la linfadenectomía el tratamiento estándar y seguro en este grupo de pacientes lo cual se respalda en los hallazgos descritos en nuestro trabajo.

I.INTRODUCCIÓN

Las neoplasias del tracto genital femenino constituyen un importante problema de salud a nivel mundial. El cáncer cervicouterino, por ejemplo, el segundo en frecuencia entre los cánceres de la mujer y el más común en países en vías de desarrollo, ocasiona en estas regiones, el mayor número de muertes por neoplasias del tracto genital; mientras que el cáncer de ovario cuya incidencia es mayor en países altamente industrializados, es responsable del mayor número de fallecimientos por neoplasias ginecológicas (Torres, 2014).

Con Respecto al cáncer de endometrio es el tumor ginecológico más frecuente en los países desarrollados. La sobrevida global a 5 años es del 80%. Dependiendo del estadio al diagnóstico la sobrevida de estas pacientes se modifica, siendo casi del 95% en estadios iniciales, 69% en tumores localmente avanzados y del 16,8% cuando se diagnostica una enfermedad con diseminación a distancia (Franco, 2019).

En México, publicaciones como las generadas en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), mostraron para el periodo 2000-2004, que el cáncer de la mujer ocupó con 12,444 casos, el 69.6% de la totalidad de neoplasias registradas en ese lapso de tiempo. (Torres, 2014). Los cánceres del tracto genital con 4,148 casos (21.5%), se ubicaron en el primer sitio entre las neoplasias del sexo femenino. Al cáncer cervicouterino le correspondió el 64.1% de dichos cánceres, al de ovario el 20.4% y del cuerpo del útero el 11.5%.

La evaluación de los ganglios linfáticos pélvicos y para aórticos es un componente importante del procedimiento de estadificación quirúrgica para los tumores ginecológicos como son el cáncer de endometrio, de ovario, no así el cáncer cervical que se estadifica clínicamente, pero la evaluación de los ganglios linfáticos pélvicos y para aórticos se realiza con linfadenectomía o estudios de imágenes.

Los objetivos quirúrgicos y oncológicos de la disección de los ganglios linfáticos son para definir la extensión de la enfermedad (Corea Urbina & Montalvo, 2016).

Por otro lado, este procedimiento no está exento de morbilidad la cual comparte las complicaciones de cualquier cirugía ginecológica y con una morbilidad para la linfadenectomía propiamente dicha de un (3% al 38%) y su realización requiere de un equipo entrenado de cirujanos ginecólogos oncólogos.

En este estudio descriptivo se buscó encontrar las complicaciones descritas en otros estudios con respecto a la realización de Linfadenectomía Pélvica y en Paraaórtica quisimos tomar 35 variables las cuales de manera objetiva pudieran delimitar el proceso cronológico de las pacientes hasta llegar al objetivo de identificar aquellas complicaciones que podrían afectar el desarrollo y recuperación satisfactoria de las pacientes de este estudio.

Creemos importante determinar cuáles son las complicaciones presentadas cuando se realiza linfadenectomía pélvica y/o paraaórtica en las pacientes de nuestra institución y con esto delimitar o no la realización de dicho procedimiento en los cánceres ginecológicos (cáncer cérvico uterino, cáncer de endometrio y cáncer de ovario).

II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el estadiaje en las patologías neoplásicas del tracto genital femenino, comprende el estudio de los ganglios linfáticos pélvicos y para árticos dicho procedimiento no escapa de las posibles complicaciones generales de cualquier abordaje quirúrgico sin embargo las complicaciones referentes al Linfedema y el Linfoquiste no han sido estudiadas sistemáticamente como una de las complicaciones postoperatorias en este tipo de pacientes, y dado el creciente número de pacientes que ingresan al programa oncológico de nuestra Institución vemos de gran utilidad académica estudiar este abordaje y encontrar sus complicaciones .

Por lo cual surge la siguiente Pregunta:

¿Cuáles son las complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021?

III.ANTECEDENTES

Mezquita Gómez en la Universidad Pública de Navarra (España) en 2019 realizó el estudio Linfadenectomía pélvica y para aórtica en el cáncer de cérvix localmente avanzado viendo un análisis de morbilidad asociado a la cirugía. En el periodo comprendido entre 1 enero del año 2006 y el 31 de diciembre del año 2015; 67 pacientes fueron sometidas a linfadenectomía transperitoneal terapéutica pélvica y paraaórtica de estadiaje seguido de tratamiento primario quimioterápico y radioterápico, buscando analizar las características clínicas y demográficas de las pacientes y la morbilidad asociado a la cirugía: se encontró que, el tiempo medio de cirugía fue de 238 minutos.

La tasa de complicaciones intraoperatorias fue 5,4% siendo de estas las más comunes las lesiones de vejiga y uréter. De los 67 pacientes incluidos en el estudio, 32 presentaron ganglios positivos. 20 pacientes presentaron ganglios metastásicos a nivel pélvico, mientras que 12 pacientes presentaron afectación a nivel pélvico y paraaórtico. (Mezquita , 2019).

Ninguna paciente presentó afectación aislada a nivel para-aórtico. Tras un periodo de seguimiento de 54,6 meses (5-122 meses), la tasa de control local de la enfermedad y supervivencia libre de enfermedad fue de 91,1% y 60,5% respectivamente. La supervivencia global a tres y cinco años fue del 77,2% y 67,3% respectivamente. Al analizar la supervivencia global en función de la afectación ganglionar observamos que las pacientes sin afectación ganglionar presentaron una supervivencia a tres y cinco años del 87,9% y 81,6% respectivamente.

Por lo tanto, concluyeron que la linfadenectomía pélvica de estadiaje asociada a la linfadenectomía para-aórtica es una técnica segura, disminuyendo el riesgo de recidiva a distancia y por lo tanto podría aumentar la supervivencia de estas pacientes.

Christian Yaoska Corea Urbina en el 2016 en México realizó un Estudio clínico, descriptivo, retrospectivo. Se analizó la información de 419 pacientes que se les realizó linfadenectomía en los 3 principales cánceres ginecológicos se realizó análisis univariado y curvas de Kaplan y Meier para supervivencia y periodo libre de enfermedad, en el periodo comprendido de enero 2010 a diciembre 2015. Con el objetivo de describir las complicaciones posteriores a la linfadenectomía en cáncer ginecológicos de las pacientes en el Instituto Nacional de Cancerología.

La edad media fue de 53 años, 288 (68.7%) cursaban en la postmenopausia. En esta serie se encontraba en peso normal 87 (20.7%), sobrepeso 160 (38.19 %) y con obesidad 172 (41.05%).

El tumor primario que con mayor frecuencia se presentó fue el cáncer de endometrio 199 (47.4%). En el reporte de patología se encontró el tipo histológico; adenocarcinoma endometrioide 166 (39.6%). Los síntomas más frecuentes en esta serie al momento del diagnóstico fueron el sangrado transvaginal 241(57.52 %). La extensión en forma operatoria fue la extensión local del tumor 37 (8.8%), loco regional 368 (87.3%), y a distancia 14 pacientes (3.3%).

La etapa clínica al momento del diagnóstico EC I 287 (68.5%), EC II 32 pacientes (8.6%), EC III en 87 pacientes (20.8%), EC IV en 9 pacientes (2.1%). El abordaje quirúrgico fue: abierto 385(91.9%), y vía laparoscópica 34 (8.1%). Las complicaciones se presentaron 24(5.4%). La recurrencia se presentó en 45(10.7%), siendo local 9(2.1%), regional 20(4.8%), a distancia 12(2.9%).

Concluyendo que el tratamiento de las neoplasias ginecológicas en etapas clínicas tempranas es quirúrgico siendo la histerectomía abdominal con linfadenectomía pélvica y/o para aórtica el estándar, con tasas de SG y SLE de 88 a 92% las pacientes presentaron las mínimas complicaciones. (Corea Urbina & Montalvo, 2016).

Felipe Sherman y Alejandra Díaz realizaron un estudio sobre la importancia de la Linfadenectomía pélvica y Paraaórtica en la estadiificación quirúrgica, de las 42 pacientes en estudio, la mediana de edad fue 68 años, con un rango de 30 a 87 años. El 88,1% de las pacientes era postmenopáusica al momento del diagnóstico. El 21,4% era multigesta y el 16,7% era gran múltipara. El legrado uterino fue informado como carcinoma endometroide en 20 casos, carcinoma adenoescamoso en 9 casos, hiperplasia endometrial en 4 casos.

La cirugía efectuada consistió en histerectomía total extrafascial con colpectomía superior, anexectomía bilateral, citología peritoneal y omentectomía en las 40 pacientes. En 30 pacientes se efectuó disección de ganglios linfáticos (75%). Se efectuó disección sólo de ganglios pélvicos en 8 pacientes (26,7%), sólo lumboaórticos en 6 pacientes (20%), y disección ganglionar pélvica y lumboaórtica en 16 pacientes (53,3%).

La etapa quirúrgica fue I en 23 casos (57,5%), II en 6 casos (15%), III en 9 casos (22,5%) y IV en 2 casos (5%), sin observarse diferencia significativa entre los 2 grupos con complicaciones hasta 12% siendo catalogada como cirugía segura. (Serman & Días, 2002).

Por otra parte se encontró un estudio delimitado como :Complicaciones asociadas a histerectomía radical con linfadenectomía pélvica en mujeres con cáncer de cérvix en el Instituto de Cancerología – Clínica Las Américas, Medellín, Colombia centro de alta complejidad entre agosto de 2003 y julio de 2011, este estudio buscó describir las complicaciones intraquirúrgicas y posquirúrgicas inmediatas de la histerectomía radical total abdominal más linfadenectomía pélvica, las pacientes se encontraban en estadios entre IA2 a IIA1 según la clasificación FIGO, y fueron sometidas a histerectomía radical.

La mediana de edad fue de 46 años (28-75), 183 pacientes (92%) fueron diagnosticadas en estadio IB1. El diagnóstico histológico más frecuente fue el escamocelular en 125 casos (62,8%).

El tiempo quirúrgico promedio fue de 188 min (90-315); el sangrado estimado en promedio fue 316 mililitros. (30-2000), 19 pacientes (9,5%) requirieron transfusión sanguínea; el promedio de ganglios extraídos fue 22 (9-61); la estancia hospitalaria fue de 2,4 días (1-31) en promedio. La tasa de complicaciones intraoperatorias fue de 9,5%, todas relacionadas con sangrado intraoperatorio y lesiones vasculares.

Se presentaron 73 complicaciones posoperatorias (36,7%). La complicación posoperatoria más frecuente fue la fístula urinaria (6,5 %). Un total de 97 (48,7%) pacientes requirieron terapia adyuvante. Concluyendo que es un procedimiento seguro, reproducible, con una frecuencia de complicaciones intra y posoperatorias dentro de lo esperado para dicha cirugía (Monzon Bravo, 2013)

IV.JUSTIFICACIÓN

Una característica común de los cánceres ginecológicos es su patrón de diseminación a ganglios linfáticos regionales previo a las metástasis a distancia. Ante la ausencia de tratamientos sistémicos efectivos, los principios oncológicos para el tratamiento de metástasis regionales linfáticas incluyen la disección del territorio de linfonodos involucrados, pélvicos o para aórticos

La evaluación de los ganglios linfáticos pélvicos y para aórticos es un componente importante del procedimiento de estadificación quirúrgica en el cáncer de endometrio, de ovario, no así el cáncer cervical que se estadifica clínicamente, su abordaje actual se realiza con linfadenectomía y / o estudios de imágenes. Los objetivos quirúrgicos y oncológicos de la disección de los ganglios linfáticos es definir la extensión de la enfermedad, por lo tanto, para guiar el tratamiento adicional que requiera.

Según la recomendación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) el cáncer de Endometrio es una enfermedad que se debe etapificar quirúrgicamente, incluyendo como mínimo: Histerectomía total, extrafacial, anexectomía bilateral, citología peritoneal y Linfadenectomía Pelviana y Paraaórtica. Esta es la única forma de saber la extensión real de la enfermedad y de acuerdo a ella, poder establecer un pronóstico y un tratamiento adyuvante adecuado e individualizado, se ha demostrado que la Linfadenectomía pelviana y Para áortica tiene escasa morbilidad en la actualidad y que los datos se reflejan dependiendo su abordaje tanto abierto como laparoscópico (Franco, 2019).

Es de gran significancia conocer el comportamiento institucional de las complicaciones presentadas en cuanto a la linfadenectomía con el fin de dar respuesta a dichas complicaciones y para prevenir nuevos eventos , todo esto se traduce a la conveniencia institucional de seguir trabajando en pro de la atención con calidad en las pacientes oncológicas pudiendo alcanzar un valor teórico y metodológico para reproducirse como protocolo de investigación para ser aplicado en otros procedimientos quirúrgicos.

Es por tal motivo que nos hemos planteado el objetivo de conocer - las complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021.

V.OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Describir las complicaciones quirúrgicas de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021.

5.2 Objetivos Específicos

1. Identificar los datos generales de las participantes del presente estudio.
2. Detallar el Abordaje Quirúrgico de los casos estudiados.
3. Detallar el flujograma de atención de las pacientes.
4. Especificar las complicaciones del procedimiento estudiado.

VI.MARCO TEÓRICO

GANGLIOS LINFÁTICOS.

Se considera tejido linfático o linfoide a una forma especial de organización del tejido conjuntivo, constituido por tejido conjuntivo reticular como integrante del estroma y un conjunto de células en el que la mayor parte de sus componentes celulares funcionales son los linfocitos.

Son estructuras de forma redondeada u ovoidea, intercaladas entre el recorrido de los vasos linfáticos. Presentan una ligera concavidad en una de sus superficies que recibe el nombre de hilio, lugar por donde penetran vasos arteriales y emergen vasos venosos y linfáticos (eferentes), Por su superficie convexa e introducen varios vasos linfáticos con válvulas, denominados aferentes. En la especie humana suelen medir desde 3 a 5 milímetros hasta tamaños mayores como de 2 a 3 centímetros de longitud (Montalvo).

Los ganglios linfáticos pélvicos incluyen la parte inferior de la vena ilíaca común, ilíaca externa e interna, obturador, sacro, y los ganglios pararrectales (figura 2). Es raro que los ganglios linfáticos sacros y parar rectales se incluyan en la disección de ganglios linfáticos. De acuerdo con el Manual de Procedimientos Quirúrgicos Grupo de Oncología Ginecológica, la disección de ganglios pélvicos incluye la disección bilateral del tejido ganglionar desde el extremo distal de la mitad de la arteria ilíaca común, anterior y la cara medial de la mitad proximal de la arteria ilíaca externa y la vena, y medial distal de al nervio obturador.

La mayoría de los ganglios linfáticos de la pelvis se encuentran anterior, medial y posterior a los vasos ilíacos externos e internos y el nervio obturador. Hay unos pocos ganglios que se encuentran lateral a estas estructuras, entre los vasos y la pared lateral de la pelvis. (Fowler, 2001).

Los ganglios para aórticos consisten en la resección del tejido ganglionar sobre la vena cava distal desde el nivel de la arteria mesentérica inferior a la arteria ilíaca común mitad derecha y entre la aorta y el uréter a la izquierda desde la arteria mesentérica inferior a la arteria ilíaca común izquierda.

Muchos protocolos delimitan como el límite superior de la disección a nivel de la arteria mesentérica inferior. Sin embargo, el fondo del útero, las trompas de Falopio, los ovarios y los vasos linfáticos pueden drenar directamente a los ganglios paraaórtica por encima del nivel de la arteria mesentérica inferior (CW, 2009).

LINFADENECTOMIA; PROCEDIMIENTO.

El abordaje quirúrgico utilizado para la realización de linfadenectomía en ginecología oncológica se determina por el mejor enfoque para el procedimiento total, ya que los procedimientos de endometrio y ovario, trompas de Falopio, y el cáncer peritoneal incluyen la clasificación quirúrgica completa con histerectomía, salpingooforectomía bilateral y cito reducción.

Para las mujeres con cáncer cérvico uterino localmente avanzado (estadios IB2 a IVA) que se someten a una linfadenectomía pélvica y paraaórtica se realiza para la evaluación antes de la quimiorradiación primaria, se realiza como un procedimiento independiente.

En estos pacientes se prefiere el enfoque transperitoneal robótico, aunque otros prefieren la vía laparoscópica extraperitoneal. (Fowler, 2001).

La linfadenectomía pélvica se realiza a través de una incisión retroperitoneal. Los pasos del procedimiento incluyen:

- El retroperitoneo se accede por una incisión a lo largo del músculo psoas lateral a nivel de los vasos pélvicos.

- El ligamento redondo se secciona; esto por lo general permite una mejor exposición de la fosa obturatriz y los vasos ilíacos externos.
- A continuación, se desarrollan los espacios pararectal y espacios paravesicales. Un punto de referencia útil es la arteria umbilical obliterada, que normalmente se visualiza como un pliegue a cada lado de la vejiga. El desarrollo de la zona entre la arteria umbilical y los vasos ilíacos externos expone medial el espacio paravesical y lateral la fosa del obturador.
- El uréter es identificado a lo largo del pliegue peritoneal medial.
- El espacio pararectal se puede desarrollar en la zona entre el uréter en sentido medial y lateral a nivel del origen de los vasos hipogástricos.
- La disección de los ganglios linfáticos pélvicos se inicia mediante la disección del tejido ganglionar lateral al músculo psoas. Se identifica y se aísla el nervio genitofemoral. Los vasos ilíacos externos se pueden retraer en sentido medial; se desarrolla el espacio entre los vasos y el músculo psoas. La disección continúa hasta la vena ilíaca circunfleja.
- Se realiza una incisión en la vaina fibrosa que recubre la arteria ilíaca externa con el fin de movilizar los tejidos el tejido es tomado y se retrae medialmente.
- Se desarrolla el espacio entre la arteria iliaca externa y la vena, se procede a disecar el tejido adherido de la vena iliaca externa.
- Se realiza la disección dentro de la fosa obturatriz. Se crea por debajo de la vena ilíaca externa y se lleva a cabo dentro de la fosa hasta que se visualiza el nervio obturador; se aísla a lo largo de todo su curso dentro de la fosa obturatriz. Pueden surgir vasos accesorios en este espacio que surgen de la superficie inferior de la vena ilíaca externa; hay que tener especial cuidado en la parte proximal de la fosa, donde se encuentra la bifurcación de la arteria ilíaca común (Fowler, 2001)

La disección paraaórtica.

El procedimiento del lado izquierdo es el siguiente: Se hace una incisión en el peritoneo a través de la arteria ilíaca común derecha y se extiende cefálica a lo largo de la aorta a nivel del duodeno.

- A continuación, la bifurcación de la aorta se identifica, y se realiza una incisión en el peritoneo sobre la arteria ilíaca común izquierda.
- El mesenterio del colon sigmoide se retrae en sentido anterior hasta que se identifica el músculo psoas izquierdo.
- se identifica el uréter izquierdo y se retrae lateralmente. Es muy importante identificar la arteria mesentérica inferior antes de comenzar la disección de los ganglios linfáticos para evitar el corte en el mesenterio del colon sigmoide.
- Una vez lograda la exposición adecuada se disecan los ganglios linfáticos adyacentes a la aorta o proximal a la arteria iliaca común. La disección se extiende en dirección cefálica.
- la disección se realiza en el extremo cefálico cerca de la Arteria mesentérica inferior, se realiza la disección sobre la misma si hay presencia de ganglios sospechosos.

El procedimiento del lado derecho: para lograr exponer los ganglios se disecciona el peritoneo que cubre la vena cava y la arteria iliaca común para obtener una exposición para la disección de ganglios linfáticos para aórticos del lado derecho.

La elevación de esta ventana peritoneal permite la retracción lateral del uréter fuera del campo operatorio y la visualización de la vena cava y la aorta, la disección se inicia sobre la aorta. (Fowler, 2001).

Linfedema

La linfedema es la acumulación de fluido rico en proteínas en el intersticio, secundario a anomalías en el transporte linfático. Puede manifestarse como edema blando con fovea que puede progresar a un edema sin fovea y crecimiento irreversible de la extremidad, llevando a una fibrosis progresiva, obstrucción de los vasos linfáticos y celulitis a repetición. (Pereira, 2018).

El linfedema es la complicación más común de la linfadenectomía pélvica y paraaórtica, reportado en el 1,5 al 28% de los pacientes. Esto es probablemente inferior a la incidencia real, ya que esta complicación se reportó en informes retrospectivos (Matsuura, 2006).

La radioterapia postoperatoria y la disección de ganglios linfáticos aumentan el riesgo de esta complicación. La Presentación del linfedema puede ser muy variable. Algunos pacientes sólo presentan edema, pero el edema puede extenderse desde los pies hasta la pared abdominal, así como en lugares más atípicos, como el monte de venus y los muslos superiores, y un curso fluctuante.

La linfedema secundaria es consecuencia del daño de vasos linfáticos debido al trauma, cáncer, cirugía o infección. Las zonas más comprometidas son la extremidad inferior (90%), extremidad superior (10%) y genitales (< 1%). En nuestro medio se relaciona más frecuentemente al tratamiento quirúrgico del cáncer. En extremidades inferiores puede ocurrir secundario al tratamiento de varios tipos de cáncer como ginecológico 20%, genitourinario.

La linfedema de extremidades inferiores secundario al tratamiento oncológico, generalmente, se manifiesta dentro del primer año luego del tratamiento en el 80% de los casos.

La incidencia de la linfedema asociada a cáncer ginecológico es aproximadamente 25%, presentándose en el 27% de los casos de cáncer cérvico-uterino, 30% del cáncer vulvar y 4,7% del cáncer de ovarios.

En un estudio retrospectivo, Hareyama et al.⁷ reportaron una incidencia de 21,8% de linfedema secundario a cáncer ginecológico, el cual aumenta con el tiempo: 12,9% al año; 20,3% a los 5 años y 25,4% a los 10 años de seguimiento (Pereira, 2018).

El número de linfonodos resecaados en el tratamiento del cáncer ginecológico como factor de riesgo es controversial. En el cáncer cérvico-uterino, Tanaka et al.⁹, demostraron que la incidencia de linfedema era 39,1% cuando el número de linfonodos resecaados era mayor a 24. Fuller et al.¹⁰, reportaron que cuando los linfonodos resecaados eran mayor a 25, la incidencia de linfedema fue 32,5%.

Linfocele

En un estudio prospectivo de 800 mujeres que se sometieron a linfadenectomía pélvica y / o paraaórtica para el cáncer ginecológico, la tasa de linfocele fue del 20%, y la tasa de linfocele sintomático fue del 6 %.

La localización más frecuente es en la pared lateral izquierda de la pelvis. En otra serie de 138 mujeres con cáncer de endometrio, se informó linfocele en 1% de los pacientes después de la laparoscopia y en el 15% después de la laparotomía. (Ghezzi, 2012).

El Linfocele a menudo es asintomáticos, pero pueden presentarse como dolor pélvico, pueden causar hidronefrosis secundaria a la compresión externa del uréter, y con frecuencia será palpable como un tumor liso redondeado que puede ser comprimido ligeramente a lo largo de la pared lateral de la pelvis. Pueden resolverse espontáneamente con el tiempo, pero si hay consecuencias secundarias (dolor, linfedema, hidronefrosis), pueden requerir drenaje guiado por imagen.

Si la salida de drenaje sigue siendo alta después de varias semanas (> 50 a 100 ml / día), la escleroterapia con instilación de alcohol, yodo, doxiciclina, o talco directamente en la colección quística se puede considerar.

Por otro lado, Hareyama, demuestran una relación inversa entre la cantidad de linfonodos resecaos y linfedema, siendo mayor cuando el número era inferior a 70. La obesidad juega un rol importante en el desarrollo de linfedema luego del cáncer de endometrio. Mendivil et al.¹², sostienen que un índice de masa corporal (IMC) ≥ 35 kg/m² influye significativamente para la manifestación de esta patología.

DIAGNÓSTICO.

Los signos y síntomas que el paciente puede presentar incluyen una sensación de pesadez o presión en la extremidad, dolor de la extremidad, rango limitado de movimiento de la extremidad, edema en una parte de la extremidad o toda la extremidad. Los pacientes con linfedema no suelen presentarse con dolor severo. El

color de la piel es en general normal, y la temperatura de la piel típicamente se siente normal al tacto. El edema suele ser unilateral y puede incluir el dorso del pie. El paciente también puede presentarse con un signo de Stemmer. (Menhara, 2014).

La linfocintigrafía isotópica es el estudio más común y actualmente considerado Gold standard para el diagnóstico de linfedema. Se realiza una inyección subdérmica de contraste no ionizante (Tc 99m, Tc 99m-HAS, o Tc 99m dextrán) en los espacios interdigitales del pie. La macromolécula que se sigue con gamma cámara, entrega una evaluación estática y dinámica del flujo linfático, evidenciando zonas de bloqueo y/o flujo reverso, además, de captación a nivel inguinal. El hallazgo linfocintigráfico de vasos linfáticos principales, sin colaterales, permite predecir una buena respuesta al tratamiento conservador con terapia descongestiva compleja en etapas iniciales.

La linforresonancia magnética (MRL) es capaz de mostrar cambios anatómicos detallados en los vasos linfáticos y linfonodos. Permite visualizar claramente vasos linfáticos colectores tortuoso y dilatado en extremidades linfoedematosas.

Proporciona información sobre el status funcional del transporte de linfa en los vasos linfáticos y en linfonodos mediante la visualización del flujo linfático contrastado en los canales linfáticos y dentro de los linfonodos. En la linfografía con verde indocianina (ICG) se realiza una inyección subdérmica de ICG en los espacios interdigitales del pie y se observa mediante una cámara de fluorescencia cercana al infrarrojo (ej. SPY®, PDE-neo®).

Los pacientes que desarrollan linfedema en una extremidad secundario al tratamiento del cáncer ginecológico tienen mayor riesgo de desarrollar linfedema en la extremidad contralateral. Además, se ha visto que la extremidad sana puede presentar alteración en la función linfática previo a la manifestación de sintomatología. Teniendo esto en consideración, se ha propuesto la realización de múltiples anastomosis linfático-venosas (LVA) a nivel del tobillo como tratamiento preventivo de linfedema de la extremidad asintomática, en pacientes con linfedema secundario unilateral debido a la

posibilidad de desarrollar esta enfermedad en el futuro. Aún se necesitan estudios a largo plazo para evaluar su real utilidad.

Tratamiento quirúrgico Procedimientos fisiológicos o reconstructivos Actualmente, los procedimientos fisiológicos más comúnmente realizados son la anastomosis linfático-venosas y la transferencia de linfonodos vascularizados. El injerto autólogo de vasos linfáticos no ha demostrado resultados reproducibles por lo que no se utiliza ampliamente. Anastomosis linfático-venosas (LVA) Esta técnica tiene como objetivo redirigir el exceso de fluido linfático a la circulación venosa y así superar zonas de obstrucción. La gradiente de presión linfático-venosa y la presencia de válvulas competentes en las venas permite el flujo linfático a través de la anastomosis. No hay consenso respecto al momento de la cirugía, el número, localización y configuración de las LVA.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

La realización de cualquier procedimiento quirúrgico comprende el control del dolor, de la infección y de la hemorragia.

La tasa de mortalidad operatoria en las intervenciones ginecológicas es baja, inferior al 1%. Un estudio retrospectivo de 1,45 millones de pacientes halló una mortalidad del 0,2% en los primeros 30 días de ingreso (5,1% en pacientes oncológicos versus 0,1% en pacientes sin cáncer).

La tasa de complicaciones asociadas a la cirugía varía entre el 0,2 y el 26%. Las complicaciones más frecuentes de la cirugía ginecológica están relacionadas con el daño visceral (vejiga, recto, uréteres) y de los grandes vasos pélvicos. (Recari, 2009) .

Son más frecuentes en la cirugía oncológica o cuando la anatomía está distorsionada debido a infección o a endometriosis. El factor más importante que determina el éxito de

su tratamiento, es el reconocimiento precoz de las complicaciones. Las complicaciones más frecuentes son las inflamatorias, como la infección del sitio quirúrgico.

Los factores de riesgo para las complicaciones la edad, enfermedad de base, obesidad, infecciones previas, alteración de la flora cérvico-vaginal, prolongación del tiempo quirúrgico, pérdida de sangre mayor a 1 000cc, uso de drenaje. (Thompson, 2009).

La complicación intra y postquirúrgica más frecuente es la hemorragia. A veces algunas complicaciones intra y postquirúrgica ocurren simultáneamente, el reconocimiento precoz de las complicaciones es el factor más importante que determina el éxito del tratamiento.

Complicaciones intraoperatorias

Hemorragias:

La cantidad de sangre perdida durante una intervención ginecológica oscila entre unos pocos mililitros y varios litros, con el mismo procedimiento el sangrado será distinto según el cirujano.

La cantidad de sangre perdida depende de

o El tipo de operación.

o La técnica quirúrgica utilizada.

o Factores locales y sistémicos de la paciente (como obesidad, estado de coagulación de la sangre y factores vasculares).

Lesiones de vías urinaria.

- Ureterales.

La lesión de los uréteres es una de las complicaciones más graves de la cirugía ginecológica. Afortunadamente esta lesión es infrecuente pues se produce en el 0.1% al 1.5% de todos los casos de cirugía pelviana.

El uréter puede sufrir ligamiento, torcedura, cortes, apretamiento, quemadura o desvascularización accidentalmente. Tales lesiones tienen mayor probabilidad de producirse en la cirugía ginecológica por vía abdominal (75%), alrededor de un 25% ocurren durante procedimientos por vía vaginal.

Localización de la lesión:

1. En la base del ligamento ancho, el uréter pasa por debajo de los vasos uterinos.
2. Más allá de los vasos uterinos al entrar en el túnel en el ligamento cardinal y gira hacia delante y adentro para entrar en la vejiga en la porción que atraviesa la pared vesical.
3. En el ligamento infundíbulo pélvico o por debajo de él.
4. A lo largo de su recorrido por la pared pélvica lateral, inmediatamente por encima del ligamento útero sacro. (Decherney, 1997).

El uréter puede estar en mayor riesgo de lesión cuando se efectúa una operación para extraer un absceso tubo ovárico, endometriosis pelviana extensa, leiomioma intraligamentario, un anexo residual adherente o un remanente ovárico.

- **Lesión vesical**

La lesión vesical se produce por traumatismo directo o indirecto durante la cirugía vaginal o abdominal. Por lo general es infrecuente la lesión de la vejiga presentándose en 0.3% al 0.8% de las pacientes. (Decherney, 1997).

Las lesiones de la vejiga ocurren más comúnmente durante la realización de una histerectomía abdominal o vaginal total especialmente durante el abordaje abdominal del carcinoma de cérvix, extirpación de miomas intraligamentarios, extirpación de un muñón cervical después de una histerectomía subtotal, enfermedad inflamatoria pélvica recurrente, endometriosis o radioterapia previa.

Lesiones Gastrointestinales

El intestino es muy susceptible a lesiones durante la laparotomía. El momento de penetración en la cavidad peritoneal es un paso crucial y se debe realizar con precaución. Estas lesiones se producen en el 0.3% de los casos.

Las pacientes con adherencias por cirugías previas, endometriosis o salpingitis se encuentran en alto riesgo de lesión intestinal transoperatoria al disecar el intestino adherido.

Las adherencias producidas por cirugías generales o ginecológicas pueden causar complicaciones intestinales en las cirugías ginecológicas. Las lisis de estas adherencias pueden causar enterotomías de intestino grueso y delgado, fístulas enterocutáneas o abscesos intraabdominales.

La lesión puede afectar solo la serosa o la totalidad de la pared. Los defectos en la serosa se cierran con puntos sueltos, de serosa a serosa con material absorbible atraumático. Las lesiones perforantes se cierran con puntos cero musculares extramucosos con material atraumático absorbible 4- 0.

Complicaciones Postquirúrgicas:

Hemorragias:

La razón más frecuente por la que se requiere una nueva laparotomía es el sangrado (menos del 1% de los casos). La hemorragia postoperatoria puede manifestarse como una pérdida de sangre por los drenajes 4 a 6 horas después de la cirugía, o como un sangrado recurrente después de varias horas o días.

Íleo paralítico:

Se caracteriza clásicamente por distensión abdominal, ausencia de ruidos intestinales y timpanismo abdominal a la percusión, esta complicación suele observarse dentro de las 48 a 72 horas después de la cirugía. (Recari, 2009).

Hematoma:

Los hematomas o acúmulos séricos pequeños a menudo se resuelven en forma espontánea, pero algunos se infectan. Se utilizan drenajes con aspiraciones cerrada para prevenir hematomas intraabdominales.

Puede sospecharse la presencia de un hematoma cuando existe un descenso del hematocrito acompañado de fiebre de poca cuantía.

Los hematomas pélvicos no suelen drenarse, a menos que estén infectados y haya fracasado la terapéutica antibiótica. El sitio y la extensión del hematoma se pueden identificar.

Infección del sitio quirúrgico

La frecuencia y grado de infección postoperatoria de las heridas depende de muchos factores tales como: edad de la paciente, salud, estado nutricional, hábitos de higiene personal, obesidad, hospitalización prequirúrgica prolongada, tiempo de cirugía prolongado, diabetes mellitus, inexperiencia quirúrgica y falta en el uso de antibióticos profilácticos. En las histerectomías el porcentaje de infección de heridas es de 3.3% ya que se clasifican como heridas limpias contaminadas. (Gonzalez, 2000).

Afecciones Cardiovasculares

El riesgo de complicaciones cardiovasculares afecta fundamentalmente a las mujeres mayores de 35 años de edad y a las fumadoras. Los ictus trombóticos son más frecuentes con el uso de anticonceptivos orales, que se asocian a un aumento en 2 a 6 veces del riesgo relativo de enfermedad tromboembólica venosa. Después de la menopausia, las mujeres presentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

Someter a la paciente hipertensa a una intervención quirúrgica supone un riesgo de agudización de su patología por la liberación de catecolaminas y otros mediadores. Lo cual le confiere un riesgo mucho más alto y más complicaciones que aumentan la morbilidad-mortalidad.

La consulta preanestésica forma parte de la evaluación y preparación preoperatoria de la paciente hipertensa que requiere cirugía ginecológica. Es un elemento esencial de la seguridad anestésica, puesto que los datos obtenidos permitirán elegir la técnica y los cuidados perioperatorios más adecuados según el estado.

Las cirugías generales son un 50% más frecuente en mayores de 65 años y a mayor edad hay mayor comorbilidad y menor reserva funcional. Una de las formas de evaluar el “estado general” es la utilización del Score ASA (American Society of Anesthesiology).

El estado funcional hace referencia fundamentalmente al grado de autovalidez (independencia) que tiene la persona para desarrollar tareas habituales y existen diversos índices para estimarlo.

Clasificación Características

ASA I Sano < 70 años

ASA II Enfermedad sistémica leve o sano > 70 años

ASA III Sistémica severa no incapacitante

ASA IV Sistémica severa incapacitante

ASA V Paciente moribundo. Expectativa de vida

< 24 horas sin la cirugía

VII.DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio

Se trató de un estudio descriptivo, prospectivo longitudinal y de corte transversal.

7.2 Área de estudio

Se realizó en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", ubicado en el barrio Jonathan González del Distrito III del municipio de Managua, departamento de Managua, capital de la república de Nicaragua.

7.3 Universo o población de estudio

Lo constituyeron 79 expedientes de pacientes sometidas a Linfadenectomía pélvica y/o Paraaórtica con diagnóstico de Cáncer de Ovario, Endometrio y Cervicouterino del 1 de enero 2018 al 31 de diciembre de 2021.

7.4 Muestra y tipo de muestra

Se trató de una muestra por conveniencia de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio.

7.5 Técnica de obtención de la muestra

En vista de que la muestra es por conveniencia no se utiliza ninguna fórmula estadística para la toma de muestra por parte de la investigadora.

7.6 Unidad de análisis

Le correspondió los 79 expedientes digitales del sistema Fleming y se auxilió de expediente clínico en físico en algunos casos.

7.7 Criterios de selección

Estos se dividieron en dos, criterios de inclusión y criterios de exclusión.

- Criterios de inclusión

1. Expedientes con Diagnóstico de Cáncer Ginecológico (Endometrio, Ovario, Cervicouterino).
 2. Expedientes de pacientes sometidas a Linfadenectomía Pélvica o Paraaórtica.
 3. Expediente digital y expediente clínico completo.
- Criterios de exclusión
1. Se excluyen Expedientes a las cuales a pesar del diagnóstico de Cáncer de Endometrio, ovario o cervicouterino no se les realizó Linfadenectomía
 2. Pacientes con un Segundo Primario.

7.8 Variables del estudio

Fueron un total de 35

- Edad
- Procedencia
- Estado civil
- Escolaridad
- Antecedentes Personales no patológicos
- Antecedentes Gestacionales
- Método de Planificación familiar
- Terapia de Reemplazo Hormonal
- Antecedentes Oncológicos Familiares
- Antecedentes Gineco oncológicos Familiares
- Antecedentes Personales patológicos
- Antecedentes Quirúrgicos
- Antecedentes Personales Oncológicos
- IMC
- Riesgo Anestésico
- Riesgo Preoperatorio
- Etapa Clínica
- Tratamiento Oncológico postquirúrgico

- Abordaje Quirúrgico
- Tratamiento Quirúrgico
- Tipo de Linfadenectomía
- Hospitalizaciones previas
- Transfusiones Sanguíneas
- Perdidas sanguíneas estimadas
- Tiempo Quirúrgico
- Numero de Ganglios
- Complicaciones
- Tiempo de Sondeo Vesical
- Estancia Hospitalaria
- Evolución postquirúrgica
- Seguimiento Radiológico
- Re intervención
- Recurrencia
- Paciente viva Actualmente
- Tipo de metástasis

Las Variables se Agruparon Según Los Objetivos

1. Identificar los datos generales de las participantes del presente estudio

- Edad
- Procedencia
- Estado civil
- Escolaridad
- IMC
- Antecedentes Personales no patológicos
- Antecedentes Oncológicos Familiares
- Antecedentes Gineco oncológicos Familiares
- Antecedentes Personales patológicos
- Antecedentes Quirúrgicos

- Antecedentes Personales Oncológicos
- Antecedentes Gestacionales
- Método de Planificación familiar
- Terapia de Reemplazo Hormonal

2. Detallar el Abordaje Quirúrgico de los casos estudiados

- Abordaje Quirúrgico
- Tratamiento Quirúrgico
- Tipo de Linfadenectomía
- Numero de Ganglios

3. Detallar el flujograma de atención de los casos estudiados

- Riesgo Anestésico
- Riesgo Preoperatorio
- Etapa Clínica
- Tratamiento Oncológico postquirúrgico
- Hospitalizaciones previas
- Transfusiones Sanguíneas
- Perdidas sanguíneas estimadas
- Tiempo Quirúrgico
- Tiempo de Sondeo Vesical
- Estancia Hospitalaria
- Evolución postquirúrgica
- Seguimiento Radiológico
- Re intervención
- Recurrencia
- Paciente viva Actualmente

4. Especificar las complicaciones del procedimiento estudiado

- Complicaciones.

7.9 Cruce de variables

Se utilizó como variable independiente aquellas para cruzarla con las siguientes variables:

Edad/ IMC

Edad/ Etapa clínica

Edad/complicaciones

Edad/ recurrencia

Antecedentes quirúrgicos/ Complicaciones

Antecedentes Personal Oncológico/ IMC

Antecedentes Personal Oncológico/Etapa clínica

Antecedentes Personal Oncológico/ tratamiento postquirúrgico

Antecedentes Personal Oncológico/ tipo de linfadenectomía

Antecedentes Personal Oncológico / tiempo quirúrgico

Antecedentes Personal Oncológico/ número ganglio

IMC/ etapa clínica

IMC/ tipo de linfadenectomía

IMC/ perdida Sanguínea

IMC/tiempo quirúrgico

IMC/ complicaciones

Etapa clínica/ tipo de linfadenectomía

Etapa clínica/ recurrencia

Abordaje quirúrgico/ complicaciones

Tipo de linfadenectomía/ número de ganglios

Tipo de linfadenectomía/ transfusiones

Tipo de linfadenectomía/ recurrencia

Tipo de linfadenectomía/ complicaciones

Número de ganglios y complicaciones

7.10 Operacionalización de las variables

Se realizó de acuerdo con la matriz recomendada por el Dr. Julio Piura López en su libro “Metodología de la Investigación Científica” del año 2012. (López, 2012).

7.11 Fuente de obtención de la información

Fue de tipo primaria correspondiendo a los expedientes electrónicos y en algunos casos expedientes clínicos físicos de los 79 casos de las participantes del presente estudio.

7.12 Plan de recolección de los datos

La autora siendo estudiante de la especialidad de Ginec Obstetricia inicia la recolección de datos según programación quirúrgica de las pacientes operadas por la subespecialidad de Gineconcología quienes se les realizó Linfadenectomía en cáncer Ginecológico y cuyos expedientes cumplieran los requisitos planteados por su tema investigativo, trazándose metas y objetivos para alcanzar, siempre bajo los lineamientos académicos e investigativos de la institución.

7.13 Análisis de los datos y herramientas estadísticas utilizadas

Se hizo una base de datos en el sistema IBM® SPSS Statistics Versión 25 en la cual aparecían las 35 variables del cuestionario y posterior a la introducción de datos se realizaron tablas de frecuencia y distribución absolutas y relativas con sus respectivos porcentajes finalmente se hicieron cruce de variables para contrastar el respaldado de lo teórico.

7.14 Instrumento de recolección de datos

Se trató de un cuestionario con 35 preguntas que corresponden a las variables de cada objetivo específico.

7.15 Técnica de recolección de los datos

Levantamiento de una encuesta al ser informada de la presencia o aparición de un nuevo caso según criterios de inclusión y exclusión en vista que la información se

realiza con la recolección de datos en expedientes electrónicos y físicos no se realizó ninguna entrevista personalizada.

7.16 Proceso de validación del instrumento

Producto de la situación y el contexto global que se vive del Covid 19 la autora no pudo realizar el proceso de validación externa del instrumento.

7.17 Consideraciones éticas

Los resultados del presente estudio son de carácter eminentemente académico la confidencialidad de los nombres y datos de las participantes no serán publicados sin la previa autorización del comité científico del hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, y de las autoridades de la facultad de medicina de la UNAN Managua.

El presente estudio se adhiere a principios éticos para todos los trabajos de Investigación especificados en las normas de Vancouver y de Helsinki, así como los protocolos establecidos por el Hospital sobre la Publicación de datos de las pacientes en estudio. La reserva en el manejo de la información, con reglas explícitas de confidencialidad. Se revisarán los expedientes considerando que son documentos medico legales.

7.18 Riesgos Potenciales para Participantes

El único riesgo posible para los participantes en el estudio es el riesgo psicosocial resultante de un inadecuado manejo o diseminación de la información médica confidencial. Para minimizar este riesgo, Se emplea una serie de procedimientos especiales para mantener la confidencialidad: La recolección de datos contiene únicamente un número de identificación, sin nombre del participante.

VIII.RESULTADOS

En relación a las características sociodemográficas se encontró lo siguiente:

La edad en años de las participantes se agrupó en el presente estudio en 4 grupos resultando **<45, 25 casos (31.6%)**; de 45- 54, 17 participantes (21.5%); de 55 - 64, 18 (24.1%); > 65, 19 Pacientes (24.1%). (Ver ANEXO 3)

La Procedencia se categorizó en 2 valores y se encontró que, **Urbana fueron 70 (88.6%)**; y rural: 9 (11.4 %). Ver ANEXO 3.

De acuerdo a la escolaridad se demostró: De los 79 expedientes revisados, **1 era analfabeta (1.3 %)** **12** tenían consignada la escolaridad primaria **12 (15.2 %)** **secundaria 41 (51.9%)** y superior **25 (31.6%)**. Ver ANEXO 3.

El estado civil de las participantes se categorizó en 3 valores y se encontró que, casadas fueron 20 (25.3%); **Solteras: 31 (39.2%)** y unión Estable: 28 (35.2%). Ver ANEXO 3.

De los 79 expedientes en los que se encontraba consignado el dato de Índice de Masa Corporal, estaban en desnutrición severa 3 (3.8 %), desnutrición moderada 5 (6.3%) Bajo peso 8 (10.1%) **normo peso 23 (29.1)** **Sobrepeso 21 (26.6 %)** **obesidad** grado I, 11 (13.2%) **Obesidad grado II 8 (10.1%)** **Obesidad Mórbida (0%)**. Ver ANEXO 3.

De los 48 expedientes en los que se encontraba consignado el dato de comorbilidad, 6 (12.5 %) eran diabéticas; 10 (20.8%) hipertensas; en la mayoría de pacientes se presentó la **asociación de Hipertensión arterial y Diabetes 27casos (56.3%)** y alguna endocrinopatía 5 (10.4 %). Ver ANEXO 3.

En cuanto al antecedente personal oncológico se encontró que 50, **(63,3%) estaban diagnosticadas con cáncer de endometrio**; **8 (10.1%)** cáncer cervicouterino; 17 (21.5%) cáncer de ovario y 4 (5.1%) doble primario Ver ANEXO 3.

El 81 % (64) tenían algún antecedente de intervenciones quirúrgicas previas a la realización de la linfadenectomía de ellos 20 (25.3%) se les había realizado alguna cesárea, 6 (7.6%) Apendicetomía; 12 (15.2%) colecistectomía, 13 (16.5%) Laparotomía ginecológica y en 13 (16.5%) otro tipo de cirugía Ver ANEXO 3.

En relación a los antecedentes personales no patológicos 66 **(83.5%) no tenían algún tipo de antecedente patológico** y 13 (16.5%) de las que tenían algún tipo de antecedente 8 (61.5%) fumaban y 5 (38.5%) consumían alcohol Ver ANEXO 3.

Al analizar si existían antecedentes personales familiares de cáncer se encontró que no había en 54(68.4%) y si en 25 (31.6%) de estos antecedentes **5 (20%) correspondían a antecedentes personales oncológicos familiares de cáncer gástrico**; 1 (4%) cáncer de pulmón; **cáncer hepático 5 (20%)**, cáncer de tiroides 4 (16%); leucemia 2 (8%); cáncer de próstata 3 (12%). **Cáncer de colon 5 (20%)** Ver ANEXO 3.

Con respecto específicamente a los antecedentes familiares gineco oncológicos 21 (26.6%) existía en la familia algún cáncer ginecológico y **en 58 (73.4%) no existía** de las pacientes que tenían dicho antecedente familiar **7 (33.3%) antecedente familiar de cáncer de mama**; **7 (33.3%) cáncer de endometrio**; 3 (14.3%) cáncer de Ovario y 4 (19.9%) cáncer cervicouterino Ver ANEXO 3.

Los antecedentes ginecobstetricos encontrados con respecto a las gestaciones 17 (21.5%) nunca habían estado embarazadas , 8 (10.1%) tuvieron 1 gestación previa , 21 (26.6%) eran bigestas ; 10 (12.7%) trigestas y **23(29.1%) multíparas** de todas ellas **55 (69.6%) refirieron uso de algún método anticonceptivo** en algún momento y 24 (30.4%) lo negaron, en cuanto al tipo de anticonceptivo que usaron **21 (38.2%) fueron anticonceptivos orales**, Dispositivo intrauterino ; 7 (12.7%), inyectables 12 (21.8%) 12 método de barrera (preservativo) 12 (21.8%) anticoncepción quirúrgica OTB 3 (5,5%) en cuanto a uso de terapia hormonal se encontró que 9 (11.4%) habían recibido terapia hormonal y **70 (88.6%) nunca habían recibido** Ver ANEXO 3.

De las pacientes sometidas a linfadenectomía con lo que respecta a riesgo anestésico se encontró consignado en la valoración preanestésica que 11(13.9%) presentaban un riesgo ASA I; **53 (67.1%) ASA II** 13; (16.5%) ASA III, IV 2 (2.5%) Ver ANEXO 3.

El riesgo preoperatorio de las pacientes se agrupó en los siguientes resultados **38 (48.1%) riesgo global de Índice de Lee 0 (0.4%)** ;36 (45.6%) Índice de Lee 1(0.9%), 3 (3.8%) Índice de Lee 2(7 %) y 2 (2.5%) Índice de Lee >3 (11) Ver ANEXO 3.

La etapa clínica posterior a la Linfadenectomía en la mayoría de los casos fue **IA 37 (46.8%)** IB 20 (25.3%); IB 20 (25.3%); IC 7 (8.9%), con respecto a etapas II-III no se encontraron casos, IIIA 2 (2.5%); III B 3 (3.8%) estadio IV 2(2.5%) Ver ANEXO 3.

De las 79 linfadenectomías realizadas durante los 4 años de estudio 77 (97.5%) fueron con abordaje quirúrgico abierto; 2 (2.5%) Laparoscópica Ver ANEXO 3.

De todas las pacientes operadas a 72 (**91.1%**) se les realizo **Histerectomía + SOOB**, 3 (3.8%) ; SOOB 1 (1.3%) y cirugía preservadora de fertilidad 3 (3.8%) Ver ANEXO 3.

En cuanto al tipo de linfadenectomía las pacientes se realizaron en 49 (**62. %**) **Linfadenectomías pélvicas**, 1 (1.3%) Linfadenectomía paraaórtica y 29 (36.7%) linfadenectomía pélvica y paraaórtica ver anexo 3.

En lo que respecta a hospitalizaciones previas a la linfadenectomía solo 12 (15.2%) estuvieron hospitalizadas por alguna causa, **67 (84.8%) no tenían registrado ingresos hospitalarios en los últimos 3 meses** Ver ANEXO 3.

De las 79 pacientes 16 (20.3%) requirieron el uso de hemoderivados en algún momento de su internación, repartíendose de la siguiente manera 4 (25%) al ingreso en sala de hospitalización, 4 (25%) en el transquirurgico; 5, (**31.1%**) **en el perioperatorio y postoperatorio considerándose** las pérdidas sanguíneas estimadas así: 5 (6.3%) 100 ml; **31 (39.2%) 250 ml**; 18 (22.8%) 400 ml; 11 (13.9%) 500 ml y 14 (17,7%) >500 ml ;Ver ANEXO 3

Con respecto al número de ganglios disecados se agrupó entre 1-3 ganglios 12 (15,2%), **4-10 ganglios 37 (46.8%)** y > 10 ganglios 30 (38%); Ver ANEXO 3.

Posterior a la Linfadenectomía en 42 casos (53.2%) no necesitaron tratamiento oncológico complementario el número total de las que requirieron fueron 37 **(46.8%)** las que, si requirieron, de estas 37 pacientes a **14 (37.8%) se les administro quimioterapia**, 10 (27%) Radioterapia, y en 13 casos tratamiento combinado (Quimio y radioterapia) (35.1%); Ver ANEXO 3.

En la mayoría de los cas no fue necesario reintervención 67 (84.8%) en 6 casos (7.6%) fue necesario reintervenir de ellas 5 por causas no relacionadas directamente a la linfadenectomía se demostró que en el 91.1% las pacientes evolucionaron de una forma satisfactoria y en 7 casos (8.9%) insatisfactoria ver ANEXO 3.

El tipo de seguimiento radiológico en la mayoría de los casos fue por **Ultrasonido y Tomografía axial computarizada 56 (70.9%)**, solo ultrasonido 6 (7.6%), TAC 15 (19%) y RM 2 (2.5%) ver ANEXO 3

Pudimos observar que el tiempo estimado de sondeo vesical fue **de 2 días 42 (53.2%)** seguido de 1 día 18 (22.8%), 3 días 9 (11.4%) 7 días 7 (8.9%), **y los tiempos de uso prolongado de sonda Foley 14 días 1 (1.3%) y + de 21 días 1 (1.3%)** Ver ANEXO 3.

La estancia hospitalaria promedio de las pacientes fue de **3 días en 47 casos que correspondían a (59.5%)** entre 4 y 7 días 24 pacientes (30.4%) y más de 7 días 3 (3.8%) Ver ANEXO 3.

De la totalidad de las 79 linfadenectomías estudiadas en los 4 años., en 7 (8.8%) hubo algún tipo de complicación, no hubo en 72 (91.1%), de ellas la más significativa fueron Linfoquiste en 2 pacientes (2.5%) la lesión vesical 2 casos otras complicaciones 2, (2.5%) Hernia incisional 1(1.3%).

En solo 6 casos de la totalidad de las 79 hubo recurrencia 6 (7.6%) sin recurrencia 73(92.4%) En la revisión y seguimiento de las 79 pacientes durante estos 4 años encontramos que 5 de ellas han fallecido. ver ANEXO 3.

IX.DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En nuestro estudio, en donde se realizó una revisión a 4 años de las pacientes con los tres principales cáncer ginecológicos (cérvix, endometrio y ovario) y que fueron sometidas quirúrgicamente a linfadenectomía, se encontró que la incidencia de complicaciones es del 8.8%, y dentro de las principales complicaciones encontradas fueron : linfoquiste , lesión vesical ,Íleo metabólico y dehiscencia; esto debido a que se trata de pacientes con comorbilidades; se correlaciona con la literatura en donde se ha reportado complicaciones entre 1.5 al 28%, (Reguera , 2020), siendo la complicación más frecuente linfedema y linfoquiste , la edad en la que con mayor frecuencia se presentaron las complicaciones fue en pacientes menores a 45 años, en las series publicadas la edad más frecuente fue a los 61 años de edad.

Esto no se relaciona con la literatura ya que la edad dónde con mayor frecuencia se encuentra este cáncer según el Globocan 2020 reporta que el cáncer cérvico uterino se presenta en pacientes mayores de 50 años y cáncer de endometrio en pacientes mayores de 60 años lamentablemente, no contamos con estudios nacionales (Globocan, 2020)

En el 62.9 % de las paciente que se les realizo linfadenectomía pélvica la mayor indicación fue por cáncer de endometrio 50 (62%) la etapa en los 3 tipos de cáncer estudiado más común fueron las etapas clínicas tempranas, IA 37 (46.8%) lo cual se correlaciona con la literatura esto es debido a que este cáncer es diagnosticado en etapas tempranas y se logra realizar cirugía estadificadora , se correlaciona con la literatura ya que en el cáncer de endometrio ovario y cáncer cervicouterino las guías internacionales de la NCCN 2022 en las etapas tempranas el estándar es la realización de linfadenectomía pélvica para realización de estudio ganglionar (NCCN, 2022) ya que en nuestro país en este momento no contamos con ganglio centinela.

En cuanto a la paridad y la asociación a cáncer ginecológico sobretodo en el cáncer cervicouterino donde la multiparidad juega un rol importante por la exposición al virus

del papiloma humano (PAHO Organization, 2016) y posteriormente el desarrollo de neoplasia la mayoría de nuestras pacientes eran multíparas y representaron para cáncer cervicouterino un (21.5%).

En las pacientes con sobrepeso que fueron la mayoría, la edad media fue las que estaban en el grupo de menos de 45 años siendo el mismo grupo etario de las complicaciones que con mayor frecuencia se encontraron (lesión vesical y linfoquiste) las cuales se correlacionan con la literatura demostrando la relación directa entre el índice de masa corporal y la presencia de complicaciones quirúrgicas (Conde , 2014).

En un estudio realizado en china donde participaron 268 mujeres con diagnóstico de cáncer de endometrio se obtuvo una prevalencia de diabetes Mellitus del 6 % y de hipertensión en el 32% (Sanz Chavez, 2013), en nuestro estudio se encontró entre las comorbilidades que muchas de ellas presentaban las dos comorbilidades con una asociación de Hipertensión arterial y diabetes en el (56.3%) y correspondían en la mayoría de casos a pacientes con cáncer de Endometrio.

La linfadenectomía por vía laparoscópica se realizó en 2 (2.5%) % de las pacientes, este abordaje tuvo menos complicaciones en relación a la cirugía abierta, sin embargo, el número de procedimientos laparoscópicos en nuestra serie es baja. Este hallazgo no se relaciona con la literatura ya que en estudios internacionales y guías internacionales se ha estandarizado la realización de cirugía estadificadora de endometrio vía laparoscópica (NCCN, 2022), dada su baja tasa de complicaciones, en nuestro medio actualmente sigue practicándose a mayor escala vía laparotomía.

El tratamiento de las neoplasias ginecológicas en etapas clínicas tempranas es quirúrgico siendo la histerectomía abdominal con linfadenectomía pélvica y/o para aórtica el estándar, (NCCN, 2022), estos procedimientos quirúrgicos se realizaron en el 91.1 % que corresponde al promedio global, estas pacientes presentaron las mínimas complicaciones, siendo la linfadenectomía el tratamiento estándar y seguro en este grupo de pacientes.

Algunos estudios demuestran que el riesgo de complicaciones postoperatorias se incrementa con el antecedente de cirugía previa (OR6.7) siendo exponencial en

cirugías previas de emergencia, en un 81% de nuestras pacientes se encontró que tenían antecedentes quirúrgicos sin embargo no conocemos cuántos de estos fueron programados o de emergencia para establecer la asociación directa del incremento en las posibilidades para presentar complicaciones durante la linfadenectomía.

En la valoración requerida para la intervención quirúrgica en cuanto a la relación de las características clínicas de las pacientes y a morbilidad asociada al riesgo preoperatorio y anestésico que comprenden un riesgo perioperatorio de 2.2 y 4.4 % en pacientes clasificados en ASA III y IV según lo citado por (Ruiz, 2014) en nuestro estudio este grupo estuvo limitado a una totalidad de 15 pacientes lo cual se correlaciona a el bajo índice de complicaciones presentadas .

El estadio quirurgo en la mayoría de pacientes fue etapas tempranas (IA) que se correlaciona con los hallazgos encontrados en el estudio de complicaciones asociadas a histerectomía radical y linfadenectomías pélvica en clínica las Américas y el estudio de complicaciones de Linfadenectomías en cáncer ginecológico en el INCAN en el 2016 citado en los antecedentes encontrados en la literatura (Monzon Bravo, 2013), (Corea Urbina & Montalvo Esquivel , 2016).

La estancia hospitalaria es un indicador de eficiencia hospitalaria calificándose como prolongada aquella que sobrepasa el estándar mayor o igual a 9 días considerado para un hospital de tercer nivel según lo citado por (De la Cruz , 2016) , pudimos establecer que el parámetro de la situación actual de las pacientes sometidas a linfadenectomía en el servicio de oncología fue en promedio de 3 días solo encontrándose tres caos que superaban el estándar establecido lo cual nos refleja una recuperación optima de nuestras pacientes.

El promedio global de estancia hospitalaria de los estudios encontrados fue de 2.44 días que correspondía en su totalidad a pacientes de baja complejidad y que no presentaban complicaciones postquirúrgicas inmediatas, (Monzon Bravo, 2013), en nuestro grupo de pacientes el promedio de estancia fue de 3 días correspondiendo los estándares esperados, la paciente que tuvo una estancia prolongada de 21 días fue por un sangrado de tubo digestivo el cual fue asociado al uso de analgésicos no esteroideos lo cual no corresponde a una complicación directa del procedimiento.

Se estima que el 10% de los pacientes que requieren sondeo vesical postoperatorio usan este tipo de cateterismo por tiempo corto de ellos solo un 10 % sufrirá complicaciones del tracto urinario los cuales presentan factores de riesgo como edad y en mayor medida pacientes del sexo femenino , diabetes mellitus e inmunosupresión (Jimenez Mayorga , 2010), el promedio de sondeo vesical fue de 2 días (53%) no se presentó en ningún caso complicaciones asociadas al cateterismo urinario lo cual es un indicador de seguridad en nuestras pacientes según los protocolos internacionales establecidos para el manejo en pacientes hospitalizadas, dos pacientes que tuvieron uso prolongado de sonda Foley 7 días y 21 días respectivamente evolucionaron favorablemente sin complicaciones asociadas .

En cuanto a las pérdidas estimadas globales la mayoría se encontraron en la media establecida en nuestros antecedentes correspondiendo a un promedio menor a los 200 ml (Mezquita , 2019)lo cual se traduce a una adecuada técnica operatoria la cual se reflejó en el poco requerimiento de hemoderivados en solo 16 pacientes de la totalidad de pacientes incluidas en el estudio, lo cual se refleja en la adecuada evolución postquirúrgica.

Para la determinación del punto de corte de tiempo quirúrgico prolongado en cirugías pélvicas y ginecológicas estándar tomando en cuenta que se realicen con cirujanos expertos en este tipo de abordaje se toma un tiempo estándar de 70 -135 minutos correlacionada a que la mayoría deberían ser practicadas vía laparoscópica disminuyendo los tiempos operatorios (Gorostiaga, 2012) , con respecto a los estudios presentados en nuestros antecedentes en cirugía por laparotomía se encontró un promedio de 188 min – 238 minutos en este estudio se encontró según registro de nota operatoria un tiempo estimado 180 minutos en la mayoría de los casos lo cual disminuye el riesgo de complicaciones peri y postoperatorias.

El compromiso ganglionar posterior a la linfadenectomía hace parte de la piedra angular en el tipo de evolución y repuesta al tratamiento el compromiso ganglionar para aórtico por ejemplo en el cáncer cervicouterino en estadios IB ha sido descrito por varios autores con resultados heterogéneos hasta un 12.6% (Robinson , 2016) en nuestro

estudio en promedio la disección de ganglios comprendía de 4-10 lo cual se relaciona a los pocos casos encontrados de linfocitos.

En cuanto al análisis multivariado de las complicaciones presentadas en nuestro estudio las que presentaron significancia estadística P mayor de 0.05 estas variables no se relaciona de forma directa con las complicaciones presentadas en nuestro estudio se relacionan directamente con la realización de la Linfadenectomía son independientes de ella y son secundarias a las comorbilidades propias de cada paciente que fueron delimitadas y descritas en la investigación un ejemplo claro fue Etapa clínica y Recurrencia: P 0.001 y Abordaje quirúrgico y complicaciones

Sin significancia estadística se agruparon de la siguiente manera Edad, Índice de masa corporal: P 0.15, edad y tipo de Linfadenectomía: 0.27, edad y complicaciones: 0.81, IMC, etapa clínica: P.044, IMC, y tipo de Linfadenectomía: P. 0.11, IMC perdida sanguínea :P 0.25, IMC y tiempo quirúrgico: P 0.83, IMC y complicaciones: P 0.83, Etapa clínica y tipo de Linfadenectomía: P 0.29,

Tipo de linfadenectomía y numero de ganglios: P 0.6 Tipo de Linfadenectomía y transfusiones P 0.6, Tipo de linfadenectomía y recurrencia P 0.93, Tipo de linfadenectomía y tipo de complicaciones P 0.84.

El periodo de recurrencia es entre los 35 y 40 meses con una tasa de supervivencia global y de recurrencia de 42.5%

X.CONCLUSIONES

1. La mayoría de casos operados fueron en etapa clínica temprana, la principal neoplasia es el cáncer de endometrio.
2. El abordaje quirúrgico que con más frecuencia se realizó fue laparotomía exploratoria en los casos que se realizó por vía Laparoscopia no hubo ninguna complicación por la que no fue necesario la conversión a Laparotomía.
3. Se realizó en la mayoría de casos Histerectomía Abdominal + Salpingooforectomía bilateral + Linfadenectomía pélvica según los estándares de las guías internacionales para el tratamiento de neoplasia ginecológica.
4. Fue un procedimiento con morbilidad baja en la institución presentando solo como principales complicaciones linfociste, lesión vesical, íleo metabólico hernia incisional, dehiscencia de herida.

XI.RECOMENDACIONES

1. El personal quirúrgico involucrado en las linfadenectomías debe garantizar el cumplimiento de protocolos de cuidados prequirúrgicos y postquirúrgicos para disminuir riesgos y complicaciones.
2. Incentivar la realización de cirugías mínimamente invasiva en el cáncer ginecológico en donde está esta estandarizada.
3. Garantizar el manejo multidisciplinario a todas las pacientes con comorbilidades asociadas.
4. Impulsar sesiones docentes sobre las complicaciones que se presentan para análisis de casos y retroalimentación de las mismas.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Conde , J. (2014). Obesidad factor de Riesgo para complicaciones quirurgicas. *Revista española de Anestesiología y reanimación*, 4.
- Corea Urbina , C. Y., & Montalvo Esquivel , G. (2016). *Complicaciones de Linfadenectomía en el cancer ginecologico revision de 5 años*. INCAN , Mexico DF.
- CW, W. (2009). Gynecologic Oncology Group Surgical Procedures Manual. *enceopen*, 5.
- De la Cruz , J. A. (2016). Factores asociados a la prolongacion de estancia hospitalaria en pacientes postoperados en el servicio dela clinica Good Hope. 40.
- Decherney, A. (1997). *Diagnostico y tratamiento gineco-obstétrico*. Mexico: El manual Moderno.
- Fowler, J. (2001). Pelvic and paraaortic lymphadenectomy in ginecogic cancers. *Uptodate*. <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-and-paraortic-lymphadenectomy-in-gynecologic-cancers>
- Franco. (2019). Cancer de Endometrio. *Comite de Consensos Federacion Argentina de Sociedades de Ginecologia y Obstetricia*, 41.
http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Cancer_de_Endometrio.pdf
- Ghezzi, F. (2012). Lymphoceles, lymphorrhea, and lymphedema after laparoscopic and open endometrial cancer staging. *Pubmed*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21695563/>
- Globocan. (2020). En G. C. Observatory.
- Gonzalez, M. (2000). *Atlas de operaciones ginecológicas*. (Vol. I). Barcelona: Editores SA. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000400002
- Gorostiaga, A. (Octubre de 2012). Evaluacion Quirurgica de la linfadenectomía pelvica por laparoscopia en el tratamiento de neoplasias ginecologicas. *Elsevier*, 129-134.
- Jimenez Mayorga . (2010). Protocolo de sondaje Vesical. *Hospital Regional Universitario*, 24.

- López, D. J. (2012). *Metodología de la Investigación Científica* (7 ed.). Managua: XEROX.
- Matsuura, T. (January de 2006). Long-standing complications after treatment for cancer of the uterine cervix--clinical significance of medical examination at 5 years after treatment. *National Library of Medicine*.
- Menhara, B. (2014). Clinical features and diagnosis of peripheral lymphedema. *uptodate*, 8. https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-peripheral-lymphedema?search=clinical-features-and-diagnosis%20%20of%20%20lymphedema&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Mezquita , G. (2019). Linfadenectomía pélvica y paraaórtica en el cáncer localmente avanzado. *Dialnet , Academia -e*, 8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=277687>
- Montalvo, C. (2010). Tejido Linfático y órganos linfáticos. *Biología celular e histología médica*, 24. <https://bct.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2018/08/Tejido-organos-linfoides.pdf>
- Monzon Bravo, O. G. (Marzo de 2013). Complicaciones asociadas a Histerectomía radical con Linfadenectomía pélvica en mujeres con cáncer de Cervix en el Instituto de Cancerología Clínica las Américas . *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* , 51. <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/129/0>
- NCCN. (2022). National Comprehensive Cancer Network. 121.
- Otto Gabriel Monzón-Bravo, M. (1-3 de 2013). Linfadenectomía Pélvica en mujeres con Cáncer de Cérvix en el Instituto de Cancerología, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(1).
- PAHO Organization, T. p. (2016). Manual para tamizaje del cáncer Cervicouterino. 9. Papel de la Linfadenectomía en el adenocarcinoma de endometrio. (2008). revista.seclad.org/surg/2016/24.
- Pereira, N. (2018). Linfedema: actualización en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. *Revista chilena de Cirugía*, 19. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000600589
- Recari. (2009). Complicaciones de la cirugía ginecológica. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200008
- Reguera , H. (2020). El papel actual de la Linfadenectomía . En H. B. Reguera. Valencia

- Robinson , S. (2016). Prevalencia del compromiso ganglionar en pacientes con cancer de endometrio. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecologia* , 12.
- Ruiz, E. L. (2014). Efectividad de los estudios preoperatorios en pacientes sanos sometidos a cirugias de bajo- moderado riesgo . *Revista Paraguaya de Medicina Interna* , 57.
- Sanz Chavez, T. (2013). Sobre peso Obesidad diabetes e Hipertension en cancer de Endometrio. *Medigraphic*, 328. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133q.pdf>
- Serman, F., & Días, A. (2002). Importancia de la Linfadenectomia pelvica y Lumbaortica en la etapificacion quirurgica en el cáncer de Endmetrio. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia*, 49. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000100010
- Thompson, J. (2009). *Ginecología Quirúrgica. Te Linde*. Buenos Aires: Panamericana.
- Torres, A. (Marzo de 2014). Cáncer ginecologico :evolucion de su frecuencia relativa en una institucin de alta especialidad. *Gaceta Mexicana de Onclogia*, 222. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom149f.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo 1: Identificar los datos generales de las participantes del presente estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Edad	Edad en años agrupado en 4 y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Años	<45 45-55 56-65 >65
Procedencia	Lugar de residencia habitual de las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Urbana Rural	
Estado Civil	Condición conyugal referido por las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Casada Estable Soltera	
Escolaridad	Nivel académico de las investigadas y consignadas durante la entrevista y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	
IMC	Cociente entre el peso en kilos y la talla en centímetros para verificar el estado nutricional de las participantes, extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	<16 16.1-18.4 18.5-22 22.1-24.9 25-29.9 30-34.9 35-39.9 >40	

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Antecedentes personales Patológicos	Padecimiento de Enfermedades crónicas de las participantes extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Diabetes Mellitus	Enfermedad Crónica metabólica que se produce por la insuficiente producción de insulina por el páncreas	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
HTA	Valores de Presión arterial Sistólica mayores a 120 y 130 mm Hg y Diastólica menor a 80 mm Hg, que genera cambios a nivel sistémico	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Endocrinopatías	Conjunto de enfermedades debidas a procesos patológicos o trastornos en el funcionamiento de las glándulas endocrinas.	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
DM2/HTA	Enfermedad Crónica metabólica que se produce por la insuficiente producción de insulina por el páncreas Valores en presión arterial sistólica mayores a 120 y 130 mm y Diastólica mayores a 80 y 90.	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Antecedentes Oncológicos Familiares	Presencia o no de Antecedente familiar de neoplasia de las participantes extraído del sistema FLEMING durante la investigación.	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Ca Estomago	Tipo de crecimiento celular maligno originado en el estómago con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos.	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Ca Pulmón	Tipo de crecimiento celular maligno originado en el pulmón con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Ca Hepático	Tipo de crecimiento celular maligno originado en el Hígado con capacidad	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	

	de invasión destrucción de otros tejidos y órganos.			
CaTiroides	Tipo de crecimiento celular maligno originado en el Cáncer de Tiroides con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos.	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Leucemia	Tipo de crecimiento celular maligno originado en la sangre con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos.	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Ca Próstata	Tipo de crecimiento celular maligno originado en la próstata con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos,	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Ca de Colon	Tipo de crecimiento celular maligno originado en el colon con capacidad de invasión y	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Antecedente Gineco oncológico Familiar	Presencia o no de antecedente familiar de neoplasia de Origen Ginecológico de las participantes extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Ca de Mama	Tipo de crecimiento celular maligno originado en la glándula mamaria con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos,	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Ca de Endometrio	Tipo de crecimiento celular maligno originado en el Endometrio con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos,	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Ca de Ovario	Tipo de crecimiento celular maligno originado en el Ovario con capacidad	Dato extraído del sistema	Si	

	de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos,	FLEMING	No	
Ca Cervicouterino	Tipo de crecimiento celular maligno originado en el Cuello uterino con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Ca de Vagina	Tipo de crecimiento celular maligno originado en la Vagina con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos,	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Antecedente Quirúrgicos	Historia de Cirugías previas de las participantes extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Cesárea	Parto quirúrgico mediante una incisión realizada en el abdomen y en el útero	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Apendicetomía	Técnica quirúrgica para la extracción del apéndice vermiforme	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Colecistectomía	Técnica quirúrgica para la extracción de la Vesícula Biliar	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Laparotomía	Cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar la cavidad abdominal de forma abierta	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Otros	Procedimiento quirúrgico no ginecológico realizado a las participantes extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Antecedente Oncológico personal	Diagnóstico de neoplasia De origen Ginecológico de las participantes extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Ca Endometrio	Tipo de crecimiento celular maligno originado en el Endometrio con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos,	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Ca Cervicouterino	Tipo de crecimiento celular maligno originado en el Cuello uterino con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos,	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	

Ca Ovario	Tipo de crecimiento celular maligno originado en el Ovario con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos,	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Doble primario	Termino que se usa para describir un nuevo cáncer primario que se presenta en una persona con antecedentes de cáncer	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Antecedentes Gestacionales	Número de Embarazos de las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Nulípara Primípara Bigesta Multípara	0 1 2 >3
Método de Planificación Familiar	Practicadas orientadas al control de la reproducción sexual de las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Inyectables	Método hormonal inyectable que interviene en la fecundación y previene la gestación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Orales	Método hormonal oral que interviene en la fecundación previene la gestación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
DIU	Dispositivo de metal o de plástico que se introduce en la cavidad uterina y previene la gestación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Preservativo	Dispositivo anticonceptivo de Barrera	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
OTB	Es un método en el cual se cortan y se ligan las trompas de Falopio evitando el paso del ovulo para unirse con el espermatozoide	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Terapia de Reemplazo Hormonal	Uso de Fármacos Moduladores de Hormonas Femeninas usados por las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	

Objetivo 2: Detallar el Abordaje Quirúrgico de los casos estudiados

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Abordaje Quirúrgico	Vía de acceso quirúrgico de las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Laparotomía	una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar la cavidad abdominal de forma abierta	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Laparoscópica	técnica quirúrgica, que permite la visión de la cavidad pélvica-abdominal con la ayuda de un lente óptico	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Tratamiento quirúrgico	Procedimiento quirúrgico realizado a las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Histerectomía	es la resección quirúrgica del <u>útero</u> y puede incluir la extirpación completa del cuerpo, el fondo y el cuello uterino,	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Histerectomía + SOOB	es la resección quirúrgica del <u>útero</u> y puede incluir la extirpación completa del cuerpo, el fondo y el cuello uterino Cirugía para extirpar los ovarios y trompas de Falopio y prevenir la gestación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
SOOB	Cirugía para extirpar los ovarios y trompas de Falopio y prevenir la gestación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Cirugía Preservadora Fertilidad	Cirugía que consiste en preservar los órganos femeninos para futuras gestaciones	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Tipo de Linfadenectomía	Abordaje quirúrgico para realizar linfadenectomía en ginecología	Dato extraído del sistema	Si No	

	oncológica a las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	FLEMING		
Linfadenectomía Pélvica	Exeresis del tejido linfoadiposo ubicado anterior, medial y lateral a los vasos iliacos externos, internos y fosa obturatriz por sobre el nervio obturador	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Linfadenectomía Paraaórtica	Exeresis en bloque del tejido linfoadiposo desde la tercera porción del duodeno hasta los vasos iliacos primitivos incluyendo el tejido lateral a la cava el cual se accede retrayendo el uréter lateralmente, el tejido intercavaaortico y el tejido lateral a la aorta	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
LP/LPA	Exeresis del tejido linfoadiposo ubicado anterior, medial y lateral a los vasos iliacos externos, internos y fosa obturatriz por sobre el nervio obturador + Exeresis en bloque del tejido linfoadiposo desde la tercera porción del duodeno hasta los vasos iliacos primitivos incluyendo el tejido lateral a la cava el cual se accede retrayendo el uréter lateralmente, el tejido intercavaaortico y el tejido lateral a la aorta	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Numero de Ganglios	Cantidad de ganglios extirpados para estudio histopatológico en las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Ganglios	1-3 4-10 > 10

Objetivo 3: Detallar el flujograma de atención de los casos estudiados

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Riesgo Anestésico	Estimación de la posibilidad de muerte durante la administración de anestesia de las participantes durante la cirugía extraído del	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	ASA I ASA II ASA III ASA IV

	sistema FLEMING durante la investigación			
Riesgo Preoperatorio	Estimación de la posibilidad de muerte durante la cirugía derivada de factores de riesgo de las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Porcentaje	(0.4%) (0.9%) (7 %) (11%)
Etapa Clínica	Extensión de la Neoplasia de las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	I IA IB IC II III III A III B III C IV	
Tratamiento oncológico Postquirúrgico	Tratamiento complementario a la Linfadenectomía de las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Quimioterapia	Técnica terapéutica que consiste en la administración de sustancias químicas para el tratamiento del cáncer	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Radioterapia	Uso de rayos X u otras partículas con alta potencia para eliminar las células cancerosas	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Quimioterapia + Radioterapia	Técnica terapéutica que consiste en la administración de sustancias químicas para el tratamiento del cáncer Uso de rayos X u otras partículas con alta potencia para eliminar las células cancerosas	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Hospitalizaciones Previas	Internación hospitalaria en los últimos 3 meses a las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Transfusiones sanguíneas	Necesidad de administración de hemoderivado para alcanzar niveles de hemoglobina meta en las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Al ingreso		Dato extraído	Si	

hospitalario	Transfusión en las primeras horas de la estancia intrahospitalaria	del sistema FLEMING	No	
En el transoperatorio	Transfusión durante el acto quirúrgico	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
En el postoperatorio	Transfusión posterior al evento quirúrgico	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Perdidas sanguíneas estimadas	Pérdida de sangre en mL capaz de requerir transfusiones sanguíneas o no en las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	mL	100 250 400 500 >500
Tiempo quirúrgico	Etapas quirúrgicas medidas en tiempo durante la Linfadenectomía en las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Minutos	60 – 120 121 -180 181 – 240 > 240
Tiempo de Sondeo Vesical	Requerimiento con relación al tiempo de uso de sonda Foley en las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Días	1 2 3 4 7 14 21
Estancia Hospitalaria	Días de uso de cama sensible para la recuperación postquirúrgica en las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Días	1 2 3 4-5 >7
Evolución Postquirúrgica	Secuencia de eventos médicos que transcurren entre el final de una operación y la completa recuperación de un paciente en las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Satisfactoria	Evolución clínica favorable en la cual no se presentan complicaciones	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Insatisfactoria	Evolución clínica desfavorable en la cual se presentan complicaciones	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	

Seguimiento Radiológico	Uso de medios radiológicos para valorar la recurrencia en las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
US /TAC	Técnica de diagnóstico no invasiva que se utiliza para producir imágenes dentro del cuerpo. Por medio de ondas sonoras TAC Tomografía Axial Computarizada es una prueba diagnóstica que, a través del uso de rayos X genera imágenes radiológicas	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
TAC	Tomografía Axial Computarizada es una prueba diagnóstica que, a través del uso de rayos X genera imágenes radiológicas	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
RM	La resonancia magnética es una tecnología radiológica no invasiva que produce imágenes anatómicas tridimensionales detalladas	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Reintervención	Necesidad de tratamiento quirúrgico complementario en las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No Por otra causa	
Recurrencia	Persistencia de la enfermedad en las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Paciente viva	Paciente en estado funcional	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	

Objetivo 4: Especificar las complicaciones del procedimiento estudiado

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Complicaciones	Accidente que sobreviene durante el acto quirúrgico en las participantes y extraído del sistema FLEMING durante la investigación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Linfoquiste	Es una colección de Linfa Ubicada en el lecho quirúrgico	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Linfedema	Acumulación de líquido linfático en la aponeurosis de la piel	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Hematoma	Acumulación de sangre causada por la rotura de vasos capilares	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Sangrado	Perdida sanguínea que puede causar trastornos hemodinámicos	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Dehiscencia de Herida	Es la separación de las capas de una herida quirúrgica	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Seroma	Es la acumulación excesiva de suero (líquido seroso) en el tejido subcutáneo	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Infección del sitio quirúrgico	La infección del sitio quirúrgico (ISQ) es aquella que está relacionada con la operación, ocurre en la incisión quirúrgica y aparece en los primeros 30 a 90 días después de la operación	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Lesión Vesical	Daño ejercido a la vejiga durante el procedimiento quirúrgico	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Lesión Intestinal	Daño ejercido al intestino durante el procedimiento quirúrgico	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Lesión Ureteral	Daño ejercido al uréter durante el procedimiento quirúrgico	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	

Retención Urinaria	Incapacidad de vaciar la vejiga de forma completa o parcial.	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Evento Coronario	serie de afecciones asociadas con un flujo sanguíneo súbito	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	
Hernia Incisional	Es la protrusión anormal del peritoneo a través de la cicatriz patológica de una herida quirúrgica o traumática, que interesa los planos músculo-fascia-aponeuróticos y que puede contener o no una víscera abdominal y/o tejidos.	Dato extraído del sistema FLEMING	Si No	

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DARÍO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Complicaciones de las pacientes sometidas a linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de ginecología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021

El presente cuestionario servirá para la creación de la base de datos realizada por la Dra. Leidy Katherine Baquero Ortiz, residente de la especialidad de Ginecobstetricia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", cuyo proyecto de investigación es el requisito final para optar al título de médico especialista en Ginecobstetricia.

I. DATOS GENERALES:

#Ficha: _____

#Expediente: _____

Fecha del llenado: ___/___/_____

Edad en años:

<45 ___

55-64 ___

45-54 ___

>65 ___

Procedencia:

Rural ___

Urbana ___

Estado civil:

Casada ___

Soltera ___

Estable ___

Escolaridad:

Analfabeta ____

Primaria ____

Secundaria ____

Superior ____

IMC:

<16 ____

16.1-18.4 ____

18.5-22 ____

22.1-24.9 ____

25-29.9 ____

34-34.9 ____

35-39.9 ____

>40 ____

II. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Tiene APP:

Si ____

No ____

Diabetes:

Si ____

No ____

HTA:

Si ____

No ____

Endocrinopatías

Si ____

No ____

HTA+Diabetes:

Si ____

No ____

ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS PERSONALES

Ca. Endometrio:

Si ____

No ____

Ca. Cervicouterino:

Si ____

No ____

Ca. Ovario:

Si ____

No ____

Ca. Doble primario:

Si ____

No ____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS DE LOS CASOS

Tiene antecedente quirúrgico:

Si ____

No ____

Cesárea:

Si ____

No ____

Apendicectomía:

Si ____

No ____

Colecistectomía:

Si ____

No ____

Laparotomía ginecológica:

Si ____

No ____

Otro procedimiento:

Si ____

No ____

Especificar

otro

procedimiento

quirúrgico:

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Tiene APnoP:

Si ____

No ____

Tabaquismo:

Si ____

No ____

Alcoholismo:

Si ____

No ____

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS FAMILIARES

Tiene historial familiar oncológico:

Si ____

No ____

Ca. Estómago:

Si ____

No ____

Ca. Pulmón:

Si ____

No ____

Ca. Hepático:

Si ____

No ____

Ca. Tiroides:

Si ____

No ____

Leucemia:

Si ____

No ____

Ca. Próstata:

Si ____

No ____

Ca. Colon:

Si ____

No ____

ANTECEDENTES GINECO ONCOLÓGICOS FAMILIARES

Tiene antecedente Gineco oncológicos:

Si ____

No ____

Ca. Mama:

Si ____

No ____

Ca. Endometrio:

Si ____

No ____

Ca. Ovario:

Si ____

No ____

Ca. Cervicouterino:

Si ____

No ____

Ca. Vagina:

Si ____

No ____

V. ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

Gestación:

Nulípara ____

Trigesta ____

Primigesta ____

Multípara ____

Bigesta ____

Métodos de Planificación Familiar:

Inyectables ____

Preservativo ____

AO ____

OTB ____

DIU ____

Negados ____

Terapia de Reemplazo Hormonal:

Si ____

No ____

VI. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN

Riesgo anestésico:

ASA I ____

ASA III ____

ASA II ____

ASA IV ____

Riesgo preoperatorio en porcentajes (Índice Lee):

0.4 ____

7 ____

0.9 ____

11 ____

Etapas clínicas:

I ____

IC ____

IA ____

II ____

IB ____

III ____

IIIA ___

IIIB ___

IIIC ___

IV ___

Tipo de procedimiento:

Laparoscópica ___

Laparotomía ___

Tratamiento quirúrgico:

Histerectomía ___

Histerectomía+SOOB ___

SOOB ___

C. Preservadora ___

Tipo de Linfadenectomía:

Pélvica ___

Paraaórtica ___

Mixta ___

Tuvo hospitalizaciones previas:

Si ___

No ___

Historial de transfusiones sanguíneas:

Si ___

No ___

Momento de la transfusión:

Al ingreso ___

Perioperatorio ___

Posoperatorio ___

Perioperatorio/Posoperatorio ___

Pérdida sanguínea estimada en ml:

100 ___

250 ___

400 ___

500 ___

>500 ___

Tiempo quirúrgico en minutos:

60-120 ___

121-180 ___

181-240 ____

>240 ____

Número de ganglios:

1-3 ____

>10 ____

4-10 ____

Tratamiento oncológico posterior:

No aplicado ____

RT ____

QT ____

QT+RT ____

Hubo reintervención en los casos:

Si ____

No ____

Evolución posquirúrgica:

Satisfactoria ____

Muerte ____

Insatisfactoria ____

Tipo de seguimiento radiológico:

US/TAC ____

TAC ____

US ____

RMN ____

Tiempo de sondeo vesical en días:

<1 ____

7 ____

2 ____

14 ____

3 ____

21 ____

4 ____

Estancia hospitalaria en días:

1 ____

3 ____

2 ____

4-7 ____ >7 ____

VII. COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO

Hubo complicaciones:

Si ____

No ____

Tipo de complicaciones:

Linfoquiste ____

Linfedema ____

Hematoma ____

Sangrado ____

Dehiscencia herida ____

Seroma ____

Infección sitio Qx ____

Lesión vesical ____

Lesión intestinal ____

Lesión ureteral ____

Retención urinaria ____

Evento coronario ____

Hernia incisional ____

Otra complicación ____

Recurrencia:

Si ____

No ____

Actualmente la paciente vive:

SI ____

No_

ANEXO 3: TABLAS DE SALIDA DE LOS DATOS

Características generales de Frecuencia y Porcentaje de Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021

Variable	N (79)	Frecuencia	%
Edad	<45	25	31.6
	>65	19	24.1
Procedencia	Urbana	70	88.6
Escolaridad	Secundaria	41	51.9
Estado Civil	Soltera	31	39.2
IMC	22.1 – 24.9 (Normo peso)	23	29.1
	25 – 29.9 (Sobrepeso)	21	26.6
Comorbilidades	Diabetes mellitus	6	12.5
	HTA	10	20.8
	HTA/Diabetes	27	56.3
	Endocrinopatías	5	10.4
Antecedente oncológico Personal	Ca Endometrio	50	63.3
	Ca Cervicouterino	8	10.1
	Ca vario	17	21.5
	Ca Doble Primario	4	5.1
Antecedente Quirúrgico	Cesárea	20	25.3
Antecedente Familiar oncológico	No	54	68.4
Tipo de Neoplasia Familiar	Ca Estomago	5	20
	Ca Hepático	5	20
	Ca Colon	5	20
Antecedente Ginecooncologico			

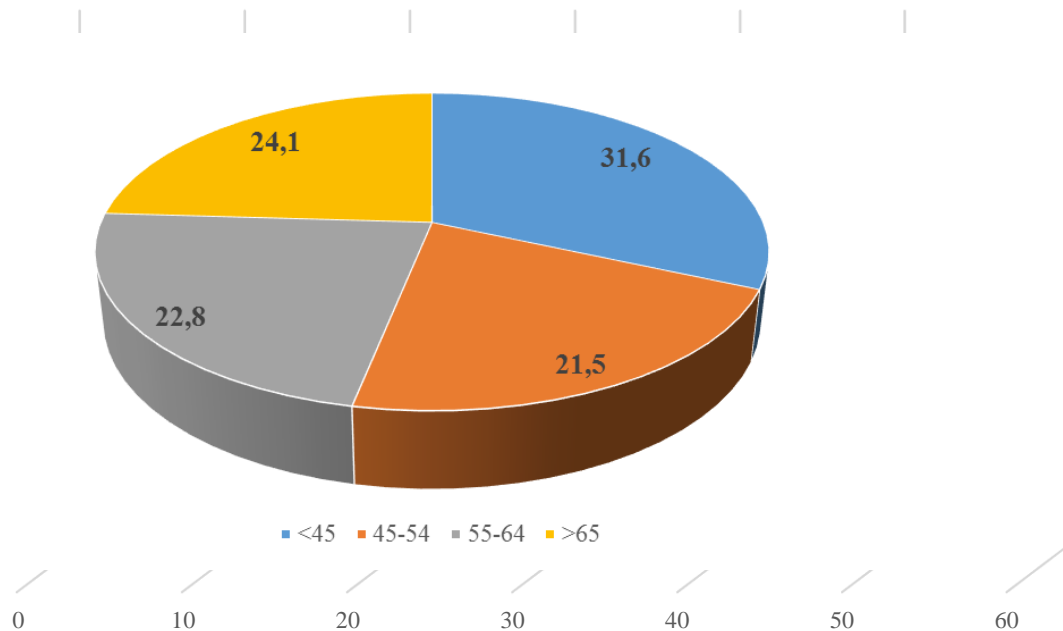
Familiar	No	58	73.4
Tipo de Neoplasia Gineco oncológica familiar	Ca de mama	7	33.3
	Ca de Endometrio	7	33.3
	Ca ovario	3	14.3
	Ca cervicouterino	4	19
Antecedente gestacionales	Nulípara	17	17
	Multigesta	23	29.1
Uso de Método Anticonceptivo			
Uso de Terapia de Reemplazo Hormonal	Si	55	69.7
	Si	9	11.4
Riesgo Anestésico	ASA II	53	67.1
Riesgo Preoperatorio	Índice de Lee 0 (0.4%)	38	48.1
Etapa clínica	IA	37	46.8
	IB	20	25.3
	IC	7	8.9
	IIIA	2	2.5
	IIIB	3	3.8
	IIIC	8	10.1
	IV	2	2.5
Abordaje Quirúrgico	Laparoscopia	2	2.5
	Laparotomía	77	97.5
Tratamiento Quirúrgico	Histerectomía	3	3.8
	Histerectomía + SOOB	72	91.1
	SOOB	1	1.3
	Cirugía Preservadora	3	3.8
Tipo de Linfadenectomía	Pélvica	49	62
	Paraaortica	1	1.3
	pélvica Para aórtica	29	36.7

Hospitalización previa	Si	12	84.8
Historia de transfusiones	Si	16	79.7
Momento de la transfusión	Postoperatorio	3	31.3
	Perioperatoria/postoperatorio	5	6.3
Pérdida Sanguínea Estimada en mL	250 ml	31	22.8
	400 mL	18	17.7
Tiempo Quirúrgico	121-180 min	34	43
Numero de Ganglios	Entre 1-3	12	15.2
	Entre 4-10	37	46.8
	>10	30	38
Tratamiento Oncológico Posterior	Si	37	46.8
	Quimioterapia	14	37.8
	Radioterapia	10	27
	Quimioterapia + Radioterapia	13	35.1
Reintervención por la misma causa	Si	6	7.6
Tipo de Seguimiento Radiológico	US/TAC	56	70.9
	US	6	7.6
	TAC	15	19
	RM	2	2.5
Estancia Intrahospitalaria	3 días	47	59.5
	4-7 días	24	30.4
Complicaciones	Si	7	8.8
			28.5

Lesión Vesical	Lesión vesical	2	28.5
	Linfoquiste	2	14.8
	Hernia incisional	1	28.5
	Otra	1	
Tubo recurrencia			
Paciente viva actualmente	Si	6	7.6
	Si	74	93.7

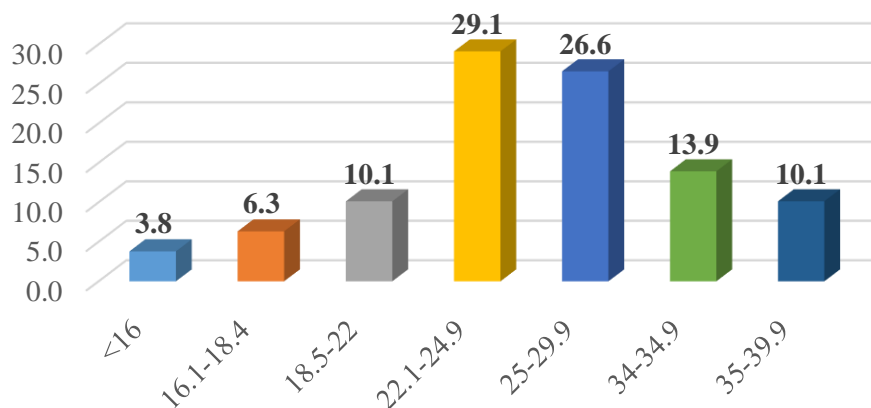
ANEXO 4: GRÁFICOS DE LOS RESULTADOS

Gráfico 1 Edad de Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



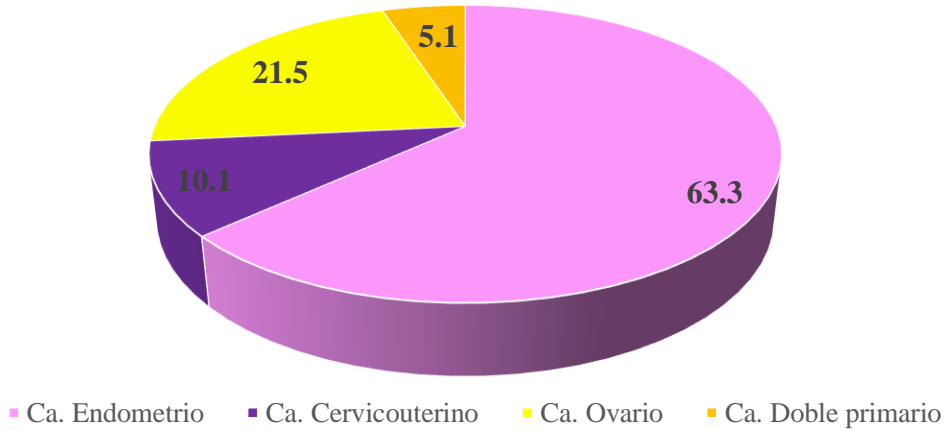
Fuente: Base de datos

Gráfico 2: Índice de Masa Corporal de las participantes. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



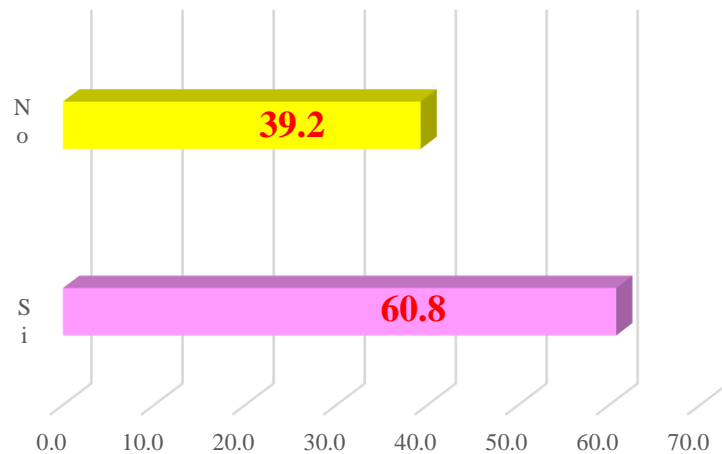
Fuente: Base de datos

Gráfico 3: Tiene comorbilidades las pacientes. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



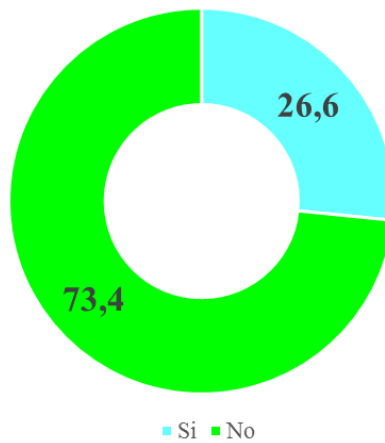
Fuente: Base de datos

Gráfico 4: Antecedentes oncológicos personales. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



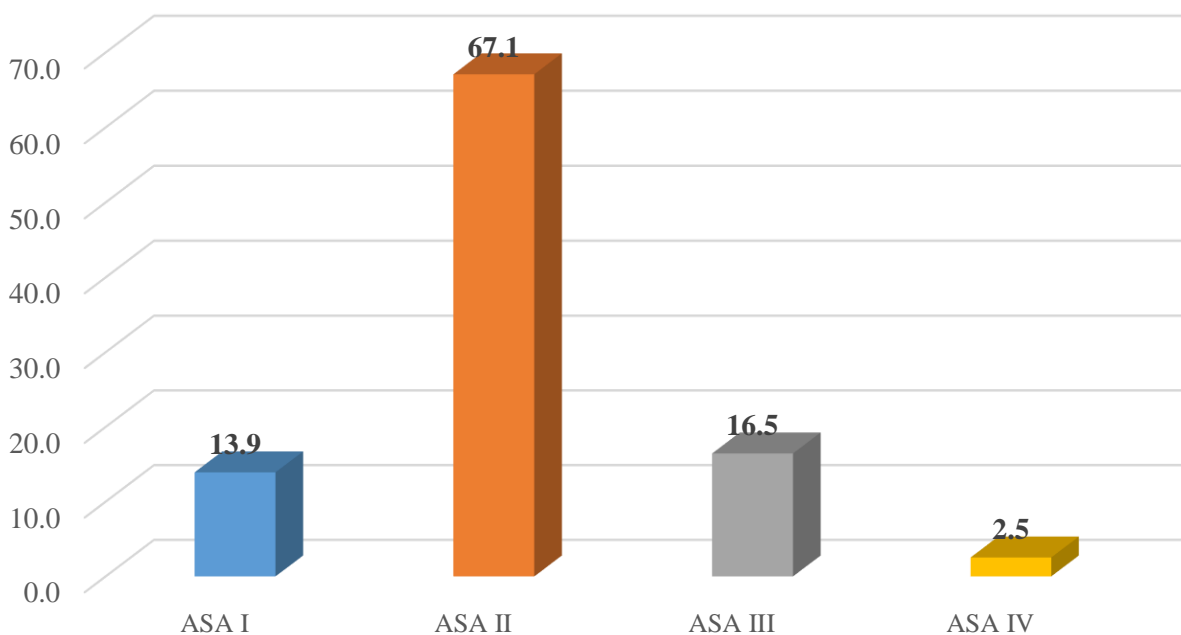
Fuente: Base de datos

Gráfico 5: Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



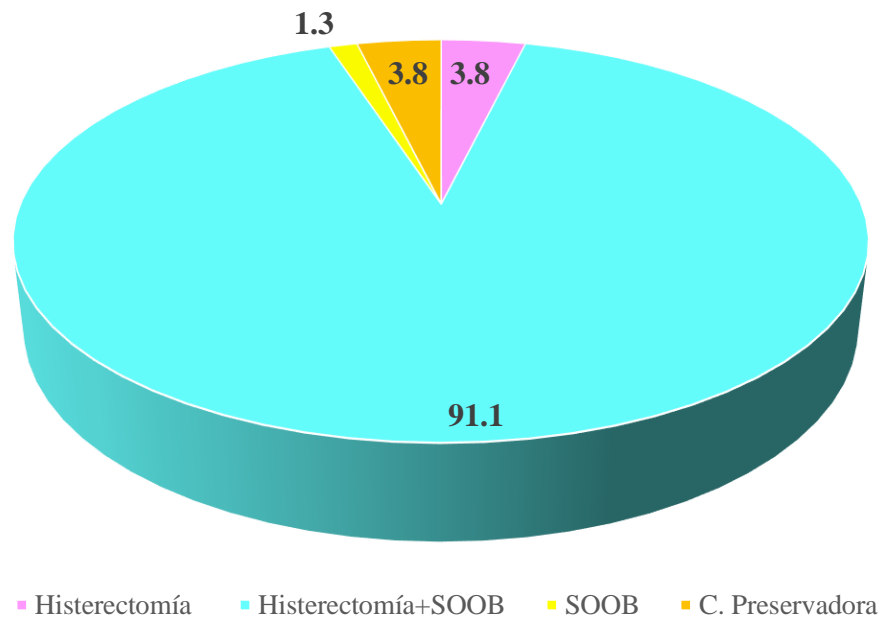
Fuente: Base de datos

Gráfico 6: Riesgo anestésico. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



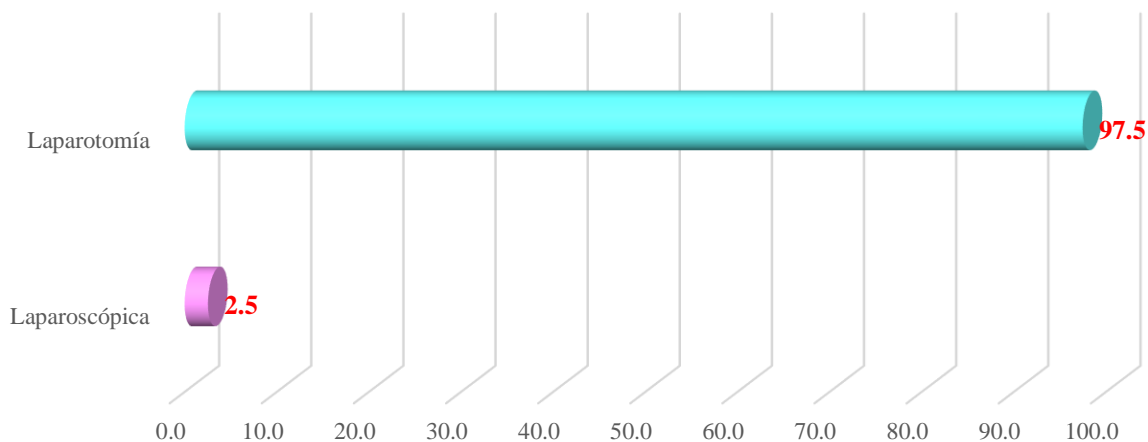
Fuente: Base de datos

Gráfico 7: Tipo de procedimiento realizado a las participantes. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



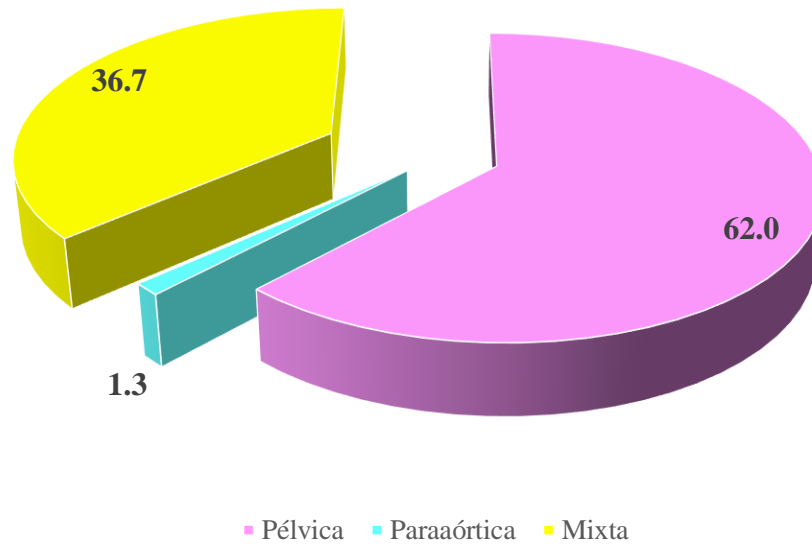
Fuente: Base de datos

Gráfico 8 : Tratamiento quirúrgico en las participantes. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



Fuente: Base de datos

Gráfico 9 : Tipo de Linfadenectomía practicada. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



Fuente: Base de datos

Grafico 10 : Hospitalizaciones previas e historial de transfusiones. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



Fuente: Base de datos

Gráfico 11: Momento de transfusión. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021

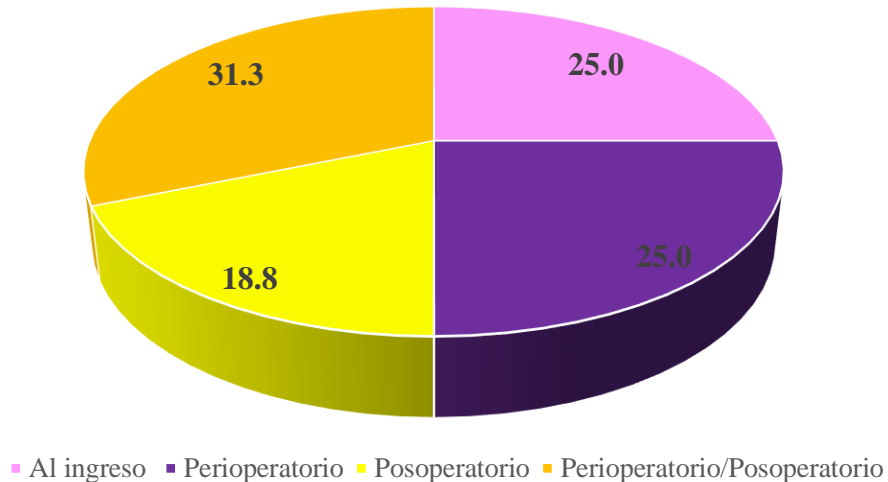
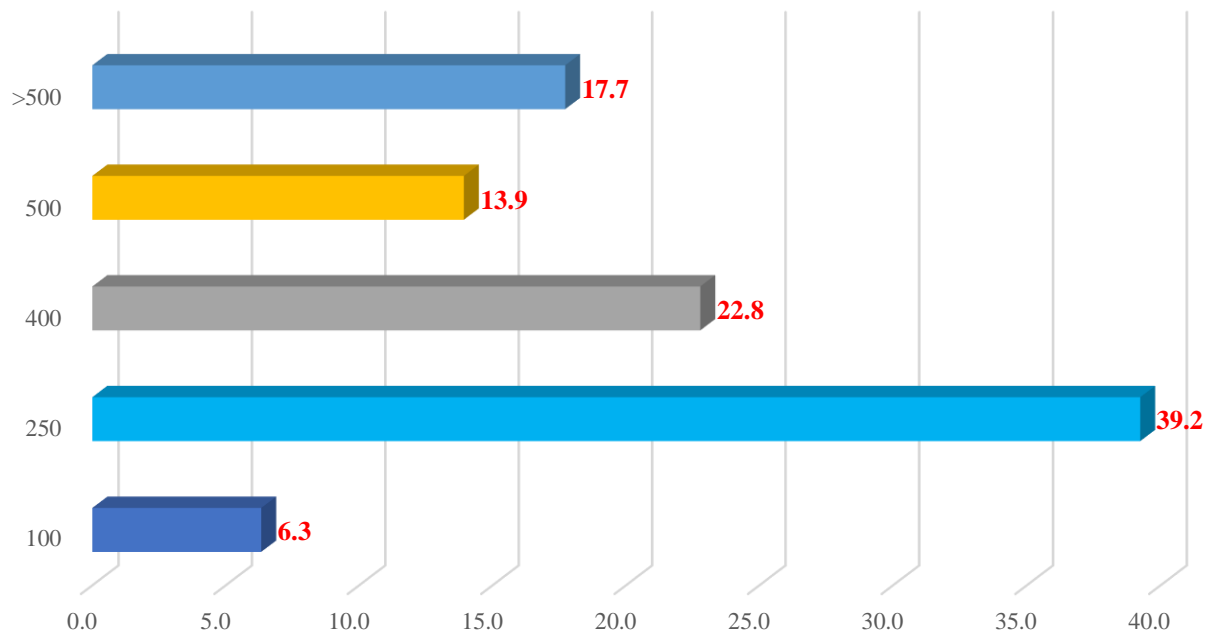
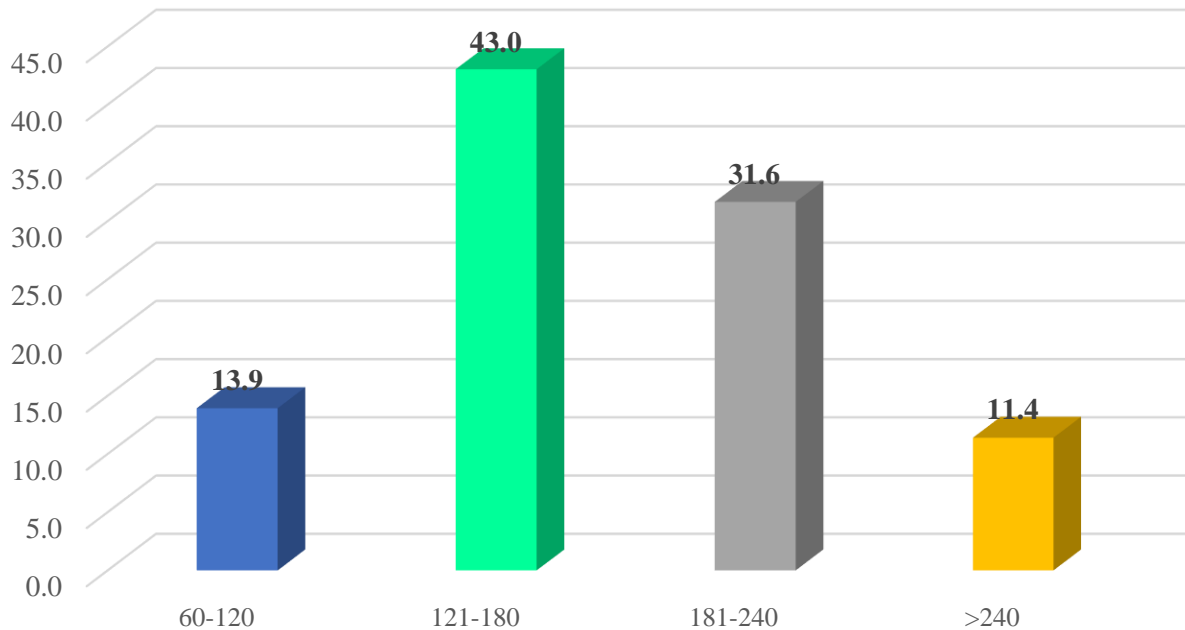


Gráfico 12: Pérdida sanguínea estimada en MI. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



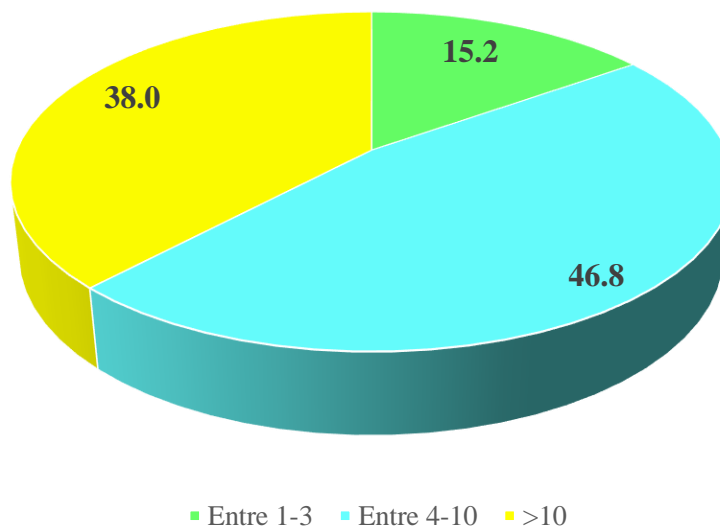
Fuente: Base de datos

Gráfico 13: Tiempo quirúrgico en minutos. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



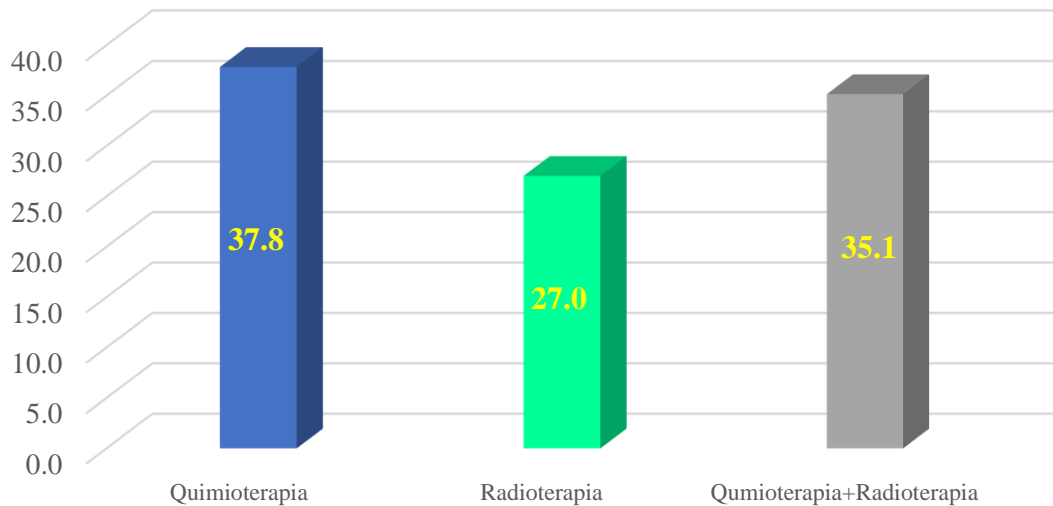
Fuente: Base de datos

Gráfico 14: Número de ganglios. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



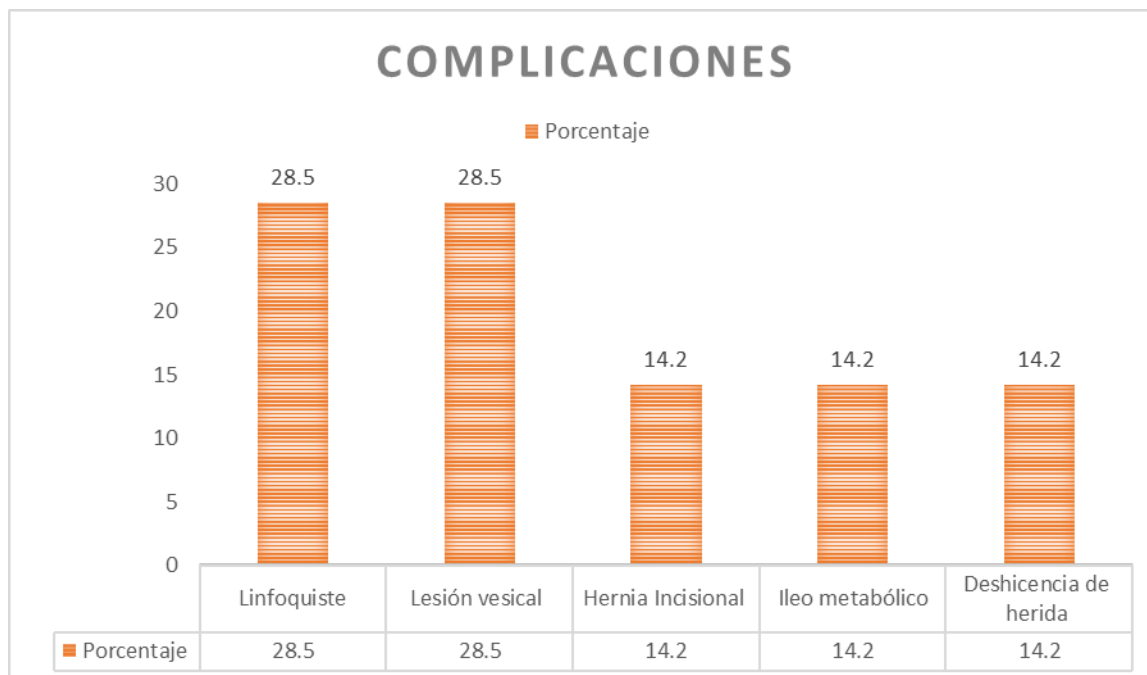
Fuente: Base de datos

Gráfico 15: Tipo de tratamiento oncológico posterior. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



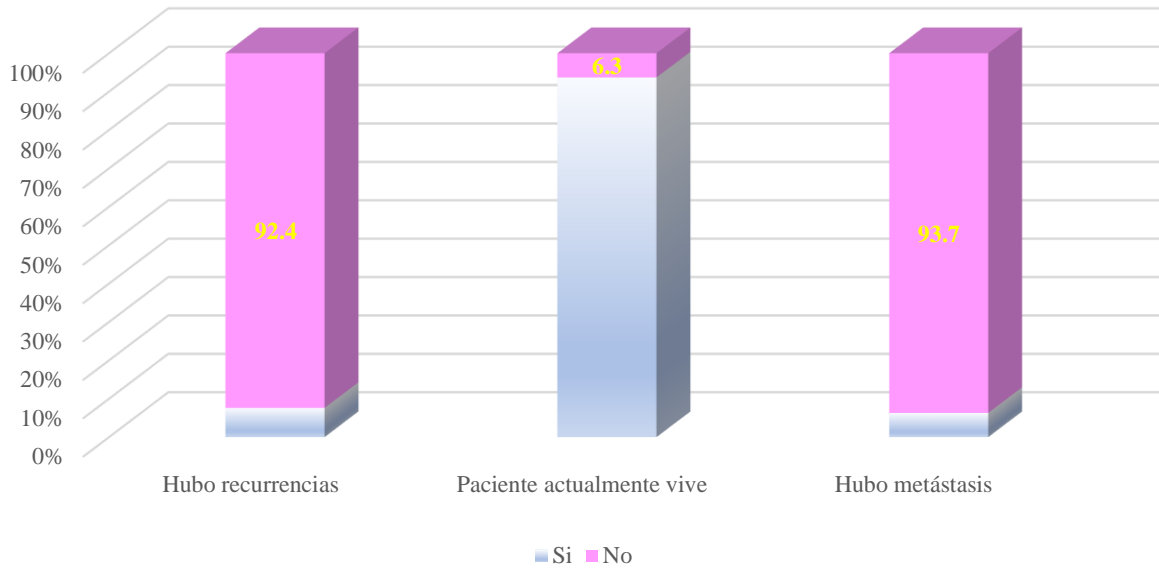
Fuente: Base de datos

Gráfico 16 : Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



Fuente: Base de datos

Gráfico 20: Hubo recurrencias, paciente actualmente vive y metástasis. Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021



ANEXO 5: TABLAS MULTIVARIADAS

Complicaciones en pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021

Tabla1

EDAD	ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LAS PARTICIPANTES								TOTALES
	Desnutrición Severa	Desnutrición Moderada	Bajo Peso	Normo Peso	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III	
<45	0	1	2	2	8	7	2	3	25
45-55	0	0	0	1	8	4	1	3	17
56-65	0	1	0	0	4	6	5	2	18
>65	0	1	3	5	3	4	3	0	19
TOTALES	0	3	5	8	23	21	11	8	79

Chi Cuadrado 24.0

P.0.15

Fuente Base de Datos

Tabla 2

EDADES	ETAPA CLÍNICA										TOTALES
	I	IA	IB	IC	II	III	IIIA	IIIB	IIIC	IV	
<45	0	12	7	5	0	0	0	0	1	0	25
45-55	0	7	4	1	0	0	1	2	2	0	17
56-65	0	9	5	0	0	0	1	1	2	0	18
>65	0	9	4	1	0	0	0	0	3	2	19
TOTALES	0	37	20	7	0	0	2	3	8	2	79

Chi Cuadrado 21.06

P.0.27

Fuente Base de Datos

Tabla 3

EDAD	TIPO DE LINFADENECTOMÍA			TOTALES
	Linfadenectomía Pélvica	Linfadenectomía Paraaórtica	Linfadenectomía Pélvica y Paraaórtica	
<45	19	0	6	25
45-55	11	0	6	17
56-65	11	0	7	18
>65	8	1	10	19
TOTALES	49	1	29	79

Chi Cuadrado 21.06

P.0.27

Fuente Base de Datos

Tabla 4

EDA D	COMPLICACIONES														TOT ALE S	
	Linf oqui ste	Linf ede ma	Hem ato ma	San gra do	Dehi scen cia de Heri da	Ser om a	Infe cci ón del sitio quir úrgi co	Le si ón Ve sic al	Les ión Inte stin al	Les ión Ure teral	Reten ción Urin aria	Eve nto Cor onar io	Her nia Inci sion al	O tra		Nin gun a
<45	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	19	24
45- 55	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	12	15
56- 65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16	17
>65	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	14	18
TOT ALE S	2	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	1	72	79

Chi Cuadrado 15.25

P.0.81

Fuente Base de Datos

Tabla 5

IMC	ETAPA CLÍNICA										TOTALES
	I	IA	IB	IC	II	III	IIIA	IIIB	IIIC	IV	
Desnutrición Severa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desnutrición Moderada	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Bajo Peso	0	0	3	1	0	0	0	0	0	1	5
Normo Peso	0	4	2	1	0	0	0	0	1	0	8
Sobrepeso	0	7	8	3	0	0	1	2	2	0	23
Obesidad grado I	0	14	3	0	0	0	0	1	3	0	21
Obesidad grado II	0	6	1	0	0	0	1	0	2	1	11
Obesidad grado III	0	4	2	2	0	0	0	0	0	0	8
TOTALES	0	37	20	7	0	0	2	3	8	2	79

Chi Cuadrado 30.40

P.0.44

Fuente Base de Datos

Tabla 6

IMC	TIPODE LINFADENECTOMÍA			TOTALES
	Linfadenectomía Pélvica	Linfadenectomía Paraaórtica	Linfadenectomía Pélvica y Paraaórtica	
Desnutrición Severa	0	0	0	0
Desnutrición Moderada	2	0	1	3
Bajo Peso	2	1	2	5
Normo Peso	4	0	4	8
Sobrepeso	17	0	6	23
Obesidad grado I	12	0	9	21
Obesidad grado II	6	0	5	11
Obesidad grado III	6	0	2	8
TOTALES	49	1	29	79

Chi Cuadrado 18.16

P.0.11

Fuente Base de Datos

Tabla 7

IMC	PÉRDIDA SANGUÍNEA EN ML					TOTALES
	100	250	400	500	>500	
Desnutrición Severa	0	0	0	0	0	0
Desnutrición Moderada	0	1	1	1	0	3
Bajo Peso	0	1	1	1	2	5
Normo Peso	0	6	2	0	0	8
Sobrepeso	0	13	4	3	3	23
Obesidad grado I	1	7	5	4	4	21
Obesidad grado II	3	2	3	0	3	11
Obesidad grado III	1	1	2	2	2	8
TOTALES	5	31	18	11	14	79

Chi Cuadrado 28.16

P.0.25

Fuente Base de Datos

Tabla 8

IMC	TIEMPO QUIRÚRGICO EN MINUTOS				TOTALES
	60-120	121-180	181-240	>241	
Desnutrición Severa	0	0	0	0	0
Desnutrición Moderada	0	2	1	0	3
Bajo Peso	1	2	1	1	5
Normo Peso	0	5	3	0	8
Sobrepeso	5	8	7	3	23
Obesidad grado I	3	6	8	4	21
Obesidad grado II	2	6	3	0	11
Obesidad grado III	0	5	2	1	8
TOTALES	11	34	25	9	79

Chi Cuadrado 12.20

P.0.83

Fuente Base de Datos

IMC	COMPLICACIONES															TOTALES
	Linfoquiste	Linfedema	Hematoma	Sangrado	Dehiscencia de Herida	Seroma	Infección del sitio quirúrgico	Lesión Vesical	Lesión Intestinal	Lesión Ureteral	Retención Urinaria	Evento Coronario	Hernia Incisional	Otra	Ninguna	
Desnutrición Severa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desnutrición Moderada	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	3
Bajo Peso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	5
Normo Peso	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	6	8
Sobrepeso	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	18	23
Obesidad grado I	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	15	21
Obesidad grado II	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	9	11
Obesidad grado III	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	8
TOTALES	2	0	0	0	1	0	0	3	2	1	0	0	1	8	61	79

Tabla 9
Chi Cuadrado
31.99

P.0.83

Fuente Base de Datos

Tabla 9

ETAPA CLÍNICA	TIPO DE LINFADENECTOMÍA			TOTALES
	Linfadenectomia Pélvica	Linfadenectomia ParaAortica	Linfadenectomia Pelvica y ParaAortica	
I	0	0	0	0
IA	24	0	13	37
IB	13	0	7	20
IC	4	1	2	7
II	0	0	0	0
III	0	0	0	0
IIIA	1	0	1	2
IIIB	2	0	1	3
IIIC	3	0	5	8
IV	2	0	0	2
TOTALES	49	1	29	79

Chi Cuadrado 14.14

P.0.29

Fuente Base de Datos

Tabla 10

ETAPA CLÍNICA	RECURRENCIA		TOTALES
	Recurrió	Ausente	
I	0	0	0
IA	1	36	37
IB	1	19	20
IC	0	7	7
II	0	0	0
III	0	0	0
IIIA	0	2	2
IIIB	2	1	3
IIIC	1	7	8
IV	1	1	2
TOTALES	6	73	79

Chi Cuadrado 22.50

P.0.001

Fuente Base de Datos

Tabla 11

ABORDAJE QUIRÚRGICO	COMPLICACIONES															TOTALES
	Linfoquiste	Linfedema	Hematoma	Sangrado	Dehiscencia de Herida	Seroma	Infección del sitio quirúrgico	Lesión Vesical	Lesión Intestinal	Lesión Ureteral	Retención Urinaria	Evento Coronario	Hernia Incisional	Otra	Ninguna	
Laparatomía	2	0	0	0	1	0	0	3	2	1	0	0	1	7	60	77
Laparoscópica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
TOTAL ES	2	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	1	72	79

Chi Cuadrado 2.26

P.0.001

Fuente Base de Datos

Tabla 12

TIPO DE LINFADENECTOMÍA	NÚMERO DE GANGLIOS			TOTALES
	Entre 1-3	Entre 4-10	>10	
Linfadenectomia Pélvica	9	29	11	49
Linfadenectomia ParaAortica	0	1	0	1
Linfadenectomia Pelvica y ParaAortica	3	7	19	29
TOTALES	12	37	30	79

Chi Cuadrado 15.53

P.0.6

Fuente Base de Datos

Tabla 13

TIPO DE LINFADENECTOMÍA	SE REALIZA TRANSFUSIONES					TOTAL ES
	Transfusio nes Sanguínea s al Ingreso	Transfusio nes Sanguíneas en el Transoperat orio	Transfusio nes Sanguíneas en el Postoperat orio	Transfusio nes Sanguíneas en el Transoperat orio y Postoperator io	Ningu na	
Linfadenectomia Pélvica	2	2	2	4	39	49
Linfadenectomia ParaAortica	0	0	1	0	0	1
Linfadenectomia Pelvica y ParaAortica	2	2	0	1	24	29

Chi Cuadrado 27.69

P.0.6

Fuente Base de Datos

Tabla 14

TIPO DE LINFADENECTOMÍA	RECURRENCIA		TOTALES
	Recurrio	Ausente	
Linfadenectomia Pélvica	4	45	49
Linfadenectomia ParaAortica	0	1	1
Linfadenectomia Pelvica y ParaAortica	2	27	29
TOTALES	6	73	79

Chi Cuadrado 0.12

P.0.93

Fuente Base de Datos

Tabla 15

TIPO DE LINFADENECTOMÍA	TIPO DE COMPLICACIONES														TOTALES	
	Linfoquite	Linfedema	Hematoma	Sangrado	Dehiscencia de Herida	Seroma	Infección del sitio quirúrgico	Lesión Vesical	Lesión Intestinal	Lesión Ureteral	Retención Urinaria	Evento Coronario	Hernia Incisional	Otra		Ninguna
Linfadenectomia Pélvica	0	0	0	0	1	0	0	3	2	1	0	0	1	5	36	49
Linfadenectomia ParaAortica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Linfadenectomia Pelvica y ParaAortica	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	24	29
TOTAL ES	2	0	0	0	1	0	0	3	2	1	0	0	1	8	61	79

Chi Cuadrado 8.72

P.0.84

CURVAS DE KAPLAN MEIER.

Complicaciones de las pacientes sometidas a Linfadenectomía en cáncer ginecológico en el servicio de Oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021

Resumen de procesamiento de casos

N total	N de eventos	Censurado	
		N	Porcentaje
79	6	73	92.4%

Medias y medianas para el tiempo de supervivencia

Media				Mediana			
Estimación	Desv. Error	Intervalo de confianza de 95%		Estimación	Desv. Error	Intervalo de confianza de 95%	
		Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
37.907	1.214	35.528	40.287

a. La estimación está limitada al tiempo de supervivencia más largo, si está censurado.

Función de supervivencia

