



UDS

Mi Universidad

SUPER NOTA

NOMBRE DEL ALUMNO: ALEXIS GONZÁLEZ GONZÁLEZ.

NOMBRE DEL TEMA: TÉCNICA DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y TÉCNICA DE HISTERECTOMÍA VAGINAL.

PARCIAL: 4TO.

NOMBRE DE LA MATERIA: ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICO II.

NOMBRE DEL PROFESOR: CECILIA DE LA CRUZ SÁNCHEZ.

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: ENFERMERÍA.

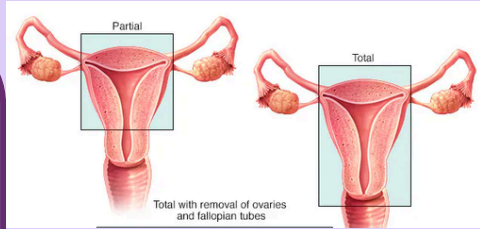
CUATRIMESTRE: 6º.

FECHA DE ELABORACIÓN: PICHUCALCO CHIAPAS, A 21 DE JULIO DE 2025.

TÉCNICA DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

CONCEPTO

La histerectomía abdominal es una operación que permite extirpar el útero a través de un corte en la parte inferior del vientre, también denominado abdomen. Este tipo de cirugía se conoce como procedimiento abierto. El útero, también llamado matriz, es el lugar donde crece el bebé cuando una persona está embarazada. En una histerectomía parcial, se extirpa el útero, pero se deja el cuello de la matriz. El cuello de la matriz se conoce como cuello del útero. En una histerectomía total, se extirpa el útero y el cuello del útero.



INDICACIONES

La histerectomía abdominal está indicada en los siguientes casos:

- Miomas uterinos grandes, sintomáticos o con crecimiento rápido.
- Sangrado uterino anormal que no responde a tratamiento médico o conservador.
- Cáncer de cuello uterino, endometrio, ovario o útero.
- Endometriosis severa no controlada.
- Prolapso uterino con compromiso de órganos pélvicos.
- Adenomiosis sintomática.
- Dolor pélvico crónico de causa uterina.
- Absceso tubo-ovárico o infección pélvica severa en mujeres que no desean conservar la fertilidad.



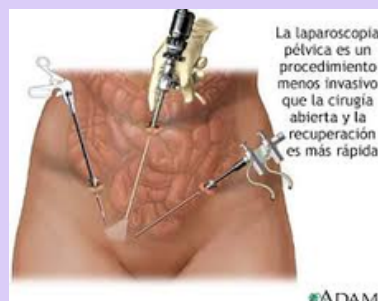
CONTRAINDICACIONES

Contraindicaciones absolutas:

- Infección activa severa (pélvica o sistémica).
- Paciente en estado crítico o con condiciones graves no controladas (ej. sepsis, coagulopatías).
- Imposibilidad técnica por condiciones anatómicas extremas sin recursos adecuados.

Contraindicaciones relativas:

- Deseo de fertilidad.
- Trastornos psiquiátricos no estabilizados.
- Cirugías pélvicas previas con múltiples adherencias (requiere evaluación individual).
- Obesidad mórbida sin manejo integral.



EQUIPO Y MATERIAL

Equipamiento general:

- Mesa quirúrgica con soporte pélvico.
- Lámparas quirúrgicas.
- Monitores de signos vitales.
- Electrocoagulador (bisturí eléctrico).
- Aspirador quirúrgico.
- Calentador de fluidos.



TÉCNICA DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

EQUIPO Y MATERIAL

Material quirúrgico:

Material estéril:

- Campos quirúrgicos.
- Guantes, gorros, batas.
- Gasas, compresas.
- Solución antiséptica (yodopovidona, clorhexidina).

Instrumental básico ginecológico:

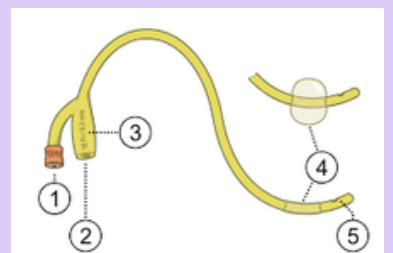
- Tijeras de Metzembraum, Mayo.
- Pinzas Allis, Kocher, Crile, Kelly, Pozzi.
- Portaagujas.
- Separadores Balfour, Deaver, Richardson.
- Drenaje Penrose o tubular.

Suturas:

- Reabsorbibles: Catgut, Vicryl (para músculos, fascia, peritoneo).
- No reabsorbibles: Nylon, Prolene (piel).

Otros:

- Sonda vesical Foley.
- Jeringas, agujas, soluciones IV.
- Medicación anestésica y antibiótica profiláctica.



TÉCNICA QUIRÚRGICA PASO A PASO

Etapas principales de una histerectomía abdominal total:

1. Preparación del paciente:

- Asepsia y antisepsia en región abdominal y perineal.
- Colocación de sonda Foley y venoclisis.
- Anestesia general o regional.



2. Incisión:

- Incisión transversal tipo Pfannenstiel (en línea del bikini) o incisión media infraumbilical.



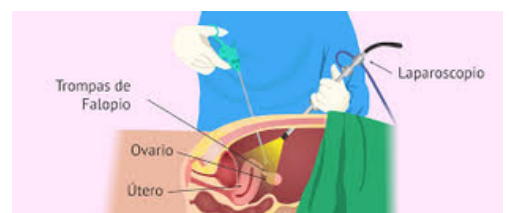
3. Acceso a cavidad abdominal:

- Disección por planos: piel, tejido celular subcutáneo, fascia, músculos rectos y peritoneo.
- Exposición de los órganos pélvicos.



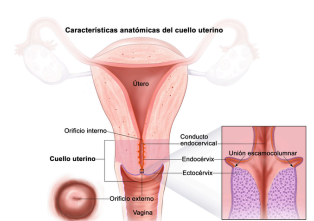
4. Identificación y exposición del útero:

- Tracción del útero hacia arriba.
- Separación de asas intestinales y vejiga.



5. Ligadura de estructuras:

- Seccionamiento y ligadura de:
 - Ligamentos redondos.
 - Trompas de Falopio y ovarios (si se extirpan).
 - Ligamentos anchos.
 - Vasos uterinos (en la base del útero).



6. Desprendimiento del útero:

- Se separa el útero del cuello uterino.
- En caso de histerectomía total, se secciona el cérvix.

7. Extracción:

- Se retira el útero por la incisión abdominal.



8. Hemostasia y revisión:

- Se verifica sangrado en los pedículos.
- Se revisan intestinos, vejiga y fondo de saco.



9. Cierre por planos:

- Cierre del peritoneo, músculos, fascia, tejido subcutáneo y piel con suturas.

10. Drenaje (si es necesario):

- Se coloca drenaje en Douglas o cavidad si hubo sangrado o exudado.

TÉCNICA DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

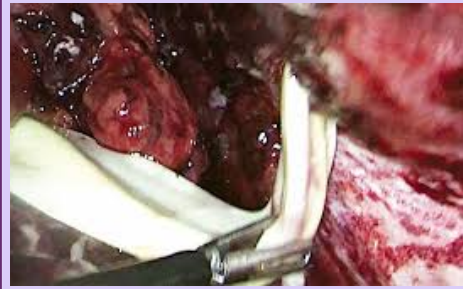
COMPLICACIONES

● Intraoperatorias:

- Hemorragia masiva.
- Lesión de vejiga o uréter.
- Lesión intestinal o rectal.
- Reacciones anestésicas.

! Postoperatorias:

- Infección de la herida quirúrgica o abscesos pélvicos.
- Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar.
- Retención urinaria o incontinencia.
- Fístula vesicovaginal o rectovaginal.
- Adherencias intestinales (ileoparalítico).
- Dolor pélvico crónico.
- Síntomas climatéricos si se extraen los ovarios (bochornos, sequedad vaginal).



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

● Fase Preoperatoria:

- Confirmar estudios de laboratorio: biometría hemática, TP, TTP, EGO, pruebas cruzadas.
- Verificar ayuno 6–8 horas.
- Afeitado del área abdominal y genital si se indica.
- Valoración psicológica: apoyo emocional ante pérdida de fertilidad o cambios hormonales.
- Colocación de venoclisis, administración de antibiótico profiláctico si lo indica el médico.
- Supervisar la preparación intestinal (en algunos casos).
- Educación sobre el procedimiento, cuidados posteriores y movilidad.



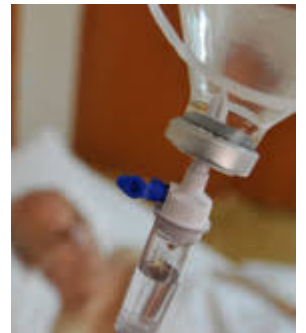
● Fase Transoperatoria:

- Ayudar en la colocación del paciente (posición supina).
- Monitorear constantes vitales.
- Preparar campos quirúrgicos y materiales estériles.
- Registrar inicio y fin del procedimiento.
- Control de pérdidas hemáticas.



● Fase Postoperatoria inmediata:

- Vigilar signos vitales cada 15–30 minutos (durante las primeras 2 horas).
- Valorar dolor, administrar analgesia prescrita.
- Control de la herida quirúrgica (sangrado, enrojecimiento, secreción).
- Mantener venoclisis y control de líquidos.
- Vigilancia de la diuresis (control con sonda vesical).
- Iniciar deambulación temprana a las 24 h (prevención de TVP).
- Ayuno mínimo por 8–12 horas, posteriormente líquidos claros si hay peristalsis.



● Fase Postoperatoria tardía:

- Educación sobre cuidado de la herida y signos de alarma (fiebre, sangrado, dolor persistente).
- Vigilar funcionamiento intestinal y urinario.
- Mantener higiene adecuada.
- Explicar restricciones físicas (evitar cargar objetos pesados por 6 semanas).
- Fomentar expresión emocional, sobre todo en pacientes con pérdida de función reproductiva.
- Programar citas de control postoperatorio.



TÉCNICA DE HISTERECTOMÍA VAGINAL

CONCEPTO

La histerectomía vaginal es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se extirpa el útero a través de la vagina, sin necesidad de incisión abdominal.

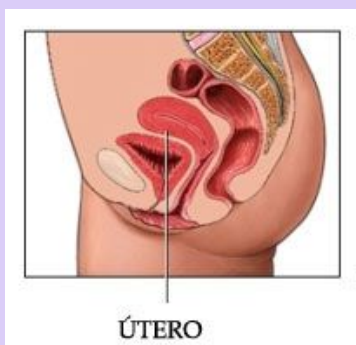
La histerectomía vaginal es un procedimiento quirúrgico para extirpar el útero a través de la vagina.

Durante la histerectomía vaginal, el cirujano separa el útero de los ovarios, las trompas de Falopio y la parte superior de la vagina, así como de los vasos sanguíneos y el tejido conectivo que lo soporta. Luego, el cirujano extirpa el útero.

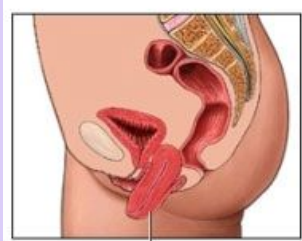


INDICACIONES

- Prolapso uterino.
- Miomatosis uterina (fibromas) sintomática y no muy voluminosa.
- Sangrados uterinos anormales crónicos refractarios al tratamiento médico.
- Adenomiosis.
- Hiperplasia endometrial atípica (sin sospecha de cáncer).
- Endometriosis localizada.
- Dolor pélvico crónico con útero patológico.
- Patologías benignas uterinas en mujeres que ya no desean fertilidad.



ÚTERO



PROLAPSO UTERINO

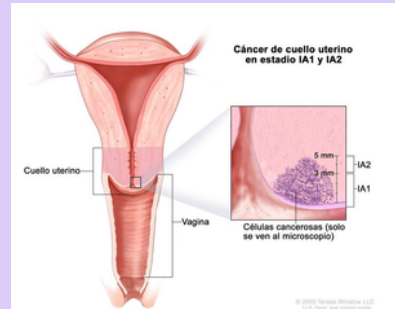
CONTRAINDICACIONES

Absolutas:

- Cáncer cervical invasor o de endometrio (en general requiere abordaje abdominal).
- Infección activa pélvica.

Relativas:

- Útero demasiado grande o fijo por adherencias.
- Cirugías previas abdominales/pélvicas con riesgo de adherencias.
- Sospecha de patología maligna.
- Alteraciones anatómicas que dificulten el acceso vaginal.



EQUIPO Y MATERIAL

Instrumental quirúrgico básico:

- Separadores vaginales (Auvard, Breisky-Navratil).
- Especulo de Sims y valvas.
- Pinzas de Allis y tenacillas de Martin.
- Tijeras quirúrgicas (Metzenbaum, Mayo).
- Pinzas de disección y Kocher.
- Portaagujas.
- Bisturí con hoja No. 10 o 15.
- Aspirador quirúrgico.

Suturas:

- Catgut crómico o Vicryl 1-0 o 2-0 para ligaduras y cierre vaginal.

Otros materiales:

- Campos estériles.
- Gasas y compresas.
- Guantes estériles.
- Sonda Foley.
- Solución antiséptica (povidona o clorhexidina).
- Equipo de anestesia general/regional.
- Aspirador quirúrgico.
- Medicación anestésica y antibiótica profiláctica.



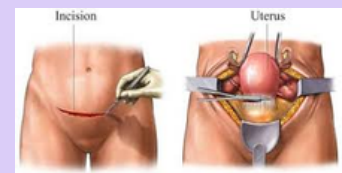
Compresas Estériles



TÉCNICA DE HISTERECTOMÍA VAGINAL

TÉCNICA DESCRITA PASO A PASO:

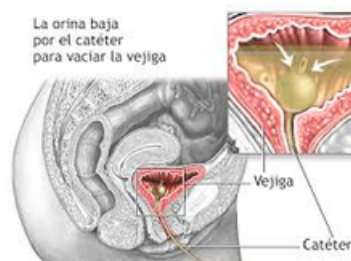
1. **Preparación:** Posición de litotomía, asepsia y antisepsia. Colocación de sonda Foley y campos quirúrgicos.
2. **Infiltración:** Infiltración local con anestésico si se realiza bajo anestesia regional.
3. **Tracción uterina:** Colocación de pinzas de Allis en el cérvix para traccionar hacia abajo.
4. **Colpotomía anterior:** Incisión de la mucosa vaginal anterior y disección del espacio vesicovaginal (se separa la vejiga del útero).
5. **Colpotomía posterior:** Incisión de la mucosa vaginal posterior y apertura del fondo de saco de Douglas.
6. **Ligadura de vasos:** Ligadura y sección de los ligamentos uterosacros, cardinales, y vasos uterinos de manera progresiva.
7. **Extirpación del útero:** Se tracciona el útero y se seccionan los ligamentos útero-ováricos o infundibulopélvicos si se extirpan los anexos.
8. **Revisión de sangrado:** Control hemostático exhaustivo.
9. **Cierre del muñón vaginal:** Se realiza sutura continua o por puntos separados.
10. **Revisión final:** Revisión de hemostasia, colocación de gasa vaginal si es necesario, y retiro de instrumental.



COMPLICACIONES

Intraoperatorias:

- Hemorragia.
- Lesión de vejiga o uretra.
- Lesión de uréteres.
- Lesión rectal o intestinal.



Postoperatorias:

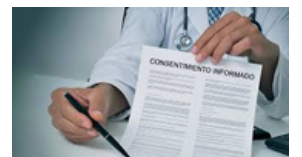
- Infección de herida o de tracto urinario.
- Fístulas urinarias o rectovaginales.
- Hematomas pélvicos.
- Trombosis venosa profunda.
- Dolor crónico pélvico.
- Prolapso de cúpula vaginal (a largo plazo).



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A. Cuidados Preoperatorios:

- Valoración preanestésica.
- Exámenes prequirúrgicos (biometría, EKG, coagulación, etc.).
- Ayuno mínimo de 6-8 horas.
- Rasurado perineal si se indica.
- Explicar el procedimiento y obtener consentimiento informado.
- Colocar vía venosa periférica.
- Administración de antibiótico profiláctico según protocolo.



B. Cuidados Transoperatorios:

- Monitorización continua de signos vitales.
- Posicionamiento adecuado (evitar lesiones por presión).
- Control de pérdidas hemáticas.
- Apoyo al equipo quirúrgico en la instrumentación.
- Mantener técnica aséptica en todo momento.



C. Cuidados Postoperatorios:

- Vigilancia de signos vitales (cada 15-30 min primeras 2 horas).
- Control del sangrado vaginal.
- Observación de signos de infección.
- Retiro de sonda Foley según indicación (generalmente en 24 h).
- Control del dolor con analgésicos.
- Fomentar movilización temprana para evitar trombosis.
- Educación al alta: evitar esfuerzos, relaciones sexuales y baños de inmersión por 4-6 semanas.



FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. <https://revista.scu.org.uy/index.php/congresos/article/download/5570/5319/9052>.
2. <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/abdominal-hysterectomy/about/pac-20384559#dialogId713972>.
3. <http://i.administracion20152021.guerrero.gob.mx/uploads/2017/11/25.GPC-Indicaciones-y-Contraindicaciones-de-la-Histerectom%C3%ADa-en-el-Segundo-Nivel-de-Atenci%C3%B3n-1.pdf>.
4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23635631/>.
5. <https://www.mayoclinic.org/es/testsprocedures/vaginalhysterectomy/about/pac-20384541>.
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554482/>.
7. <https://revistasuelopelvico.com/wp-content/uploads/2021/03/Suelo-Pelvico-12Supl-1.pdf>.
8. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002915.htm>.