

INSIGHTS · NÚMERO 08 · 18 DE OCTUBRE DE 2026

Ginecología de mínima invasión: primero, la evaluación

Incisiones pequeñas, una estancia hospitalaria corta, un regreso más rápido a la vida normal: la cirugía ginecológica de mínima invasión tiene ventajas reales. Pero el abordaje solo es tan bueno como el diagnóstico que lo respalda. Este número explica cómo se evalúan las condiciones ginecológicas, qué puede y qué no puede hacer cada abordaje de mínima invasión, cuándo importa el diagnóstico por tejido y cómo planear la recuperación y el viaje.

Solo con fines educativos. No es consejo médico. One Stop Cabo Health es un servicio de concierge médico, no un hospital. La atención clínica la brindan médicos con licencia.

Evaluación antes del procedimiento

La evaluación ginecológica empieza con sus antecedentes: sus síntomas, el patrón de sus periodos menstruales, embarazos y cirugías previas, los medicamentos que toma y si desea embarazarse en el futuro. El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos) recomienda una exploración física que incluya una exploración pélvica, y [análisis de laboratorio](#) cuando ayudan; por ejemplo, una biometría hemática completa (CBC, por sus siglas en inglés) para detectar anemia cuando el sangrado es abundante.

El ultrasonido pélvico es central en las guías del ACOG sobre miomas, quistes de ovario y endometriosis. Muestra el útero y los ovarios, y el ACOG señala que, en el caso de los quistes de ovario, muestra la forma, el tamaño y la ubicación del quiste, y si es sólido o está lleno de líquido. Para la endometriosis, el ACOG describe el ultrasonido transvaginal como el mejor estudio de imagen.

La [resonancia magnética \(RM\)](#) tiene un papel más limitado. El ACOG señala que rara vez se necesita una RM para evaluar los miomas, pero que puede necesitarse para encontrar endometriosis más profunda en la pelvis o fuera de ella. El estudio correcto depende de la pregunta que se quiere responder.

Cuándo los síntomas ginecológicos no deben esperar un viaje

El ACOG aconseja buscar atención médica de urgencia de inmediato si usted cambia toallas sanitarias o tampones cada hora durante más de 2 horas seguidas y además tiene dolor de pecho, falta de aire, o sensación de desmayo o mareo. El ACOG también señala que un ovario torcido puede causar un dolor que empieza de repente, y que un quiste que sangra o se rompe puede causar un dolor repentino e intenso. Síntomas como estos requieren atención donde usted esté, no un plan de viaje.

Condiciones comunes, en términos generales

Miomas uterinos

Los miomas son crecimientos benignos (no cancerosos) del músculo del útero. El ACOG los describe como el tipo de crecimiento más común que se encuentra en la pelvis, y son más frecuentes en mujeres de 30 a 40 años. Pueden causar periodos abundantes o dolorosos, presión y dolor, o ningún síntoma. El ACOG señala que los miomas pequeños, los que no causan síntomas o los que aparecen cerca de la menopausia a menudo no requieren tratamiento.

Endometriosis

En la endometriosis, un tejido parecido al revestimiento del útero crece fuera del útero. El ACOG estima que alrededor de 1 de cada 10 mujeres en edad reproductiva la desarrolla. El síntoma más común es el dolor pélvico crónico, y el ACOG señala que la intensidad del dolor no siempre corresponde a qué tan extensa es la condición. La cirugía (laparoscopia diagnóstica) es la única forma de confirmarla, pero el ACOG señala que no es obligatoria antes de empezar un tratamiento con medicamentos.

Sangrado uterino anormal

El sangrado entre periodos, después de las relaciones sexuales o después de la menopausia, y los periodos que duran más de 7 días, están entre los patrones que el ACOG considera anormales. Las causas van desde problemas de ovulación, miomas y pólipos hasta trastornos de la coagulación y medicamentos, y el ACOG señala que el sangrado anormal puede ser una señal temprana de cáncer de endometrio. Por eso se busca la causa antes de elegir un tratamiento.

Quistes de ovario

El ACOG señala que los quistes de ovario son muy comunes, que la mayoría son benignos y que muchos desaparecen por sí solos. La vigilancia con ultrasonidos de control suele ser el primer paso. Se puede recomendar cirugía si un quiste es muy grande, causa síntomas o si se sospecha cáncer.

Abordajes de mínima invasión, con sus límites reales

El ACOG considera de mínima invasión los procedimientos vaginales y laparoscópicos porque no requieren una incisión abdominal grande, y por lo general se asocian con una estancia hospitalaria y una recuperación más cortas que la cirugía abdominal abierta. Cada abordaje funciona en algunas situaciones y no en otras.

Cirugía vaginal

Para la histerectomía por condiciones benignas, el ACOG establece que el abordaje vaginal es el preferido entre los abordajes de mínima invasión siempre que sea factible. No es factible para todas las pacientes; el tamaño y la forma del útero y de la vagina, y la extensión de la enfermedad, influyen.

Cirugía laparoscópica

La laparoscopia usa una cámara delgada con luz e instrumentos que se introducen por incisiones pequeñas en el abdomen. El ACOG describe la histerectomía laparoscópica como una alternativa preferible a la cirugía abierta cuando la histerectomía vaginal no está indicada o no es factible. La laparoscopia también es la forma de confirmar la endometriosis y de extirpar muchos quistes de ovario.

Cirugía asistida por robot

La cirugía asistida por robot es una forma de laparoscopia en la que el cirujano controla los instrumentos desde una consola. La U.S. Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.) señala que el dispositivo en realidad no es un robot, porque no puede operar sin el control humano directo, y que puede no ser adecuado en todas las situaciones. La FDA invita a los pacientes a conversar con su médico sobre los riesgos y beneficios, y a preguntar por la capacitación y la experiencia del cirujano. También señala que no ha autorizado ninguno de estos dispositivos específicamente para prevenir o tratar el cáncer.

Cirugía histeroscópica

La histeroscopia introduce un instrumento delgado por la vagina y el cuello uterino para ver y tratar el interior del útero, sin incisión abdominal. El ACOG señala que puede extirpar miomas que sobresalen hacia la cavidad uterina y que normalmente no se necesita pasar la noche en el hospital, pero no puede extirpar miomas que están en la profundidad de la pared del útero.

La cirugía abdominal abierta sigue siendo una opción importante para algunas pacientes. El ACOG enumera los factores que influyen en la elección: el tamaño y la forma del útero y de la vagina, el acceso al útero, la enfermedad fuera del útero, otros procedimientos necesarios al mismo tiempo, la capacitación y la experiencia del cirujano, los recursos disponibles y la preferencia de la paciente informada.

Cuándo importa el diagnóstico por tejido

A veces el diagnóstico depende de una muestra de tejido examinada al microscopio. Para el sangrado anormal, el ACOG incluye la biopsia de endometrio (una muestra del revestimiento del útero) entre los estudios que pueden necesitarse, según sus síntomas y su edad.

El tejido también importa durante la cirugía. Para extraer un mioma grande o el útero por incisiones pequeñas, a veces los cirujanos cortan el tejido en fragmentos, un paso llamado morcelación. La FDA estima que un sarcoma uterino oculto, un tipo de cáncer, puede estar presente en alrededor de 1 de cada 225 a 1 de cada 580 mujeres que se operan por miomas, y que no hay una forma confiable de saberlo antes de la cirugía. La FDA recomienda no usar la morcelación eléctrica laparoscópica en mujeres con cáncer sospechado o confirmado ni en mujeres mayores de 50 años que se operan por miomas, y la recomienda solo en mujeres seleccionadas adecuadamente y solo con un sistema de contención de tejido.

En el caso de los quistes de ovario, el ACOG señala que, si se sospecha cáncer, es importante extirpar el quiste intacto, y que a veces la cirugía abierta es la única forma de lograrlo. Son preguntas que conviene hacer antes de fijar la fecha, no después.

Las opciones sin cirugía también forman parte de la conversación

La cirugía no es el único camino. Según la condición, el ACOG describe la vigilancia, medicamentos hormonales y no hormonales, un dispositivo intrauterino (DIU) hormonal y procedimientos que no extirpan el útero, como la embolización de las arterias uterinas para los miomas. Los medicamentos pueden reducir el sangrado abundante y el dolor, aunque el ACOG señala que quizá no eviten que los miomas crezcan y que el dolor de la endometriosis a menudo regresa cuando se suspenden. Qué opción conviene, y si se necesita cirugía o no, es una decisión entre usted y sus médicos después de la evaluación.

Recuperación y planeación del viaje

Una estancia hospitalaria corta no es lo mismo que estar lista para volar. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) incluyen una cirugía reciente, y el uso de anticonceptivos con estrógeno o de terapia de reemplazo hormonal, entre los factores que aumentan el riesgo de coágulos de sangre durante un viaje. Su cirujano debe definir cuándo puede volar de regreso según su propio riesgo.

Los CDC recomiendan consultar a su propio profesional de la salud o a un especialista en medicina del viajero al menos 4 a 6 semanas antes de un viaje médico. [Una evaluación prequirúrgica](#) antes de la fecha del procedimiento confirma que usted está [lista para la anestesia y la recuperación](#), y un [plan por escrito](#) debe incluir las consultas de seguimiento, los límites de actividad y el regreso a casa.

Si está en Canadá y espera ver a un ginecólogo

En la encuesta a médicos Waiting Your Turn 2025 del Fraser Institute, la espera mediana nacional en ginecología, desde la referencia del médico familiar hasta el tratamiento, fue de 40.6 semanas: 25.0 semanas para ver a un ginecólogo y 15.6 semanas desde esa consulta hasta el tratamiento.

Traiga su carta de referencia, los reportes de ultrasonido y de otros estudios de imagen, y cualquier resultado de biopsia que ya tenga. Una revisión por especialista puede indicarle si se necesitan más

estudios, y el plan por escrito debe regresar a su médico familiar.

Si está en Estados Unidos con una recomendación en la mano

Quizá ya tenga un diagnóstico y un procedimiento recomendado. Antes de programarlo lejos de casa, es razonable preguntar: ¿Qué abordaje se planea y por qué? ¿Se necesita primero un diagnóstico por tejido? ¿Se va a morcelar el tejido y, de ser así, cómo se va a contener? Comparta sus estudios de imagen, sus reportes de biopsia y de patología, y las notas quirúrgicas de cualquier cirugía previa, para que la revisión empiece con lo que ya se sabe.

Una fecha de procedimiento no es un diagnóstico

Un plan que empieza con un procedimiento ya reservado responde una pregunta antes de que se haya planteado por completo. Un plan ginecológico que valga el viaje empieza con los antecedentes, la exploración física y el estudio de imagen correcto (y un diagnóstico por tejido cuando importa), y después decide si conviene la vigilancia, los medicamentos, un procedimiento que conserve el útero o la cirugía.

Expedientes para los médicos en casa

Los CDC recomiendan llevar copias de su expediente médico y obtener copias de todos sus expedientes antes de regresar a casa (traducidos al inglés si hace falta), y organizar la atención de seguimiento antes de viajar. Para una cirugía ginecológica, un paquete útil incluye los reportes de imagen, cualquier biopsia y el reporte final de patología, el reporte quirúrgico (el abordaje usado, y si el tejido se morceló y se contuvo), las indicaciones de alta, la lista de medicamentos y el plan de seguimiento.

Dónde encaja un concierge médico

One Stop Cabo Health es un servicio de concierge médico, no un hospital. Los médicos con licencia toman todas las decisiones clínicas. Nuestro papel es hacernos cargo de la secuencia: un concierge dedicado que coordina la evaluación ginecológica, los estudios de imagen y de laboratorio, la evaluación prequirúrgica, un procedimiento solo si está indicado, el reporte de patología y los expedientes que viajan a casa con usted, en instalaciones hospitalarias privadas de primer nivel en Los Cabos, en un solo itinerario y con un solo punto de contacto.

Primero el diagnóstico, también en ginecología

Esta serie empezó con una idea: un diagnóstico claro va antes que un plan de tratamiento. El número 01 planteó esa idea, y el número 02 explicó para qué sirve la evaluación prequirúrgica. En ginecología, donde los síntomas se parecen entre sí y algunas respuestas solo llegan a partir del tejido, esa idea importa tanto como en cualquier otro campo.

Primero el diagnóstico: por qué un plan claro es mejor que “esperar a ver”

Antes del quirófano: para qué sirve la evaluación prequirúrgica

Cirugía ginecológica que coordinamos

Resonancia magnética en Los Cabos

Comparta sus reportes, y sus preguntas.

Iniciar un caso confidencial

Evaluación prequirúrgica

contact@onestopcabohealth.com · Respuesta normalmente el mismo día

Preguntas frecuentes

¿Qué hace que una cirugía ginecológica sea “de mínima invasión”?

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos) considera de mínima invasión los procedimientos vaginales y laparoscópicos porque no requieren una incisión abdominal grande. La cirugía asistida por robot es una forma de laparoscopia, y la histeroscopia se realiza a través de la vagina y el cuello uterino. Por lo general, estos abordajes se asocian con una estancia hospitalaria y una recuperación más cortas que la cirugía abdominal abierta.

¿La cirugía asistida por robot es mejor que la laparoscopia estándar?

No necesariamente. La U.S. Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.) describe los dispositivos asistidos por robot como herramientas que el cirujano controla directamente y señala que pueden no ser adecuados en todas las situaciones. La FDA invita a los pacientes a conversar sobre los riesgos y beneficios de todas las opciones y a preguntar por la capacitación y la experiencia del cirujano con el dispositivo.

¿Qué es la morcelación eléctrica y por qué importa?

La morcelación eléctrica corta el tejido en fragmentos para poder extraerlo por incisiones pequeñas. La U.S. Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.) estima que un sarcoma uterino oculto puede estar presente en alrededor de 1 de cada 225 a 1 de cada 580 mujeres que se operan por miomas, y recomienda la morcelación solo en mujeres seleccionadas adecuadamente y solo con un sistema de contención de tejido.

¿Los miomas siempre necesitan cirugía?

No. El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos) señala que los miomas pequeños, los que no causan síntomas o los que aparecen cerca de la menopausia a menudo no requieren tratamiento. Cuando se necesita tratamiento, las opciones incluyen medicamentos, procedimientos que conservan el útero y cirugía, y se eligen según los síntomas, el tamaño, la ubicación y sus planes de embarazo.

¿Cómo empiezo un caso de ginecología con One Stop Cabo Health?

Escriba a contact@onestopcabohealth.com o inicie un caso confidencial en la página de contacto con una descripción de sus síntomas y cualquier reporte de ultrasonido, resonancia magnética (RM), biopsia o patología. Un concierge normalmente le responde el mismo día. Médicos con licencia revisan su caso y deciden qué evaluación es adecuada, y después se entrega un plan por escrito.

FUENTES

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease. Committee Opinion No. 701 (June 2017). <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/06/choosing-the-route-of-hysterectomy-for-benign-disease>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Uterine Fibroids (FAQ074; last reviewed December 2025). <https://www.acog.org/womens-health/faqs/uterine-fibroids>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometriosis (FAQ013; last updated August 2026). <https://www.acog.org/womens-health/faqs/endometriosis>
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Abnormal Uterine Bleeding (FAQ095; last reviewed August 2025). <https://www.acog.org/womens-health/faqs/abnormal-uterine-bleeding>
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Ovarian Cysts (FAQ075; last reviewed July 2025). <https://www.acog.org/womens-health/faqs/ovarian-cysts>
6. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Power Morcellation During Gynecologic Laparoscopic Surgeries. <https://www.fda.gov/medical-devices/surgery-devices/laparoscopic-power-morcellators>
7. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Computer-Assisted Surgical Systems. <https://www.fda.gov/medical-devices/surgery-devices/computer-assisted-surgical-systems>
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Travelers' Health. Blood Clots During Travel. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/dvt>
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Travelers' Health. Medical Tourism: Travel to Another Country for Medical Care. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/medical-tourism>
10. Moir M, Esmail N. Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2025 Report. Fraser Institute (December 9, 2025), Tables 2–4. <https://www.fraserinstitute.org/studies/waiting-your-turn-wait-times-for-health-care-in-canada-2025>

¿Lista para empezar por la evaluación?

Cuéntenos sobre sus síntomas y comparta cualquier reporte de ultrasonido, estudio de imagen, biopsia o patología que ya tenga. Un concierge dedicado le responde, normalmente el mismo día.

Iniciar un caso confidencial · Evaluación prequirúrgica en Los Cabos

Resonancia magnética en Los Cabos

contact@onestopcabohealth.com

Plaza Koral Center, Km 24.5, Los Cabos, B.C.S.

Versión en línea · <https://www.onestopcabohealth.com/insights/minimally-invasive-gynecology>