



NOMBRE DEL ALUMNA: YAZURI
GUADALUPE ALVAREZ GARCIA

NOMBRE DEL TEMA: TÉCNICA DE
HISTEROTOMÍA ABDOMINAL Y
VAGINAL

NOMBRE DEL MAESTRO: CECILIA DE LA
CRUZ SANCHEZ

NOMBRE DE LA MATERIA: MÉDICO
QUIRÚRGICO

PARCIAL: 4°

CUATRIMESTRE : 6°

LICENCIATURA : ENFERMERÍA

ELABORACIÓN: PICHUCALCO, CHIAPAS; 24 DE JULIO DEL
2025

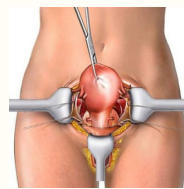
○ TÉCNICA DE HISTEROTOMÍA ○ ABDOMINAL

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.

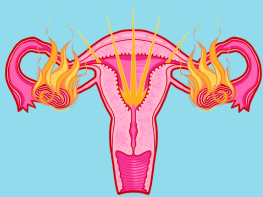
Este tipo de cirugía se conoce como procedimiento abierto.

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.

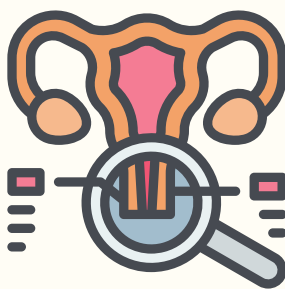


○ INDICACIONES ○

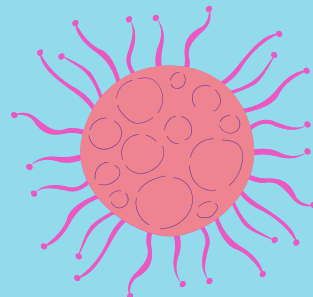
- Infecciones severas crónicas (enfermedad inflamatoria pélvica)
- Inflamación severa del revestimiento interno del útero (endometritis)



- Tumores en el útero
- Fibrosis uterina, cáncer de endometrio
- Prolapso uterino



- Cáncer cervicouterino, cáncer de ovario
- Sangrado vaginal severo y prolongado (crónico)



○ 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 fístulas
- Conocido o sospechado cáncer ginecológico

○ EQUIPO Y MATERIAL ○

• Equipo y Material:

• General:

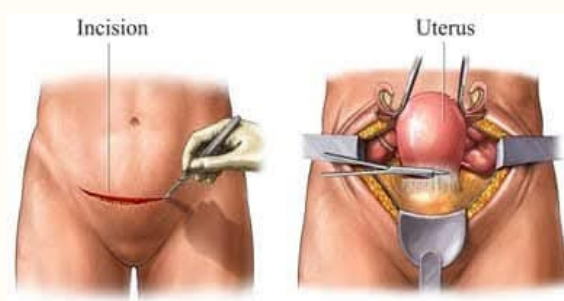
- **Bisturí:** Para realizar la incisión y disecar tejidos.
- **Tijeras:** Para cortar tejidos y ligamentos.
- **Pinzas:** De diferentes tipos (hemostáticas, dissecting, etc.) para manipular y sujetar tejidos.
- **Retractores:** Para exponer el campo quirúrgico y facilitar la visión.
- **Suturas:** Material 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.



- **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 DE HISTEROTOMÍA ABDOMINAL

- **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.
- **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 útero-ováricos 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.
- **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 reapproximan por separado para cerrar la incisión.

● COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA ●

Las complicaciones más comunes de la histerectomía pueden clasificarse como:

- Infecciosas
- Tromboembólicas venosas
- Lesiones del tracto genitourinario (GU) y gastrointestinal (GI)
- Sangrado
- Lesión nerviosa y dehiscencia del manguito vaginal.

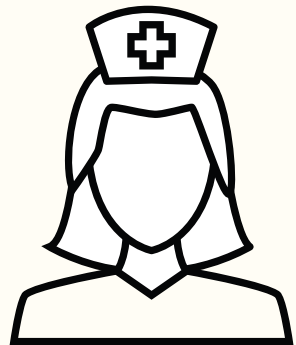


● CUIDADOS PREOPERATORIA ●

- **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.

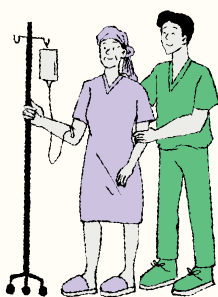
● CUIDADOS TRANSOPERATORIAS ●

- **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.
- Movilizar 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 ●

- **Postoperatorio inmediato:**
- 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.
- **Actividades:**
- Evite subir escaleras, conducir y realizar actividades que puedan ejercer presión sobre el abdomen durante las primeras semanas.
- **Retorno a actividades:**
- Consulte con su médico sobre el momento adecuado para retomar sus actividades diarias, incluyendo el trabajo.
- **Seguimiento médico:**
- Asista a todas las citas de seguimiento programadas para evaluar la recuperación y abordar cualquier preocupación.



TÉCNICA DE HISTEROTOMÍA VAGINAL

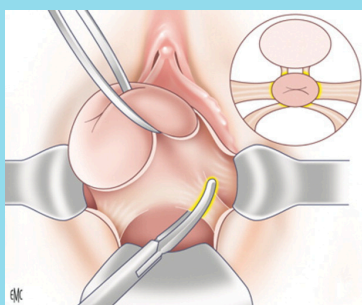
CONCEPTO

La histerectomía vaginal se realiza a través de una incisión en la vagina, lo que permite al cirujano acceder y extraer el útero y, en algunos casos, otros órganos reproductivos como los ovarios y las trompas de Falopio. Esta técnica se considera menos invasiva que la histerectomía abdominal, donde se realiza una incisión en el abdomen para acceder al útero.

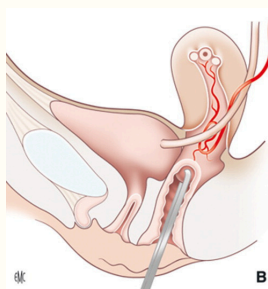


INDICACIONES

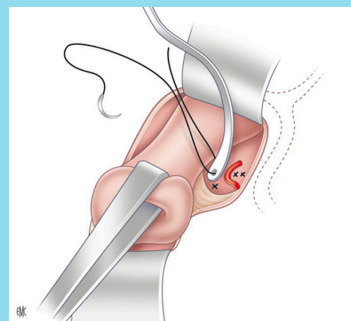
- Relajación pélvica
- Útero fibroso
- sangrado uterino anormal



- Dolor pélvico asociado con la endometriosis
- Prolapso de órganos pélvicos
- masa ovárica benigna



- Cáncer ginecológico
- Adenomiosis

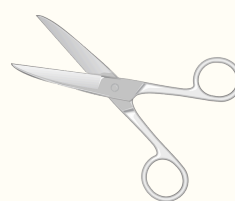
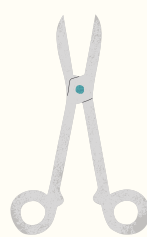


CONTRAINDICACIONES

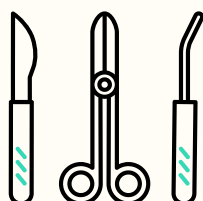
- No existen contraindicaciones absolutas, pero algunas de las contraindicaciones relativas a la histerectomía vaginal son:
- Radiación pélvica
- Útero grande
- Cirugías pélvicas previas
- Se sospecha adherencias pélvicas graves y distorsión anatómica por EIP (enfermedad inflamatoria pélvica) o endometriosis.
- obesidad mórbida
- Nuliparidad
- Falta de descenso uterino

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
- 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



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 DE HISTEROTOMÍA VAGINAL

- **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.
- **Disección y deflexión vesical , colpotomía anterior :** tras la incisión circunferencial, se sujeta y se levanta la cara anterior de la mucosa vaginal. Se realiza una disección 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. El autor generalmente cierra el manguito horizontalmente, a menos que exista preocupación por la longitud vaginal, en cuyo caso la herida se cierra verticalmente.

COMPLICACIONES

- **Complicaciones intraoperatorias**
- **Sangrado:** Los sitios más comunes de sangrado durante la histerectomía vaginal son los vasos uterinos, el ligamento útero-ovárico y el manguito vaginal.
- **Lesión ureteral:** La incidencia de lesión ureteral es de alrededor del 0,5 por ciento.
- **Lesión vesical:** La prevalencia de lesión vesical durante la histerectomía vaginal es de hasta el 1,2 %. Esta aumenta con factores de riesgo como cirugías pélvicas previas y cirugía vesical concomitante.
- **Lesión intestinal:** el riesgo es de aproximadamente el 0,4 por ciento.
- **Lesiones nerviosas.**– Lo más común es que los nervios femoral, peroneo y tibial se vean afectados por los retractores o por una mala posición de las piernas sobre los estribos.
- **Conversión a laparotomía:** Casos como masas pélvicas grandes e inesperadas, adherencias y hemorragias que no se pueden identificar ni controlar pueden aumentar las probabilidades de conversión a histerectomía abdominal.
- Reacciones adversas a los anestésicos

- **Complicaciones postoperatorias**
- Íleo
- Obstrucción intestinal
- Dehiscencia del manguito vaginal
- Infecciones como celulitis del manguito vaginal y absceso pélvico
- Fístulas: fístulas vesicovaginales, ureterovaginales y rectovaginales.
- Prolapso de las estructuras pélvicas como una trompa de Falopio
- Las lesiones ureterales durante una histerectomía ocurren con mayor frecuencia en los siguientes sitios:
- Pinzamiento y corte del ligamento infundibulopélvico.
- Separación de los vasos uterinos.
- Separación del complejo ligamento uterosacro-cardinal y durante el cierre del ápice vaginal

● CUIDADOS PREOPERATORIA ●

Los cuidados preoperatorios son cruciales para asegurar un procedimiento seguro y exitoso. Estos incluyen ayuno, suspensión de ciertos medicamentos, preparación de la piel y evaluación médica general.

Preoperatorio: Al igual que la mayoría de intervenciones, la operación de histerectomía requiere de la realización de un preoperatorio para conocer el estado de salud de la paciente, así como si es apto o no para la cirugía. Este preoperatorio consiste de 3 pruebas, una analítica completa de sangre y un electrocardiograma y una radiografía de tórax.

● CUIDADOS TRANSOPERATORIAS ●

- **Preparación de la paciente:**
- **Posicionamiento:**
- La paciente se coloca en posición de litotomía dorsal, con las piernas elevadas y apoyadas en estribos.
- **Profilaxis:**
- Se administra profilaxis antibiótica para prevenir infecciones y se pueden utilizar dispositivos de compresión secuencial o anticoagulantes para prevenir tromboembolias.
- **Anestesia:**
- Se utiliza anestesia general o bloqueo neuroaxial, dependiendo de las preferencias del cirujano y las condiciones del paciente.
- **Preparación vaginal:**
- Se realiza una preparación de la vagina con solución antiséptica para reducir el riesgo de infección.
- **Evaluación:**
- Se evalúa el tamaño, forma y movilidad del útero, así como la presencia de prolapso u otras anomalías pélvicas.
- **Técnica quirúrgica:**
- **Incisión:**
- Se realiza una incisión en la parte superior de la vagina para acceder al útero.
- **Liberación del útero:**
- Se liberan los ligamentos que sujetan el útero y seccionan los vasos sanguíneos que lo irrigan.
- **Extracción:**
- El útero se extrae a través de la vagina.
- **Cierre:**
- Se realiza el cierre de la cúpula vaginal, ya sea de forma continua o con puntos separados, y se pueden utilizar diferentes materiales de sutura.
- **Manejo de la cúpula:**
- Se puede dejar la cúpula abierta para cicatrización por segunda intención o cerrarla con sutura, según la preferencia del cirujano.
- **Posibles complicaciones:**
- Se pueden presentar sangrado, lesión de órganos adyacentes, infección o reacciones a la anestesia.
- **Consideraciones adicionales:**
- Se puede colocar una compresa en la vagina para absorber el sangrado y ayudar en la cicatrización.

● 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.



Fuentes Bibliográficas

- <https://share.google/p5FGwDqVI29qdGD50>
- <https://share.google/61WPuJxBSwyum01rO>
- <https://share.google/7TPYFYolITZzl4I4c>
- <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6554021/>
- <https://share.google/F1A4abXD5X5DBvNje>
- <https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e500fecb-8dd8-4c8a-9e26-cfb025fb4189/content>
- <https://share.google/1YDT9BOMTklqaAcxq>
- <https://share.google/Vzitv9aYNZzhekbvu>
- <https://www.glowm.com/section-view/heading/Vaginal%20Hysterectomy/item/41>