SAGA
Revista Científica Multidisciplinar
https://revistasaga.org/

e-ISSN **3073-1151**
Abril-Junio, 2026
Vol. **3**, Núm. **2**, **1-14**
https://doi.org/10.63415/saga.v3i2.255

Artículo de Investigación

Efectividad del Protocolo de Alta Precoz en Histerectomía Abdominal Total para el Manejo Ambulatorio

Effectiveness of the Early Discharge Protocol in Total Abdominal Hysterectomy for outpatient management

Eficácia do Protocolo de Alta Precoce na Histerectomia Abdominal Total para manejo ambulatorial

Hector Julio Tejada Alejo[1], César Elionet Germán Castro[2], Edduin Eduardo Gómez Espinola[3], Walezka Margarita Morillo Gonzalez[4], Jesus Alberto Belisario[5]

[1] Cirujano General y Laparoscópico, Rio de Janeiro, Brasil
[2] Cirujano General y Laparoscópico, Guayaquil, Ecuador
[3] Cirujano General y Laparoscópico, Caracas, Venezuela
[4] Cirujano General y Cardiovascular, Caracas, Venezuela
[5] Cirujano General y Laparoscópico, Caracas, Venezuela

Recibido: 2025-09-28 / **Aceptado**: 2026-03-20 / **Publicado**: 2026-04-01

RESUMEN

Una de las cirugías ginecológicas más comunes consiste en la extirpación del útero, denominada histerectomía abdominal total. Este estudio se centró en evaluar la efectividad del protocolo de alta precoz en pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Médico Quirúrgico Dr. Ricardo Baquero González durante el período de octubre de 2023 a julio de 2024. El objetivo principal fue analizar cómo el manejo ambulatorio puede optimizar los recursos hospitalarios sin comprometer la seguridad ni la calidad del cuidado postoperatorio. Se llevó a cabo una investigación cuantitativa con diseño no experimental, basada en una muestra de 35 pacientes seleccionadas por criterios de inclusión. Se analizaron datos relacionados con las características socioepidemiológicas, condiciones preoperatorias e intraoperatorias, así como la evolución postoperatoria. Los resultados demostraron que el alta precoz es viable y segura en pacientes seleccionadas adecuadamente, lo cual contribuye a la reducción de tiempos de hospitalización y recursos. El estudio también subraya la importancia de un seguimiento adecuado y la implementación de medidas educativas para las pacientes y sus familias, mejorando así la gestión hospitalaria y la recuperación ambulatoria. Los hallazgos del presente estudio concuerdan con la literatura internacional en cuanto a la viabilidad del alta precoz en cirugías ginecológicas mayores, como la histerectomía.

Palabras clave: alta precoz, histerectomía abdominal, manejo ambulatorio

ABSTRACT

One of the most common gynecological surgeries consists of the total removal of the uterus, called total abdominal hysterectomy. This study focused on evaluating the effectiveness of the early discharge protocol in patients undergoing total abdominal hysterectomy at the Doctor Ricardo Baquero González Surgical Medical Hospital during the period from October 2023 to July 2024. The main objective was to analyze how outpatient management can optimize hospital resources without compromising the safety or quality of postoperative care. A quantitative research with a non-experimental design was carried out, based on a sample of 35 patients selected by inclusion criteria. Data related to socioepidemiological characteristics, preoperative and intraoperative conditions, as well as postoperative evolution were analyzed. The results demonstrated that early discharge is feasible and safe in appropriately selected patients, which contributes to the reduction of hospitalization times and resources. The study also highlights the importance of adequate

follow-up and the implementation of educational measures for patients and their families, thus improving hospital management and outpatient recovery. The findings of the present study agree with the international literature regarding the feasibility of early discharge in major gynecological surgeries, such as hysterectomy.

Keywords: abdominal hysterectomy, early discharge, outpatient management

RESUMO

Uma das cirurgias ginecológicas mais comuns consiste na remoção do útero, denominada histerectomia abdominal total. Este estudo concentrou-se em avaliar a efetividade do protocolo de alta precoce em pacientes submetidas à histerectomia abdominal total no Hospital Médico Cirúrgico Doutor Ricardo Baquero González durante o período de outubro de 2023 a julho de 2024. O objetivo principal foi analisar como o manejo ambulatorial pode otimizar os recursos hospitalares sem comprometer a segurança nem a qualidade do cuidado pós-operatório. Foi realizada uma pesquisa quantitativa com desenho não experimental, baseada em uma amostra de 35 pacientes selecionadas por critérios de inclusão. Foram analisados dados relacionados às características socioepidemiológicas, condições pré-operatórias e intraoperatórias, bem como a evolução pós-operatória. Os resultados demonstraram que a alta precoce é viável e segura em pacientes adequadamente selecionadas, o que contribui para a redução do tempo de hospitalização e de recursos. O estudo também ressalta a importância de um acompanhamento adequado e da implementação de medidas educativas para as pacientes e suas famílias, melhorando assim a gestão hospitalar e a recuperação ambulatorial. Os achados do presente estudo estão de acordo com a literatura internacional quanto à viabilidade da alta precoce em cirurgias ginecológicas de grande porte, como a histerectomia.

Palavras-chave: alta precoce, histerectomia abdominal, manejo ambulatorial

Forma sugerida de citar (APA):

Tejada Alejo, H. J., Germán Castro, C. E., Gómez Espinola, E. E., Morillo Gonzalez, W. M., & Belisario, J. A. (2026). Efectividad del Protocolo de Alta Precoz en Histerectomía Abdominal Total para el Manejo Ambulatorio. *SAGA: Revista Científica Multidisciplinar*, 3(2), 1-14. https://doi.org/10.63415/saga.v3i2.255

Esta obra está bajo una licencia internacional
Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0

INTRODUCCIÓN

La histerectomía, una de las cirugías ginecológicas más comunes, consiste en la extirpación del útero. Este procedimiento, inicialmente practicado en el siglo XIX por Freund, enfrentó altos índices de mortalidad, con una tasa del 72%, lo que llevó a su descrédito temporal. Fue hasta los avances introducidos por Bardenheuer y Martin en 1881 y 1890, respectivamente, que la histerectomía abdominal adquirió una técnica más sistemática y segura, especialmente para casos de fibromas uterinos y cánceres ginecológicos.

Hoy en día, la histerectomía se ha convertido en un procedimiento estandarizado con múltiples enfoques, incluyendo la modalidad abdominal, vaginal y laparoscópica. La evolución de la técnica y los avances en anestesia y manejo postoperatorio han permitido que, en ciertos casos, este procedimiento pueda realizarse bajo un régimen de alta precoz. Esto implica que la paciente pueda ser dada de alta pocas horas después de la intervención, siempre que cumpla con criterios médicos estrictos, optimizando así la gestión hospitalaria y reduciendo los tiempos de hospitalización sin comprometer la seguridad del paciente.

En el contexto actual del Hospital Médico Quirúrgico Dr. Ricardo Baquero González, en caracas, la capital venezolana, la implementación de un protocolo de alta precoz para histerectomía abdominal total se presenta como una solución viable para enfrentar la inoperatividad de las áreas quirúrgicas por remodelación y la escasez de camas hospitalarias. Venezuela, atravesando una crisis sanitaria significativa, enfrenta desafíos importantes como la falta de recursos médicos, personal insuficiente y deficiencias en infraestructuras. En este escenario, la optimización de los recursos disponibles mediante el alta precoz busca no solo mantener la calidad de la atención, sino también

responder a la creciente demanda de servicios médicos.

El objetivo general de esta investigación es evaluar la efectividad del alta precoz en el manejo ambulatorio de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Dr. Ricardo Baquero González, durante el período octubre 2023 - julio 2024. Para lograrlo, se han planteado los siguientes objetivos específicos: (1) identificar los criterios de eficiencia para el alta precoz, (2) establecer las condiciones preoperatorias e intraoperatorias que favorezcan un alta precoz segura, y (3) caracterizar los factores que condicionan un manejo ambulatorio exitoso.

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

El estudio es de carácter observacional y transversal, ya que el protocolo de alta precoz comenzó a implementarse en octubre de 2023 hasta julio de 2024.

Diseño de Investigación

El diseño es no experimental y prospectivo, dado que no se manipulan las variables ni se interviene en el proceso quirúrgico, sino que se observa el impacto del protocolo de alta precoz en las pacientes conforme se implementa.

Población y Muestra

La población estuvo conformada por 117 pacientes operadas de histerectomía abdominal total en el centro. La muestra está compuesta por 35 pacientes seleccionadas hasta la fecha, según criterios de inclusión, con el objetivo de alcanzar un número representativo durante el período de octubre de 2023 a julio de 2024.

Criterios de Inclusión

- Diagnóstico de miomatosis uterina o prolapso de compartimientos.
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 35.
- Clasificación ASA I o II.
- Hemoglobina mayor a 10 g/dL.
- Residencia a menos de 50 km del hospital.
- Consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con miomatosis uterina anemizante.
- Estado de salud ASA III o superior.
- Hemoglobina menor a 10 g/dL.
- No aceptación del consentimiento informado.

Criterios para el Alta Médica

- La cirugía no debe precisar una preparación compleja en el preoperatorio.
- Duración del procedimiento quirúrgico no mayor a 120 minutos.
- Cirugía que no involucre perdidas hemáticas importante que ameriten transfusiones.
- Tolerancia de la vía oral 3-4h posterior a la cirugía.
- Dolor post operatorio controlable con analgesia oral.
- No requiere administración post operatoria de antibióticos por vía intravenosa.
- Capacidad de deambulación independiente.

Técnica de recolección de datos

Para este estudio la técnica de recolección de datos será a través de la observación directa, así como la recolección de datos en ficha técnica, entrevista directa a las pacientes al momento del alta y de seguimiento 3, 7 y 12 días después del alta, cuestionario de satisfacción sobre el protocolo de alta precoz durante el periodo octubre 2023 – julio 2024 por Histerectomía Abdominal.

Procedimientos de recolección de los datos

Para llevar a cabo la investigación se procedió de la siguiente forma:

a) Codificación de los datos
b) Análisis descriptivos
c) Análisis Bivariado
d) Análisis Multivariado
e) Análisis de satisfacción
f) Control de Calidad de los datos
g) Interpretación de los resultados

RESULTADOS

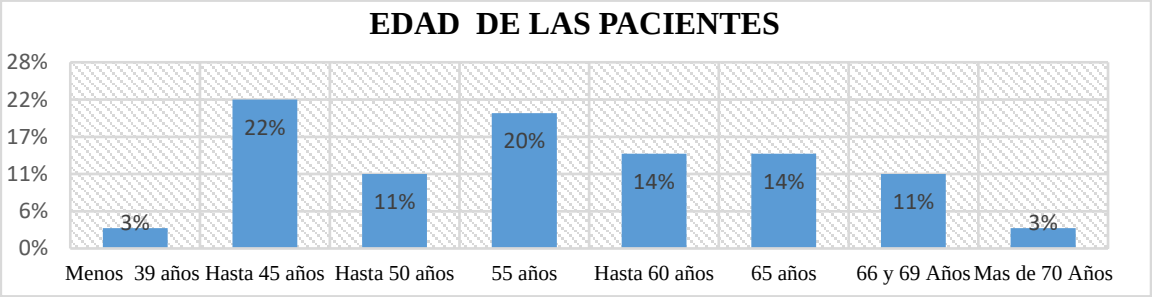

Gráfico 1. *Edad de las Pacientes*

El indicador de edad mostró que la mayoría de las pacientes (22%) tenían entre 40 y 45 años, seguidas por un 20% en el rango de 51 a 55 años. Este dato es significativo ya que permite establecer que la mayoría de los casos en los que se realiza este tipo de cirugía se concentran en estas edades. Además, es crucial para implementar medidas preventivas a través de un seguimiento adecuado para las mujeres dentro de estos rangos.

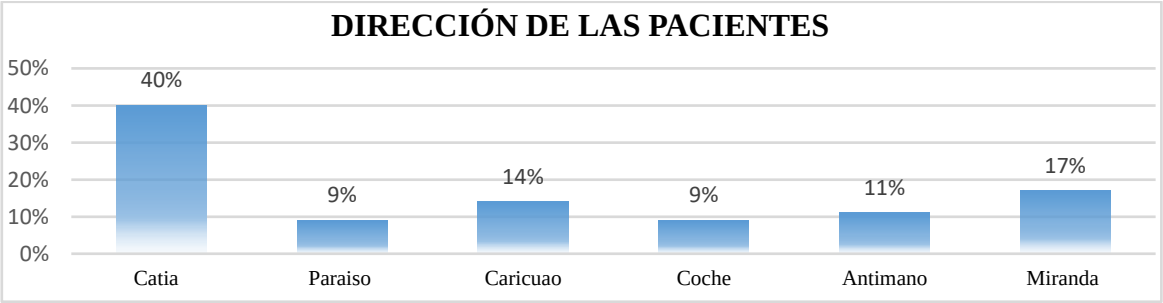

Gráfico 2. *Dirección*

El ítem 2, permite establecer que el 40% de las pacientes sometidas a la Histerectomía abdominal total, pertenecen geográficamente a Catia, sin embargo esta técnica ambulatoria, favoreció a otras pacientes de diversos sectores como lo son Paraíso, Caricuao, Coche, Antimano y hasta el Estado Miranda quienes pudieron ser abordadas quirúrgicamente, aplicando la técnica del alta precoz en el manejo ambulatorio del Hospital Médico Quirúrgico Doctor Ricardo Baquero González, desde el mes de Octubre 2023 al mes de Julio 2024, demostrando así mayor radio de acción en lo referente a la atención médica como prácticas clínicas a nivel nacional y a la optimización de los servicios de salud para mujeres.

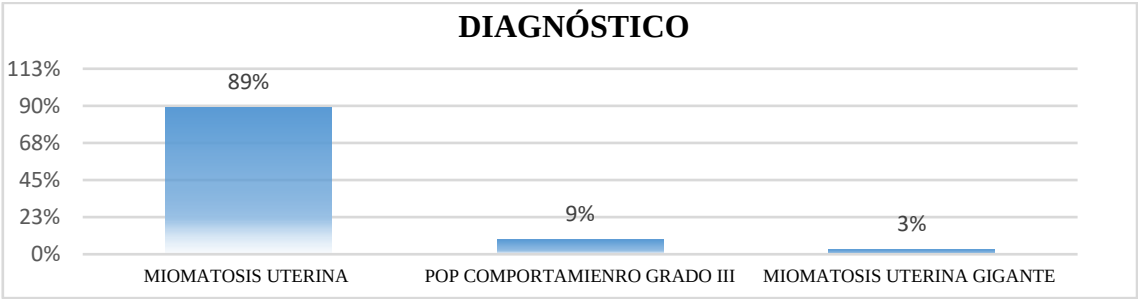

Gráfico 3. *Diagnóstico*

El diagnóstico predominante fue miomatosis uterina, afectando al 89% de las pacientes, lo cual resalta que esta patología es la más común para justificar la histerectomía abdominal total. Esta alta prevalencia indica que es posible implementar el protocolo de alta precoz en este grupo con mayor frecuencia.

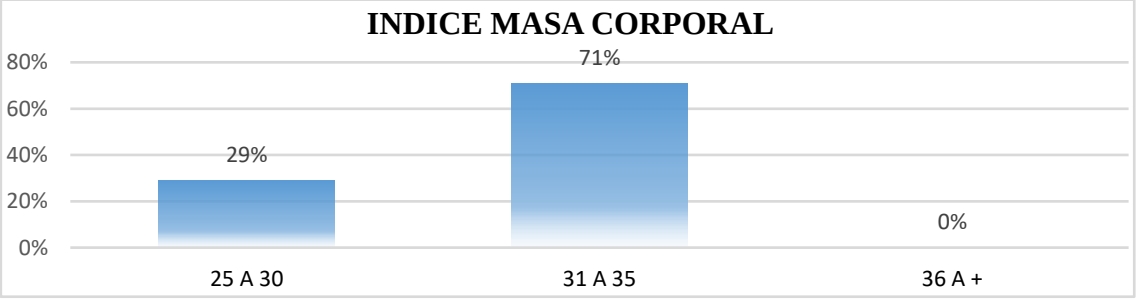

Gráfico 4. *Índice de Masa Corporal*

El ítem 4; aborda las condiciones eficientes en una histerectomía abdominal total específicamente el índice de masa corporal, la cual al ser estudiada arrojo que 51% de las pacientes tienen una masa corporal de 31 a 35, representando la mayoría seguido por el 29% con los valores de 25 a 30 y un 20% con 36 kilos y más, aunque este índice es alto, no influyó negativamente en el alta precoz de las pacientes.

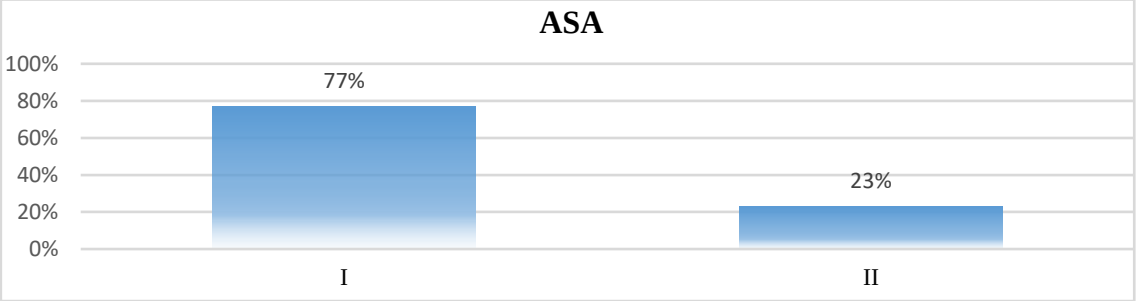

Gráfico 5. *ASA*

En el ítem 5, es predominante el ASA I, con un 77%, mientras el 23% arrojaron ASA II, demostrándose de esta manera que el ASA, es un indicador a considerar entre los criterios de inclusión para realizar una histerectomía abdominal total con un alta precoz. Es de considerar la clasificación ASA, aunque no constituya una variable que modifique la respuesta a un estímulo doloroso, fue tomada este parámetro como criterios de inclusión.

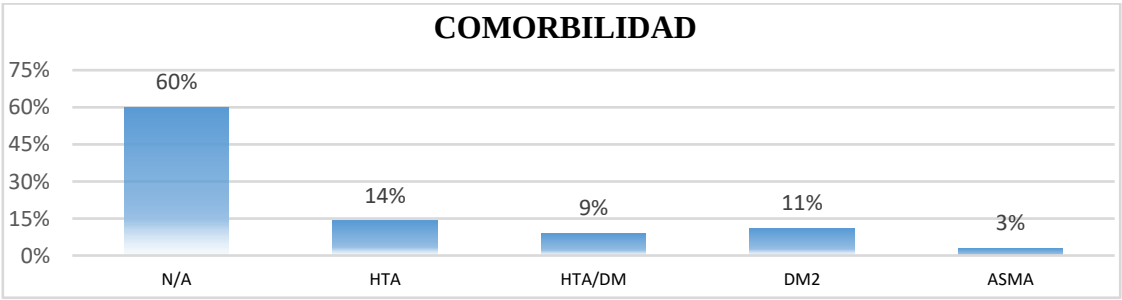

Gráfico 6. *Comorbilidad*

En el ítem 6, referido a la comorbilidad, el mayor porcentaje fue para indicar con un 60% para N/A; 14% para HTA, un 11% para DMA2, 9% para HTA/DM y un 3% ASMA, significando este resultado que prevalece el N/A o lo que es igual, la paciente no posee ningún antecedente.

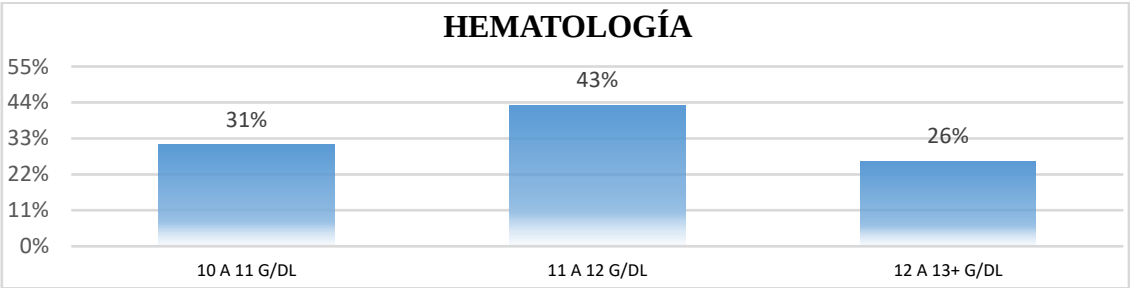

Grafico7. *Hematología*

Este aspecto que se corresponde con la hematología es de significativa relevancia en pacientes para una histerectomía abdominal ya que permite conocer al cirujano si existen afecciones que pueden afectar la cirugía, en el caso de las pacientes ya abordadas quirúrgicamente el 43% de las pacientes presentaron un valor entre 11 a 12 g/dl el cual es favorable, mientras un 31%, presento entre 10 y 11 g/dl, y finalmente un porcentaje del 26% ubicado entre 12 a 13+ g/dl, demostrando que estas pacientes presentan valores propicios para la intervención quirúrgica.

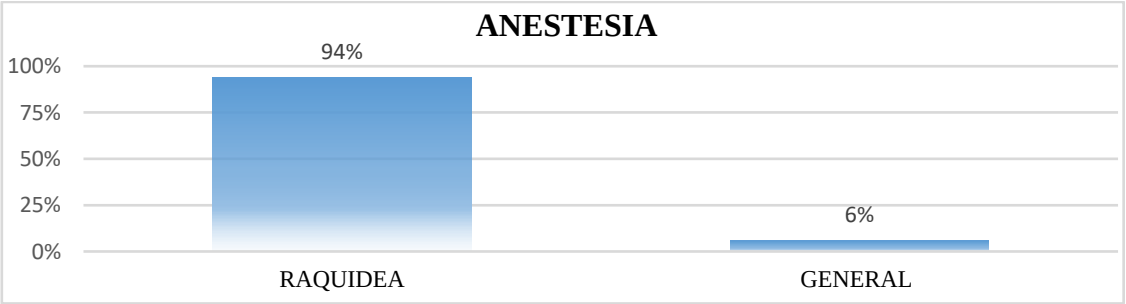

Gráfico 8. *Anestesia*

El ítem 8; específica la anestesia, el mayor resultado fue el que indica la raquídea con 94%, mientras el 6%, indico anestesia general, con estos resultados se ´puede interpretar que la anestesia raquídea existe menor morbilidad y mortalidad, además permite una recuperación más rápida y con menos complicaciones en las pacientes.

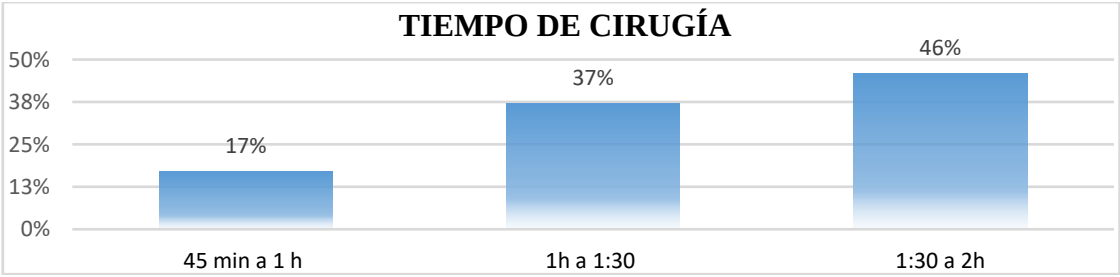

Gráfico 9. *Tiempo de Cirugía*

En el ítem 9, fue abordado el tiempo de la cirugía la cual obtuvo como valor más alto del 46% para el tiempo de cirugía de 1.30 hora a 2 horas, lo cual significa que la mayoría de las pacientes fueron intervenidas en ese lapso de tiempo. Por lo tanto, estos valores están inmersos dentro del rango del tiempo promedio, donde el cirujano es el encargado de realizar la mayor parte del procedimiento por medio de la realización de pequeñas incisiones abdominales con instrumentos quirúrgicos largos y delgados que se insertan a través de dichas incisiones.

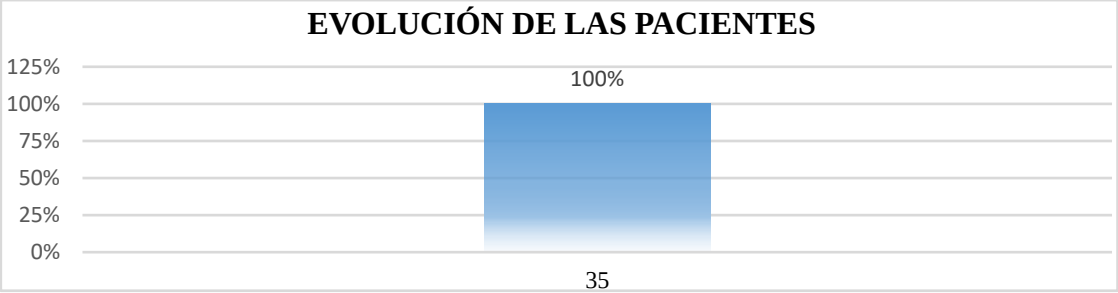

Gráfico 10. *Evolución de las pacientes*

En el ítem 10, el 100% de las pacientes presentaron una evolución satisfactoria, ello permitió proceder al alta precoz en el posoperatorio. Por consiguiente, se pudo medir el nivel de satisfacción del procedimiento al cumplir con todos los estándares establecidos sin dificultad técnica durante el acto quirúrgico.

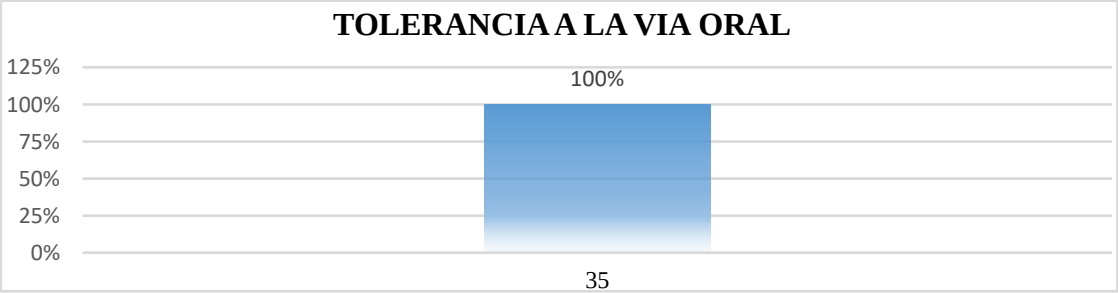

Gráfico 11. *Tolerancia a la vía oral*

Los resultados indican que el 100% de las pacientes evaluadas mostraron tolerancia oral dentro de las primeras horas del postoperatorio, lo cual es un criterio esencial para el alta temprana.

Este dato refleja un éxito completo en cuanto a la tolerancia de la vía oral, lo que permite la implementación del protocolo de alta precoz en este grupo de pacientes. La capacidad de tolerar alimentos y líquidos es crucial, ya que indica la reanudación de la función digestiva y es un buen predictor de la recuperación postoperatoria. Estos resultados respaldan la idea de que la histerectomía abdominal total, con el manejo adecuado del dolor y el control postoperatorio.

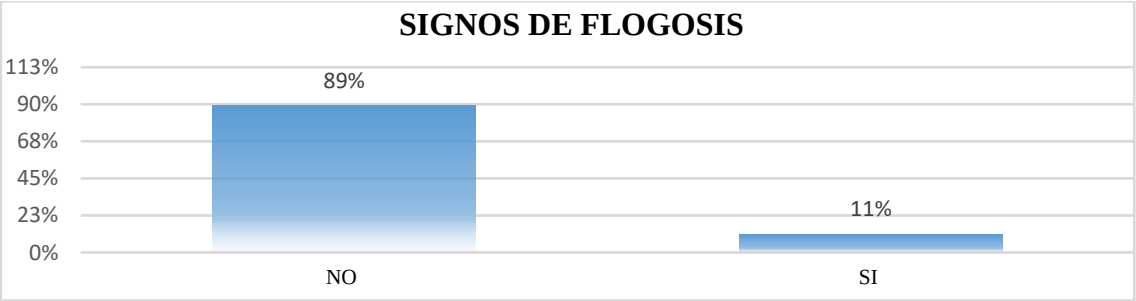

Gráfico 12. *Signos de flogosis*

En el ítem 12, el 89% de las pacientes con histerectomía abdominal, no presentaron signos de flogosis o lo que es igual, no hubo en ninguna de las muestras alteración patológica en una parte cualquiera del organismo, caracterizada normalmente por aumento de calor, dolor, enrojecimiento e hinchazón.

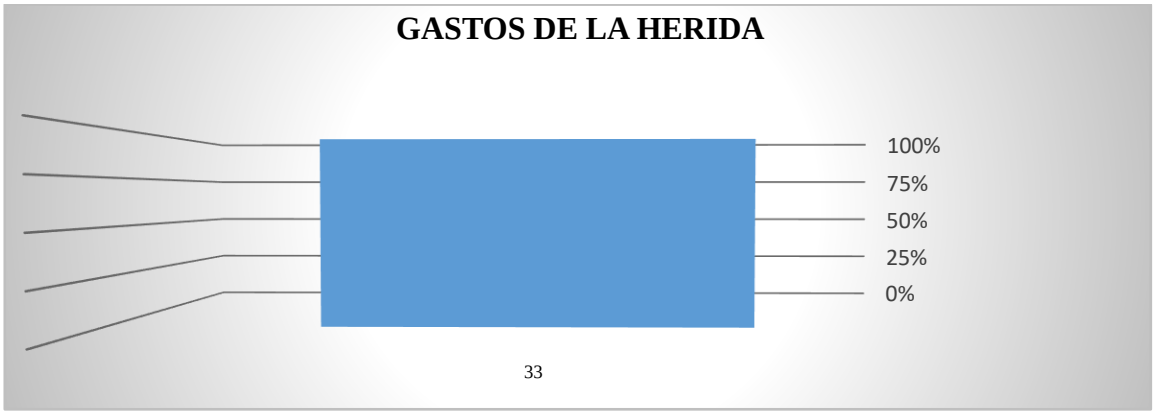

Gráfico 13. *Sin Gastos de la herida*

En el ítem 13, el 94% de las pacientes no presentaron gastos de la herida, lo que permite proponer a la histerectomía abdominal como práctica de elección cuando esta es posible de realizar, debido a que se asocia a un menor número de complicaciones, costos más bajos, menor estadía hospitalaria y menor morbilidad.

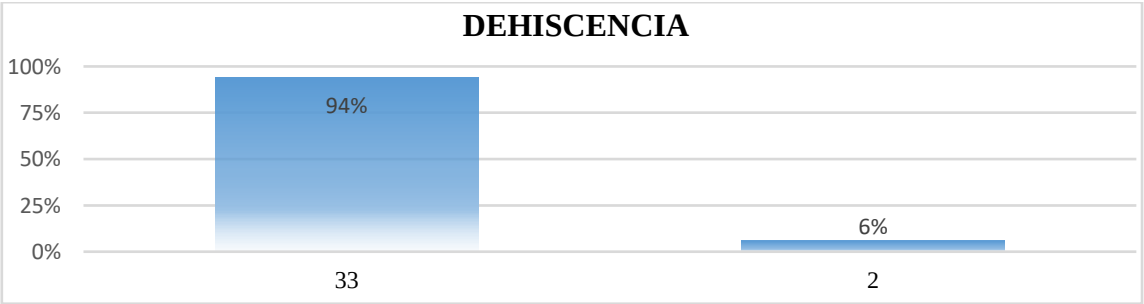

Gráfico 14. *Dehiscencia*

En el ítem 14 referido a la dehiscencia en la histerectomía abdominal, el 94% de pacientes no se observó desunión ni separación precoz de los bordes de la herida quirúrgica suturada, con exteriorización o sin ella del contenido de la cavidad abdominal, mientras un 6% está referido en la historia que si se presentó.

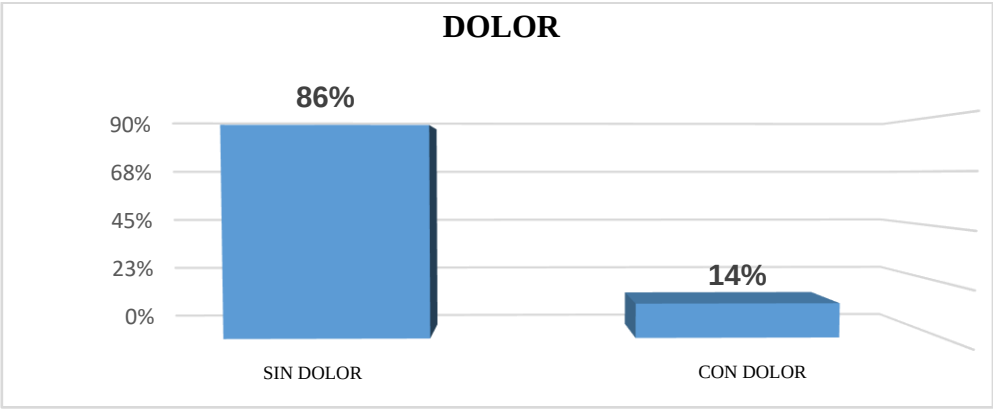

Gráfico 15. *Dolor*

En el ítem 15, el dolor en el alta precoz, el 86% las pacientes refieren que en el posoperatorio no presentaron dolor, mientras el 14% si lo presento. Estos resultados permiten establecer debido a que la histerectomía implica la manipulación de tejidos y órganos abdominales, puede causar molestias abdominales y sensación de hinchazón.

DISCUSIÓN

El análisis de los resultados obtenidos permite una mejor comprensión de la efectividad del protocolo de alta precoz en pacientes sometidas a histerectomía abdominal total. A continuación, se interpretan los principales hallazgos de acuerdo con los objetivos específicos planteados en el estudio.

Al identificar los criterios clínicos y quirúrgicos para la implementación del protocolo de alta precoz. Los resultados muestran que las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes, como la edad, el diagnóstico preoperatorio y el IMC, tienen una influencia significativa en la posibilidad de ser incluidas en el protocolo de alta precoz.

Los pacientes con edades comprendidas entre los 30 y 50 años, un IMC menor de 30 y que presentaban miomatosis uterina como diagnóstico primario, cumplieron en mayor medida con los criterios para el alta precoz sin complicaciones postoperatorias significativas. Edad: Las pacientes más jóvenes mostraron una mayor capacidad de recuperación postoperatoria y menor incidencia de complicaciones.

Esto concuerda con estudios previos, como los de Smith et al. (2020), quienes encontraron que las pacientes menores de 50 años tienen un riesgo menor de complicaciones postquirúrgicas cuando se implementa un alta precoz. Comorbilidades: La presencia de comorbilidades como la hipertensión y la diabetes influyó negativamente en el cumplimiento del protocolo de alta precoz. Las pacientes con estas condiciones necesitaron mayor monitoreo postoperatorio y tuvieron una estancia hospitalaria prolongada, lo que refuerza la importancia de un manejo preoperatorio adecuado en este tipo de pacientes.

En cuanto a los criterios quirúrgicos, se observó que el tipo de anestesia utilizada y el tiempo quirúrgico fueron factores determinantes. Las pacientes que recibieron anestesia regional y cuyas cirugías no superaron las dos horas presentaron una recuperación más rápida y una menor incidencia de complicaciones.

Establecer las condiciones preoperatorias e intraoperatorias para el alta precoz. Las condiciones preoperatorias resultaron ser uno de los factores clave en el éxito del alta precoz. Las pacientes con buen estado nutricional, sin antecedentes de comorbilidades graves y con una hemoglobina mayor a 10 g/dL, tuvieron una evolución postoperatoria más favorable.

Estado nutricional: Se observó que las pacientes con un IMC dentro de los rangos normales y sin deficiencias nutricionales mostraron una mejor cicatrización y una recuperación más rápida. Esto coincide con los hallazgos de Lee et al. (2019), quienes afirman que el estado nutricional es un predictor importante en la recuperación postoperatoria.

Clasificación ASA: Las pacientes clasificadas como ASA I o II tuvieron un mayor porcentaje de alta precoz sin complicaciones, lo que reafirma la importancia de la evaluación preoperatoria para asegurar que el protocolo pueda implementarse de manera segura. Las pacientes ASA III, por otro lado, presentaron una mayor probabilidad de complicaciones, lo que las excluyó del protocolo en la mayoría de los casos.

En cuanto a las condiciones intraoperatorias, el uso de técnicas quirúrgicas menos invasivas y la utilización de anestesia regional redujeron significativamente la necesidad de estancia hospitalaria prolongada. Esto coincide con estudios internacionales que sugieren que la reducción en el uso de anestesia general y los enfoques quirúrgicos menos invasivos favorecen una recuperación más rápida y segura (Jones et al., 2021).

Analizar los factores postoperatorios que influyen en el éxito del manejo ambulatorio. El análisis de los factores postoperatorios mostró que las pacientes que cumplieron con los criterios para un manejo ambulatorio tuvieron una recuperación más rápida, con menos complicaciones. Los signos inflamatorios (ausencia de fiebre, enrojecimiento y edema), el control adecuado del dolor y la tolerancia a la dieta fueron factores clave que permitieron el alta precoz.

Manejo del dolor: El manejo adecuado del dolor postoperatorio fue fundamental para que las pacientes pudieran ser dadas de alta de manera temprana. Las pacientes que recibieron una combinación de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y opioides presentaron un mayor control del dolor, lo que les permitió movilizarse y tolerar la dieta tempranamente, favoreciendo su recuperación en el hogar.

Signos de flogosis: La evaluación de los signos de inflamación en el sitio quirúrgico permitió identificar a las pacientes con mayor riesgo de complicaciones postoperatorias. Las pacientes sin signos de infección o inflamación fueron las que cumplieron con los criterios de alta precoz, reforzando la importancia de un monitoreo riguroso en las primeras horas postoperatorias.

En cuanto al seguimiento ambulatorio, las pacientes que recibieron un adecuado acompañamiento postoperatorio mediante llamadas telefónicas y visitas ambulatorias programadas presentaron menores tasas de reingreso hospitalario. Esto refuerza la necesidad de un protocolo robusto de seguimiento ambulatorio para asegurar el éxito del alta precoz.

Comparación con la Literatura

Los hallazgos del presente estudio concuerdan con la literatura internacional en cuanto a la viabilidad del alta precoz en cirugías ginecológicas mayores, como la histerectomía. Estudios como los de Brown et al. (2020) y Chen et al. (2018) han demostrado que, bajo condiciones adecuadas, el alta precoz es una estrategia segura y efectiva para optimizar los recursos hospitalarios y mejorar la satisfacción de las pacientes.

Sin embargo, en el contexto venezolano, los resultados también revelan la importancia de considerar las limitaciones en la infraestructura de salud y el acceso a recursos postoperatorios, como el seguimiento ambulatorio adecuado y el acceso a medicamentos. La implementación del protocolo de alta precoz debe ser cuidadosamente adaptada a las realidades locales para asegurar su éxito.

En resumen, los resultados obtenidos en este estudio demuestran que el protocolo de alta precoz es viable y seguro en un grupo seleccionado de pacientes sometidas a histerectomía abdominal total. Sin embargo, el éxito de su implementación depende en gran medida de una adecuada selección preoperatoria, un monitoreo intraoperatorio riguroso y un manejo postoperatorio que incluya seguimiento ambulatorio y control efectivo del dolor. Estos hallazgos proporcionan una base sólida para la continuación del protocolo en el Hospital Médico Quirúrgico Doctor Ricardo Baquero González y sugieren que, con los ajustes adecuados, podría replicarse en otros centros hospitalarios con condiciones similares.

CONCLUSIONES

1. Los resultados muestran que las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes, como la edad, el diagnóstico preoperatorio y el IMC, tienen una influencia significativa en la posibilidad de ser incluidas en el protocolo de alta precoz.
2. Las pacientes con buen estado nutricional, sin antecedentes de comorbilidades graves y con una hemoglobina mayor a 10 g/dL, tuvieron una evolución postoperatoria más favorable.
3. Los signos vitales, el control adecuado del dolor, deambulación temprana y la tolerancia a la dieta fueron factores clave que permitieron el alta precoz.

Recomendaciones

1. Ampliar el Protocolo de Alta Precoz a Otras Cirugías Ginecológicas. Dado que los resultados del protocolo de alta precoz en histerectomía abdominal total han demostrado ser efectivos en un grupo seleccionado de pacientes, se recomienda ampliar este protocolo a otras cirugías ginecológicas que tengan características similares en cuanto a tiempo quirúrgico, manejo del dolor y recuperación postoperatoria, tales como la miomectomía y la cirugía laparoscópica ginecológica.
2. Implementar un Programa de Seguimiento Postoperatorio Ambulatorio Estructurado. Establecer un programa de seguimiento ambulatorio estructurado para todas las pacientes que sean dadas de alta de manera precoz. Este programa debe incluir visitas médicas programadas a los 3, 7 y 15 días postoperatorios, llamadas telefónicas de seguimiento dentro de las primeras 48 horas, y acceso a una línea de atención de emergencias en caso de complicaciones.
3. Capacitar al Personal de Salud en el Manejo del Protocolo de Alta Precoz. Se recomienda la creación de un programa de capacitación continua para el personal médico y de enfermería, enfocado en el manejo integral del protocolo de alta precoz en histerectomía abdominal total. La capacitación debe incluir el manejo del dolor postoperatorio, el monitoreo de signos vitales, la identificación temprana de complicaciones, y la educación a las pacientes sobre los cuidados postoperatorios en el hogar.
4. Estandarizar los Criterios Clínicos para la Alta Precoz. Se recomienda desarrollar una guía clínica estandarizada que incluya criterios específicos para seleccionar a las pacientes candidatas para alta precoz. Estos criterios deben incluir parámetros como edad, comorbilidades, IMC, clasificación ASA, y estado postoperatorio. Además, se debe realizar una evaluación preoperatoria rigurosa para asegurar que las pacientes cumplan con los criterios necesarios antes de la cirugía.
5. Fortalecer la Educación Preoperatoria a las Pacientes. Implementar un programa de educación preoperatoria para las pacientes que serán sometidas a histerectomía abdominal total y que serán candidatas a alta precoz. Este programa debe incluir información sobre el protocolo de alta precoz, las expectativas postoperatorias, la importancia del cumplimiento de las indicaciones médicas y las señales de alarma a las que deben estar atentas durante la recuperación en el hogar.
6. Integrar el Protocolo de Alta Precoz en la Gestión Hospitalaria para Optimizar Recursos. Se recomienda que el protocolo de alta precoz se integre de manera oficial en la gestión hospitalaria como parte de las

estrategias para optimizar el uso de camas hospitalarias, quirófanos y personal médico. Esto implica la inclusión del protocolo en los planes de manejo de recursos, lo que permitirá al hospital atender un mayor número de pacientes sin comprometer la calidad de la atención.

7. Realizar Estudios de Seguimiento a Largo Plazo. Se recomienda la realización de estudios longitudinales de seguimiento a largo plazo para evaluar los efectos del alta precoz en la calidad de vida de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total. Estos estudios deben incluir variables como la reincidencia de complicaciones, la satisfacción general de las pacientes y la efectividad del manejo ambulatorio.
8. Desarrollar Estrategias de Apoyo Psicológico para Pacientes Dadas de Alta Precozmente. Se recomienda implementar un programa de apoyo psicológico para las pacientes que son dadas de alta precozmente. Este programa debe ofrecer orientación emocional y asesoramiento sobre cómo enfrentar la recuperación en casa, especialmente en casos donde las pacientes experimenten ansiedad o inseguridad sobre su estado postoperatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agüero, O. (2000). Histerectomías obstétricas en hospital privado. *Revista Obstétrica Ginecológica Venezolana, 60*(4).

AniKama, K. (2020). *Complicaciones postquirúrgicas de las histerectomías transvaginales y abdominales en los hospitales nacionales de Chimaltenango y Cuilapa, Santa Rosa en el período de enero 2019 a diciembre 2020* (Trabajo de especialización). Universidad San Martín de Porres.

Arias, F. (2015). *El proyecto de investigación*. Editorial Episteme.

Ávalos, J. (2014). *El método científico aplicado en la elaboración de tesis para optar el título profesional de ingeniero químico* (Informe final). Universidad Nacional del Callao.

Averette, H. E., Nguyen, H. N., Donato, D. M., Peñalver, M. A., Sevin, B. U., & Estape, R. (1993). Radical hysterectomy for invasive cervical cancer. *Cancer*.

Balestrini, M. (2014). *Cómo se elabora el proyecto de investigación* (10.ª ed.). Consultores Asociados.

Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa* (2.ª ed.). La Muralla.

Borg Debono, V., Zhang, S., Ye, C., Paul, J., Arya, A., Hurlburt, L., et al. (2012). The quality of reporting of RCTs used within a postoperative pain management meta-analysis, using the CONSORT statement. *BMC Anesthesiology*. https://doi.org/10.1186/1471-2253-12-13

Brenda, G., & Zusanne, C. (2012). *Enfermería médico-quirúrgica* (10.ª ed.). McGraw-Hill.

Carpio, L., & Garnique, M. (2009). Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 55*, 266–272.

Cedrés de Bello, S. (1998). Consideraciones arquitectónicas en el diseño de una clínica oncológica. *Tribuna del Investigador*.

Christiansen, U., Kurse, A., & Olesen, P. (2019). Outpatient vs inpatient total laparoscopic hysterectomy: A randomized controlled trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 98*(11), 1420–1428.

Clarke-Pearson, L., & Geller, J. (2013). Complicaciones de la histerectomía. *American College of Obstetricians and Gynecologists*.

Cohen, N., & Gómez, G. (2019). *Metodología de la investigación: ¿Para qué?* Teseo.

Colmenares, C., Santana, N., Márquez, G., & Guerra, L. (2003). Factores de riesgo asociados a complicaciones infecciosas en pacientes sometidas a histerectomía. *Revista Ciencias de la Salud, 1*(1), 31–44.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial N.º 36.860.

Dedden, S., Geomini, P., & Huirne, J. (2017). Vaginal and laparoscopic hysterectomy as an outpatient procedure: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 216*, 212–223.

Devereaux, P., Chan, M., Alonso-Coello, P., Walsh, M., Berwanger, O., Villar, J. C., et al. (2012). Association between postoperative troponin levels and 30-day mortality among patients undergoing noncardiac surgery. *JAMA*.

Dolivet, E., Foulon, A., & Simonet, T. (2020). Feasibility of minimally invasive outpatient hysterectomy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 252*, 412–417.

Dos Santos, M. (2022). *Histerectomía radical en el tratamiento del cáncer de cuello uterino* (Trabajo de grado). Universidad Central de Venezuela.

Espinosa, A. (2014). *Histerectomía obstétrica de emergencia: prevalencia, morbilidad y mortalidad materna* (Tesis). Universidad Autónoma de México.

Espinoza, F. H., & Estrada Cervantes, R. (2021). La metodología del aprendizaje basado en la investigación. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 5*(1), 1079–1093.

Farquar, M., & Steiner, A. (2002). Hysterectomy rates in the US 1990–1997. *Obstetrics & Gynecology, 99*, 229–234.

García, M., & Romero, R. (2018). Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.

Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2015). *Metodología de la investigación* (4.ª ed.). McGraw-Hill.

Hoffman, B. (2014). *Williams ginecología* (2.ª ed.). McGraw-Hill.

Johnson, N., Barlow, D., Lethaby, A., Tavender, E., Curr, L., & Garry, R. (2005). Methods of hysterectomy: systematic review. *BMJ, 330*, 1478.

Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento*. McGraw-Hill.

Laza, A. (2009). *Guía de cuidados en cirugía mayor ambulatoria*. ARAN.

López, J. (2000). Histerectomías abdominales: influencia del material de sutura. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, 27*(2), 41–67.

Manríquez, V., Naser, M., & Gómez, M. (2013). Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 78*(6), 432–435.

Manzano, B., & Tomé, M. (2016). *Investigación en la práctica docente*. Ediciones Nobel.

MedlinePlus. (2018). Cuidado de las heridas quirúrgicas cerradas. https://medlineplus.gov

Monzón, O., Rendón, G. J., Echeverri, L., & Pareja, R. (2013). Complicaciones asociadas a histerectomía radical. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 64*(1).

Nieboer, E., Johnson, N., Lethaby, A., Tavender, E., Curr, E., & Garry, R. (2010). Surgical approach to hysterectomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003677.

Ortiz, J. (2020). *Complicaciones postquirúrgicas de las histerectomías* (Trabajo de grado). Universidad de San Carlos de Guatemala.

Palella, S., & Martins, F. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa* (3.ª ed.). Fedupel.

Prescott, L. S., Yunker, A. C., & Alvarez, R. (2022). Gynecologic surgery. En *Sabiston textbook of surgery* (21.ª ed.). Elsevier.

Ruiz, R., & López, M. (2016). Factores de riesgo de infección del sitio quirúrgico. *Metas de Enfermería, 19*(6), 14–20.

Schwartz, S. (2005). *Principios de cirugía* (8.ª ed.). McGraw-Hill.

Smeltzer, S. C., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2012). *Tratado de enfermería médico-quirúrgica*. McGraw-Hill.

Vessey, M. P., Villard, L., McPherson, K., Coulter, A., & Yeates, D. (1992). The epidemiology of hysterectomy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 99*, 402–407.

Weber, A. M., & Lee, J. C. (1988). Use of alternatives to hysterectomy. *New England Journal of Medicine, 335*, 483–489.

Zekan, N., Oyelese, Y., Goodwin, K., Colin, C., Sinai, I., & Queenan, J. (2003). Total versus subtotal hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

DERECHOS DE AUTOR

Tejada Alejo, H. J., Germán Castro, C. E., Gómez Espinola, E. E., Morillo Gonzalez, W. M., & Belisario, J. A. (2026)

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0, que permite su uso sin restricciones, su distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que no se haga con fines comerciales y el trabajo original sea fielmente citado.

El texto final, datos, expresiones, opiniones y apreciaciones contenidas en esta publicación es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la revista.