



**UDS**

**Mi Universidad**

## **SUPER NOTA**

*Nombre de la alumna: Alondra Janeth Pérez Gutiérrez*

*Nombre del tema: Técnica de histerectomía abdominal y vaginal.*

*Parcial: 4°*

*Nombre de la materia: Enfermería Medico Quirúrgica.*

*Nombre de la maestra: Lic. Cecilia de la Cruz Sánchez*

*Nombre de la licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 6to*

*Pichucalco Chiapas a 26 de Julio del 2025*

# TÉCNICA DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL

## CONCEPTO

Es un procedimiento quirúrgico en el cual se extrae el útero a través de una incisión en el abdomen. Es una cirugía mayor que puede incluir la extirpación del cuello uterino, ovarios y trompas de Falopio, dependiendo de la razón de la cirugía.



## INDICACIONES

- **Sangrado vaginal anormal y severo:** Cuando el sangrado menstrual es muy abundante, prolongado y no responde a otros tratamientos.
- **Fibromas uterinos:** Tumores benignos del útero que causan dolor, sangrado abundante o presión sobre otros órganos.
- **Endometriosis:** Crecimiento de tejido endometrial fuera del útero, que puede causar dolor pélvico crónico.
- **Prolapso uterino:** Cuando el útero desciende de su posición normal hacia la vagina.
- **Cáncer ginecológico:** En el útero (endometrio), cuello uterino o los ovarios.
- **Enfermedades pélvicas crónicas:** Como la enfermedad inflamatoria pélvica severa que no mejora con otros tratamientos.
- **Cirugía reductora de riesgo:** En casos de mutaciones genéticas como BRCA1 o 2, o el síndrome de Lynch, para reducir el riesgo de cáncer.

## CONTRAINDICACIONES

- Útero grande
- Obesidad mórbida
- Endometriosis grave (el tejido que recubre el interior del útero crece fuera de él)
- Radiación pélvica
- Cirugías pélvicas previas con adherencias y distorsiones anatómicas.
- Movilidad uterina restringida
- Espacio vaginal limitado (vagina larga y estrecha)
- Historia clínica de la reparación de fistulas
- Conocido o sospechado cáncer ginecológico



## EQUIPO Y MATERIAL

- **Equipo y Material:**
- **General:**
- **Bisturí:** Para realizar la incisión y disecar tejidos.
- **Tijeras:** Para cortar tejidos y ligamentos.
- **Pinzas:** De diferentes tipos (hemostáticas, dissecting, etc.) para manipular y sujetar tejidos.
- **Retractores:** Para exponer el campo quirúrgico y facilitar la visión.
- **Suturas:** Material de sutura para cerrar incisiones y ligar tejidos.
  
- **Específico para histerectomía:**
- **Pinzas de histerectomía:** Con mandíbulas curvas para manipular tejidos y ligamentos dentro de la pelvis.
- **Retractores de ángulo recto de Heaney:** Para retraer tejidos y facilitar el acceso a estructuras pélvicas.
- **Electrocoagulación/LigaSure:** Para coagular vasos sanguíneos y evitar hemorragias.
- **Colpostato (opcional):** Instrumento para ayudar a identificar y abrir los fondos de saco vaginales.
  
- **Material adicional:**
- **Solución antiséptica:** Para limpiar la piel del paciente.
- **Gasas Y compresas:** Para absorber sangre y fluidos.
- **Sondas vesicales:** Para vaciar la vejiga y facilitar la visualización de la zona quirúrgica.
- **Drenajes:** Para drenar fluidos del abdomen si es necesario.
- **Material de sutura vaginal:** Para cerrar la cúpula vaginal.
- **Anestesia:** El procedimiento se realiza bajo anestesia general o regional.



# TÉCNICA DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL

- **Preparación**
  - **Se realizan los siguientes pasos:** Se recomienda una prueba de embarazo en mujeres en edad reproductiva antes de la cirugía, así como los niveles de hemoglobina o hematocrito preoperatorios y cualquier prueba de laboratorio adicional según lo indiquen las condiciones médicas de la paciente.
  - **Depilación púbica/vulvar:** Solo se deben usar tijeras o una maquinilla eléctrica si el vello cubre la zona intervenida. El afeitado puede aumentar el riesgo de infección de la herida o celulitis, por lo que debe evitarse.
  - **Profilaxis de la TVP:** Se deben colocar dispositivos de compresión secuencial y evaluar su correcto funcionamiento.
  - **Posicionamiento adecuado del paciente:** El paciente debe ser colocado en posición supina o de litotomía dorsal con ayuda de estribos tipo bota.
  - **Profilaxis antibiótica:** Se administra una dosis intravenosa única de 15 a 60 minutos antes de la incisión cutánea para prevenir la infección del sitio quirúrgico. Se debe administrar una segunda dosis en procedimientos que duren más de 3 horas o cuando se estime que la pérdida de sangre intraoperatoria es superior a 1500 ml. Las cefalosporinas son los antimicrobianos más utilizados y estudiados para la profilaxis en la histerectomía abdominal.
  - **Tiempo de espera:** Todo el personal debe tomarse un momento para una pausa antes de comenzar la cirugía, según el protocolo estándar del hospital, para verificar la información de identificación de la paciente, el tipo de operación, el equipo y el cirujano que realiza el procedimiento.
  - **Examen pélvico:** Se debe examinar a la paciente bajo anestesia para determinar el tamaño, la forma y la movilidad del útero, y para confirmar el mejor abordaje quirúrgico. El cirujano también puede evaluar la ubicación de la patología y caracterizar las estructuras pélvicas.
- 
- 
- **Preparación de la piel:**
  - **Pelvis:** Se introduce generosamente un exfoliante bacteriostático (betadine o clorhexidina) dentro de la vagina y se aplica sobre la piel con vello desde la sínfisis púbica, en dirección inferior, para cubrir todos los genitales externos femeninos.
  - **Abdominal:** Primero se limpia el ombligo con hisopos. Se aplica un exfoliante bactericida (clorhexidina con alcohol isopropílico) con movimientos circulares, comenzando en el ombligo y extendiéndose hacia afuera desde el apéndice xifoides hasta la parte anterior de los muslos y, bilateralmente, hasta la línea media axilar.
  - **Drapeado:** Se utilizan campos quirúrgicos estériles para cubrir al paciente y garantizar un campo estéril. Descompresión vesical: Se inserta una sonda Foley y se deja colocada durante el posoperatorio hasta que el paciente pueda caminar. Otras preparaciones a considerar en circunstancias especiales incluyen la preparación de sangre preservada en casos donde se prevea un sangrado abundante y la colocación de un stent urinario si existe un alto riesgo de lesión ureteral.

## TÉCNICA

- **Anestesia:** Se administra anestesia general o regional para asegurar que la paciente esté cómoda y no sienta dolor durante la cirugía.
- **Incisión:** Se realiza una incisión en el abdomen, generalmente horizontal (Pfannenstiel) o vertical (incisión media infraumbilical), dependiendo de la situación clínica.
- **Exposición y movilización:** Se exponen los órganos pélvicos, incluyendo el útero y los ligamentos que lo sujetan.
- **Ligadura y sección:** Se ligan y seccionan los vasos sanguíneos que irrigan el útero (arterias uterinas) y los ligamentos que lo sujetan (ligamentos cardinales, uterosacros, etc.).
- **Extirpación del útero:** Se extrae el útero (y posiblemente otros órganos) a través de la incisión abdominal.
- **Reconstrucción vaginal:** Se realiza la reconstrucción de la cúpula vaginal si se ha extirpado el cuello uterino, con el objetivo de mantener la estructura y función vaginal.
- **Laparotomía:** El acceso a la cavidad peritoneal se realiza mediante una incisión transversal baja o vertical media. Generalmente se prefiere la incisión transversal baja, aunque la incisión media se realiza generalmente si existe una enfermedad maligna o se requiere acceso al abdomen superior. Otros factores decisivos incluyen el tamaño del útero, las cicatrices quirúrgicas previas y la preferencia de la paciente, siempre que se garantice una exposición adecuada.



# TÉCNICA DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL

- **Retracción:** Con frecuencia se coloca un retractor autorretenedor en el abdomen y se compacta el intestino en sentido cefálico. La colocación del retractor debe realizarse con cuidado para evitar el atrapamiento intestinal y la lesión nerviosa en la pared pélvica.
- **Restaurar la anatomía normal:** una vez que se ingresa al peritoneo, el cirujano explorará la cavidad, evaluará la patología y realizará la lisis de las adherencias para liberar los órganos pélvicos y brindar una buena exposición de la pelvis.
- **Elevación uterina:** los ligamentos redondos y los ligamentos úteroováricos se pinzan bilateralmente en los cuernos para elevar el útero fuera de la pelvis.
- **División del ligamento redondo y acceso al espacio retroperitoneal:** La retracción lateral del útero facilita la identificación del ligamento redondo. El ligamento redondo derecho y la arteria de Sampson se ligan bilateralmente para exponer el espacio retroperitoneal y realizar una disección roma.
- **Reflexión vesical:** La incisión peritoneal se extiende transversalmente, distal a la reflexión vesical, y la vejiga se disecciona bruscamente alejándola del cuello uterino proximalmente en el plano vesicovaginal.
- **Exposición de las arterias ilíacas:** Una disección suave a través del retroperitoneo revelará las arterias ilíacas externas en la superficie medial del músculo psoas y debe extenderse superiormente hasta la bifurcación de las arterias ilíacas comunes, donde se observan los uréteres cruzando el borde pélvico. Las arterias ilíacas internas discurren paralelas a los uréteres hacia la pelvis profunda.
- **División de los vasos ováricos:** Esto se realiza solo si se extirpan quirúrgicamente los ovarios junto con el útero. Se realiza una abertura en el peritoneo medial, cefálicamente a los ovarios, bilateralmente, entre el uréter y los vasos ováricos. Los vasos se pinzan dos veces y se dividen entre las dos pinzas. Se ligan con sutura ambos pedículos y se libera el peritoneo posterior hacia los cuernos para permitir la suspensión del pedículo distal a la pinza cornual. Esto se realiza bilateralmente
- **Esqueletización de la arteria y vena uterinas:** La arteria uterina suele encontrarse inmediatamente adyacente al útero, a la altura del orificio cervical interno. La disección aguda del tejido areolar, alejándolo del útero, permite la exposición de los vasos y facilita el pinzamiento en la zona adyacente al útero. Esto se realiza bilateralmente. División de los vasos uterinos : Se pinzan los vasos perpendicularmente al útero a nivel del orificio cervical interno, se cortan y se ligan doblemente los pedículos, asegurando la hemostasia.
- **Esqueletización de la arteria y vena uterinas:** La arteria uterina suele encontrarse inmediatamente adyacente al útero, a la altura del orificio cervical interno. La disección aguda del tejido areolar, alejándolo del útero, permite la exposición de los vasos y facilita el pinzamiento en la zona adyacente al útero. Esto se realiza bilateralmente.
- **División de los vasos uterinos:** Se pinzan los vasos perpendicularmente al útero a nivel del orificio cervical interno, se cortan y se ligan doblemente los pedículos, asegurando la hemostasia.
- **Disección del recto:** si el recto está adherido al cuello uterino posterior o a la vagina, se disecciona bruscamente para separarlo del útero posterior.
- **División del ligamento ancho:** Una vez liberado el cuello uterino anterior y posteriormente, se aplica tensión superior al útero para una exposición más profunda. Se pinzan los ligamentos cardinales con pinzas rectas junto con el cuello uterino lateral. Se cortan los pedículos y se ligan con suturas. Esto se realiza en serie, incorporando los ligamentos uterosacros, hasta llegar a la unión cervicovaginal.
- **División de la vagina:** Se colocan una serie de pinzas a través de la vagina, debajo del cuello uterino, abarcando tanto la pared vaginal anterior como la posterior. A continuación, se divide la vagina por encima de las pinzas y por debajo del nivel del cuello uterino para liberar la pieza quirúrgica.
- **Cierre del manguito vaginal :** se colocan ligaduras de sutura en los ángulos, incorporando el ligamento uterosacro posteriormente para la suspensión del vértice vaginal y se coloca una sutura en forma de ocho en el medio del manguito para un cierre completo.
- **Examen final y cierre:** Se utiliza solución salina tibia para irrigar la pelvis y se inspecciona la hemostasia y las lesiones. Se confirman los recuentos quirúrgicos correctos y la cirugía se completa con el cierre de la incisión. Muchos cirujanos consideran innecesario cerrar el peritoneo abdominal. La fascia y la piel se reaproximan por separado para cerrar la incisión.



# TÉCNICA DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL

## COMPLICACIONES

- **Infección:** Riesgo de infección en el sitio quirúrgico, que puede requerir reingreso y aumento de la mortalidad.
- **Hemorragia:** Sangrado excesivo durante o después de la cirugía, que podría necesitar transfusiones de sangre.
- **Lesión de órganos:** Daño accidental a la vejiga, uréteres, intestino o vasos sanguíneos durante la cirugía, que podría requerir reparaciones adicionales.
- **Trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar:** Coágulos sanguíneos en las piernas o pulmones, especialmente en las primeras semanas después de la cirugía.
- **Reacciones a la anestesia:** Una mala reacción a los medicamentos anestésicos es un riesgo inherente a cualquier cirugía mayor.
- **Menopausia temprana:** Si se extirpan los ovarios, la menopausia puede iniciarse de forma inmediata, incluso en ausencia de una menopausia natural, y puede ser asociada con cambios de humor y aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- **Dolor crónico:** Un porcentaje de pacientes puede experimentar dolor crónico postoperatorio, especialmente después de histerectomías por laparotomía.
- **Lesión nerviosa:** Daño a nervios pélvicos o abdominales, como el nervio femoral, iliohipogástrico, ilioinguinal u obturador, que puede causar neuropatía, dolor o debilidad.
- **Prolapso vaginal apical:** En algunos casos, el manguito vaginal puede descender después de la histerectomía.

## CUIDADOS PREOPERATORIOS

- **Evaluación médica completa:** Se realizarán análisis de sangre, estudios de diagnóstico por imágenes (ecografías, resonancias magnéticas) y posiblemente biopsias para evaluar la condición de la paciente.
- **Historial médico:** Se revisará el historial médico de la paciente, incluyendo medicamentos actuales, alergias y cirugías previas.
- **Anestesia:** Se discutirá con la paciente el tipo de anestesia a utilizar (general o regional) y se le explicará el proceso.
- **Evaluación psicológica:** Se evaluará el estado emocional de la paciente para abordar cualquier preocupación o ansiedad relacionada con la cirugía.

## CUIDADOS TRANSOPERATORIOS



- **Cuidados Transoperatorios:**
- **Preparación:** Asegurar el ayuno preoperatorio de la paciente (generalmente 6-8 horas sin alimentos ni líquidos). Realizar rasurado de la zona púbica y abdominal si es necesario. Administrar anestesia general o local según la indicación médica.
- **Durante la cirugía:**
- Mantener un ambiente estéril en el campo quirúrgico.
- Monitorizar constantemente las constantes vitales de la paciente (presión arterial, frecuencia cardíaca, etc.).
- Utilizar técnicas de hemostasia adecuadas para minimizar el sangrado.
- Asegurar una buena visualización del campo quirúrgico mediante una iluminación adecuada.
- Mover la vejiga cuidadosamente para evitar lesionar los uréteres o la vejiga.
- Realizar la extirpación del útero y/o cuello uterino según la técnica quirúrgica indicada.
- Cerrar la incisión abdominal con suturas.

## CUIDADOS POSTOPERATORIOS

- Trasladar a la paciente a la sala de recuperación.
- Controlar el dolor con analgésicos según necesidad.
- Monitorizar la diuresis y la pérdida de sangre intraoperatoria.
- Iniciar la alimentación con líquidos y alimentos ligeros tan pronto como sea posible.
- Animar a la paciente a moverse y caminar poco después de la cirugía para prevenir complicaciones como trombosis.

# TÉCNICA DE HISTERECTOMIA VAGINAL

## CONCEPTO

Es un procedimiento quirúrgico para extirpar el útero a través de la vagina, sin necesidad de incisiones abdominales. Se realiza generalmente cuando el útero es de tamaño normal o ligeramente agrandado, y cuando no hay endometriosis o cicatrices pélvicas significativas.



## INDICACIONES

- **Prolapso uterino:** Cuando el útero desciende hacia la vagina debido a problemas de soporte pélvico.
- **Sangrado uterino anormal:** Incluyendo sangrado menstrual abundante y prolongado que no responde a tratamientos conservadores.
- **Fibromas uterinos y pólipos uterinos:** En casos sintomáticos.
- **Endometriosis:** Cuando causa dolor pélvico severo y no mejora con otros tratamientos.
- **Cáncer de útero o cuello uterino:** En algunas pacientes, especialmente en estadios tempranos y cuando la vía vaginal es la más adecuada.
- **Dolor pélvico crónico:** Que no responde a otras terapias.



## CONTRAINDICACIONES



- **Útero grande:** Un útero excesivamente grande (mayor de 280 gramos o equivalente a un embarazo de más de 12-20 semanas, aunque el límite puede variar según la habilidad quirúrgica) puede dificultar la extracción vaginal.
- **Espacio vaginal limitado:** Una vagina estrecha puede hacer que la cirugía sea difícil y aumenta el riesgo de complicaciones.
- **Movilidad uterina restringida:** Esto puede deberse a endometriosis severa (especialmente grado 4), antecedentes de cesáreas, cirugías abdominales previas o enfermedad inflamatoria pélvica, lo que aumenta la posibilidad de conversión a vía abdominal.
- **Neoplasias malignas genitales:** Cáncer de endometrio de células claras, seroso papilar de alto grado o avanzado, y cáncer de cuello uterino en estadios superiores a la 1 hasta ya no se consideran indicación para histerectomía vaginal radical.
- **Adherencias pélvicas graves:** Múltiples cirugías pélvicas previas pueden crear adherencias que dificultan el procedimiento y aumentan el riesgo de lesiones a otros órganos.
- **Atresia vaginal:** Es una condición donde la vagina es inexistente o muy rudimentaria, lo que imposibilita el abordaje vaginal.

## EQUIPO Y MATERIAL

- Tijeras Mayo largas y pesadas
- Espéculos vaginales cortos y largos con peso y hoja extra larga
- Retractores de ángulo recto de Heaney Tijeras Jorgenson
- Abrazaderas Allis largas
- Retractores Deaver.
- Un portaagujas largo
- Abrazaderas Heany Tenáculo de un solo diente
- Extensor de bovie
- Aparato de succión
- Un faro de neurocirugía
  
- Preparación
- Ginecólogo
- uroginecólogos
- Anestesiólogo
- Tecnólogo en anestesia
- Enfermeras asistentes quirúrgicos



# TÉCNICA DE HISTERECTOMIA VAGINAL

## PREPARACIÓN



- **Posicionamiento adecuado de la paciente:** La histerectomía vaginal generalmente se realiza con la paciente colocada en litotomía dorsal con la ayuda de estribos tipo bastón de caramelo o tipo bota.
- Aplicación de dispositivos de compresión secuencial o administración de anticoagulantes para la profilaxis de la tromboembolia venosa
- **Profilaxis antibiótica:** normalmente utilizamos cefazolina 1 a 2 g IV, administrada dentro de los 60 minutos posteriores a la incisión.
- El tiempo de espera (lista de verificación previa al procedimiento) siempre se realiza antes del comienzo de la cirugía para confirmar el paciente correcto, el tipo de operación, el equipo utilizado y el cirujano que realiza el procedimiento, según el protocolo estándar del hospital.
- Se examina a la paciente bajo anestesia para evaluar el tamaño, la forma y la movilidad del útero, así como los anexos y otras estructuras pélvicas.
- Se evalúa el grado de descenso del útero, el calibre de la pared vaginal y la presencia de prolapso de órganos pélvicos, cistocele y rectocele.
- El exfoliante Betadine se utiliza para la preparación vaginal antes del procedimiento.
- Se utiliza un campo quirúrgico estéril para cubrir al paciente y garantizar el entorno aséptico durante todo el procedimiento.

## TÉCNICA



- **Descompresión de la vejiga:** se utiliza un catéter Foley para drenar la orina.
- **Inyección de agentes vasoconstrictores:** Se inyecta vasopresina diluida (20 unidades en 100 ml de solución salina normal) circunferencialmente en los planos correspondientes de la unión cervicovaginal. El objetivo es la hemostasia y la hidrodissección.
- Se realiza una incisión circunferencial alrededor del cuello uterino en la intersección cervicovaginal utilizando un bisturí o diatermia.
- **Dissección y deflexión vesical, colpotomía anterior:** tras la incisión circunferencial, se sujeta y se levanta la cara anterior de la mucosa vaginal. Se realiza una dissección roma y aguda para separar la mucosa vaginal del estroma cervical. Se identifica el peritoneo y se accede a la cavidad peritoneal de forma aguda. A continuación, se coloca un retractor de ángulo recto o de Deaver en la cavidad peritoneal y se protege la vejiga.
- **Entrada al fondo de saco posterior:** Se sujeta el epitelio vaginal posterior por la incisión circunferencial previa con pinzas de Allis y se tiende hacia arriba. Se identifica el peritoneo y se accede con precisión con tijeras Mayo. Una vez abierta la cavidad peritoneal, se estira o se incide lateralmente la mucosa vaginal y se reinserta un espéculo vaginal con peso largo en la cavidad peritoneal.
- **Complejo de ligamentos uterosacros y cardinales:** los ligamentos uterosacros se palpan con el dedo índice. Se coloca el retractor de ángulo recto en la cara medial de la vagina para una exposición adecuada de este ligamento, que se pinza con una pinza de Heaney y se corta. Posteriormente, se sutura, y el extremo de la sutura se pinza y se guarda para una futura culdoplastia de McCall. De igual manera, se identifican, pinzan, cortan y ligan los ligamentos cardinales. Se debe tener cuidado al pinzar, ya que los uréteres están muy cerca de los ligamentos uterosacros. Las pinzas deben colocarse muy cerca del muñón cervical. Todas las pinzas deben incorporar tanto el peritoneo anterior como el posterior para evitar el sangrado de los vasos sanguíneos colaterales.
- **Vasos uterinos:** Se abre completamente la pinza de Heaney y se desliza fuera del cuello uterino, asegurándose de que toda la vasculatura quede incorporada a la pinza. Se cortan los vasos uterinos y se ligan con sutura. El autor no recomienda el punto de Heaney, ya que puede causar lesiones innecesarias al pedículo vascular y sangrado. Se observa un descenso uterino significativo después de la disección del vaso uterino.
- **Ligamento ancho:** Es un ligamento avascular compuesto principalmente por peritoneo y vasos sanguíneos menores. Este ligamento se pinza medialmente, se corta y se sutura.
- **Complejo útero-ovárico, complejo de ligamentos redondos y extremo cornual de la trompa de Falopio:** El pedículo superior y el último pueden pinzarse juntos o por separado. Si los pedículos son demasiado grandes, el ligamento redondo puede pinzarse individualmente. Dado que se trata de un pedículo grande, el autor recomienda pinzarlo dos veces y colocar dos suturas. Primero, se ata con sutura y luego se liga medialmente a la primera. Una vez cortados, ligados y fijados todos los ligamentos y vasos, se extrae el útero. Evalúe todos los pedículos en el sentido de las agujas del reloj para lograr una hemostasia adecuada.
- **Cierre del manguito y culdoplastia de McCall:** Dado que el vértice vaginal es el sitio más común de sangrado durante la histerectomía vaginal, generalmente lo cerramos con un método de cierre continuo y bloqueo para controlar el sangrado de los bordes vaginales.

# TÉCNICA DE HISTERECTOMIA VAGINAL



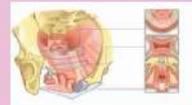
## COMPLICACIONES



- **Sangrado:** Es una de las complicaciones más comunes, pudiendo requerir transfusión sanguínea o incluso una laparotomía de emergencia.
- **Infección:** Puede manifestarse como infección del tracto urinario, celulitis del manguito o absceso pélvico, siendo la infección del tracto urinario la más frecuente y generalmente tratada con antibióticos.
- **Daño a órganos circundantes:** Las lesiones a la vejiga, uréter o intestino son posibles, aunque poco frecuentes. En algunos casos, estas lesiones pueden requerir corrección quirúrgica.
- **Coágulos sanguíneos:** La trombosis venosa profunda o la embolia pulmonar son complicaciones menos comunes pero graves.
- **Reacciones a la anestesia:** Como en cualquier cirugía, existen riesgos asociados a los medicamentos utilizados para la sedación.
- **Prolapso de la cúpula vaginal:** A largo plazo, puede presentarse el descenso de la cúpula vaginal, especialmente si no hay una correcta fijación durante la cirugía.
- **Lesiones nerviosas:** Aunque poco comunes, los nervios pueden verse afectados por los retractores o la posición de las piernas sobre los estribos.
- **Conversión a laparotomía:** En casos de complicaciones inesperadas como masas pélvicas grandes o hemorragias no controlables, puede ser necesario convertir el procedimiento a una histerectomía abdominal.

## CUIDADOS PREOPERATORIOS

- **Ayuno y Medicamentos:** No ingerir alimentos ni bebidas durante 6 a 8 horas antes de la cirugía. Informar al médico sobre todos los medicamentos que se están tomando.
- **Profilaxis Antibiótica:** Se administra profilaxis antibiótica para prevenir infecciones, usualmente antes de la incisión quirúrgica.
- **Pruebas y Evaluaciones:** Se pueden realizar pruebas como papanicolaou, biopsia endometrial, ecografía pélvica, análisis de sangre, resonancia magnética pélvica o tomografía computarizada para evaluar el estado de salud general y descartar patologías.
- **Lavado y Limpieza:** Lavado de la zona genital el día anterior y limpieza vaginal y vaciamiento de la vejiga en el quirófano.
- **Posicionamiento:** La paciente se coloca en posición de litotomía (boca arriba con las piernas elevadas y apoyadas en estribos) para acceder a la vagina. Las nalgas deben sobresalir del borde de la mesa.
- **Preparación del campo:** Se afeitara la parte inferior del abdomen y el perineo, y se limpiará con una solución antiséptica, según el protocolo de la Clínica Sagrado Corazón. Es posible que se tape el recto con una esponja antiséptica.



## CUIDADOS TRANSOPERATORIOS

- Preparación de la paciente:
  - Lavado y limpieza vaginal, así como vaciamiento de la vejiga en el quirófano.
  - Profilaxis antibiótica y heparina de bajo peso molecular para prevenir infecciones y tromboembolismo.
- Posicionamiento de la paciente:
  - Generalmente se realiza en decúbito supino, con las nalgas sobresaliendo del borde de la mesa, en posición de litotomía.
  - Se utilizan estribos (tipo bastón de caramelo o tipo bota) para mantener las piernas en la posición adecuada.
- Evaluación preoperatoria bajo anestesia:
  - Se evalúa el tamaño, la forma y la movilidad del útero, así como los anexos y otras estructuras pélvicas.
  - Se valora el grado de descenso del útero y la presencia de prolapsos (cistocele, rectocele).

# TÉCNICA DE HISTERECTOMIA VAGINAL

## CUIDADOS POSTOPERATORIOS

- **Reposo y actividad:** Se recomienda reposo relativo y evitar esfuerzos físicos intensos durante al menos 6 semanas, incluyendo levantar objetos pesados y realizar ejercicios bruscos. Se puede iniciar actividad física gradualmente, como pasear, según la tolerancia individual.
- **Higiene:** Es fundamental mantener una buena higiene de la zona vaginal, con duchas diarias y lavado con agua y jabón después de cada deposición. Se deben evitar los baños en tina, duchas vaginales y el uso de tampones durante las primeras semanas.
- **Alimentación:** Se recomienda una dieta rica en fibra para prevenir el estreñimiento, incluyendo frutas, verduras y legumbres.
- **Relaciones sexuales:** Es importante abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que el médico lo autorice, generalmente después de 6 a 8 semanas, y después de una revisión médica.
- **Seguimiento médico:** Se debe acudir a las revisiones médicas programadas para evaluar la cicatrización de la herida quirúrgica y retirar los puntos si es necesario.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hysterectomy-92-P09291>

<https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/abdominal-hysterectomy/about/pac-20384559>

[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/static-page/down\\_bethesda.html](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/static-page/down_bethesda.html)

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002915.htm>

<https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/vaginal-hysterectomy/about/pac-20384541>

<https://aulaginecologia.com/wp-content/uploads/2021/04/40p.-HTV-pacientes.pdf>

<https://www.operarme.es/blog/postoperatorio-de-la-operacion-de-histerectomia/>

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X1995000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1995000100003)

[https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/\(442\)/art3.pdf](https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/(442)/art3.pdf)

<https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-puntos-clave-histerectomia-radical-tipo-X1665920110004360>

<https://es.slideshare.net/slideshow/histerectomia-total-abdominal-tecnica-quirrgica/74723366>