

11237

68

29

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL DE LA MUJER DE LA SECRETARIA DE SALUD

H. B.
S. S. A.
"HOSPITAL DE LA MUJER"
DEPTO. DE EMBARAZO MEDICA

COMPLICACIONES EN CIRUGIA GINECOLOGICA POR VIA VAGINAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA LA DOCTORA
CECILIA HUERTA VELASCO
ASESOR DE TESIS
DR. MAURICIO PICHARDO CUEVAS

México, D. F.



1996





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres:

Con cariño y respeto mi agradecimiento
por su amor y comprensión durante toda
mi existencia.

La senda fue dura y el esfuerzo arduo.
pero me dieron su apoyo para alcanzar
la meta.

A mis hermanos:

Yulius, Leticia, Mónica y Daniel; por
ser unos maravillosos hermanos.
Con especial cariño y admiración a
Leticia.

A mis amigas

Por esa hermosa amistad que me brindaron
y compartir mis tristezas y alegrías.

Al resto de mi familia:

Por estar conmigo a lo largo de la vida

A la Universidad, gloriosa cuna de sabiduría,
que me mostro un esplendoroso mundo de
conocimientos.

A los médicos y las pacientes del Hospital de la Mujer
a los primeros por ser maestros y guías, por su
paciencia y apoyo,
y a las segundas porque gracias a ellas podemos
ejercer este ministerio.

A mi asesor, Dr. Mauricio Pichardo Cuevas
por sus enseñanzas y orientación, pero
sobre todo por su amistad.

INDICE

| | |
|---|----|
| JUSTIFICACION | 2 |
| ANTECEDENTES HISTORICOS | 3 |
| COMPLICACIONES EN CIRUGIA VAGINAL | 6 |
| OBJETIVOS DEL ESTUDIO | 15 |
| MATERIAL Y METODOS | 14 |
| TIPO DE ESTUDIO | 17 |
| CRITERIOS DE INCLUSION | 18 |
| CRITERIOS DE EXCLUSION | 19 |
| ANÁLISIS ESTADISTICO | 20 |
| RESULTADOS | 21 |
| DISCUSION | 45 |
| CONCLUSIONES | 49 |
| BIBLIOGRAFIA | 51 |

"La vía vaginal, en cirugía ginecológica, es la vía del
especialista"

Manuel Castillejos

JUSTIFICACION

La cirugía ginecológica por vía vaginal al igual que cualquier otra disciplina quirúrgica no esta libre de complicaciones, aún cuando a través del tiempo se ha llegado a un gran perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, así como a los cuidados pre y postoperatorios; por lo que todo cirujano ginecólogo debe estar preparado para la prevención y tratamiento de dichas complicaciones.

La morbilidad en la bibliografía es muy variable debido principalmente a una definición diferente de esta y por una variación en la exactitud de los registros en la mayor parte de los estudios retrospectivos.

En el hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud, el cual es un hospital escuela se realizan un número importante de cirugías ginecológicas por vía vaginal, en las cuales participa el médico residente de la especialidad junto con el médico ginecólogo; por lo que es de vital importancia que durante este entrenamiento quirúrgico se aprendan no solamente las técnicas quirúrgicas sino también sus posibles complicaciones, así como su prevención y tratamiento en forma oportuna.

Se pretende en este estudio hacer un análisis de las complicaciones que se presentaron en las pacientes sometidas a cirugía ginecológica programada por vía vaginal , tratando de determinar los factores condicionantes y establecer las medidas adecuadas para su prevención.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

La primera descripción de la musculatura vaginal (siglo VI y II a.C.), se encontró en Historia de la Medicina de la India. En la casa de las púerperas, se encontraron agujas de oro y plata que, según Fragoso, es posible fueran utilizadas para practicar suturas del perineo.¹

Las fístulas vaginales existían en el antiguo Egipto, como lo prueba el descubrimiento de una gran fístula en la momia de la reina Henhenit, una de las esposas del rey Menuhotep que reinó alrededor del año 2050 a.C.³⁸

En los años 446-385 a.C., los griegos realizaban tratamiento profiláctico para evitar los desgarros perineales y sus consecuencias.¹

Avicena, médico árabe que falleció en el año 1037 fue el primero en reconocer la incontinencia urinaria como consecuencia de fístulas resultantes de un parto difícil.³⁸

Se cree que Trótulo de Salerno en el siglo XI, sutura un perineo desgarrado e insistía en la necesidad de reparar inmediatamente las lesiones de esta región. En el siglo XII, Avenzoar describió su técnica para sutura perineal a base de seda y cabellos.¹

Ambrosio Paré, en el siglo XVI, practicó por primera vez la reparación plástica del perineo. Sin embargo la verdadera obra plástica sobre bases científicas se inicia con Dieffenbach (1792-1847). Estas operaciones plásticas simplemente

aproximaban la piel y la mucosa, a Emmet se debe el demostrar el valor y la necesidad de reunir también los tejidos profundos, (elevadores del ano).^{1 25}

La referencia sobre la primera histerectomía vaginal es del siglo XVI, fue realizada en 1517 por Giocano Berengano de Capri.³⁰

Recamier en 1823 realizó una exitosa histerectomía vaginal pero tuvo lesión a la vejiga. El fue el primero en considerar la posibilidad de lesión a uréter durante la operación. La gran mortalidad de esta operación en su inicio fue la verdadera causa de su olvido.²⁵

En el siglo XIX J. Marion Sims, en Estados Unidos inicia en tratamiento quirúrgico de las fístulas vesicovaginales aunque con un éxito de curación muy limitado logrando la primera curación hasta 1849.³⁸

En 1889 Dührssen publicó sorprendentes resultados obtenidos en cirugía vaginal con estadística de 1600 operaciones vaginales, con una mortalidad del 2%.²⁵

En 1911, S. Wyllis Bandler, ginecólogo de Nueva York, editó una monografía intitulada "Vaginal Celiotomy" y enfatizó la gran importancia de la vía vaginal para el tratamiento quirúrgico de ciertos padecimientos ginecológicos, aseverando que difícilmente se podría sostener el uso de la vía abdominal para la resolución de estos problemas.³⁰

En 1913 Kelly describió la plicatura simple del esfínter con reparación de cistorectocele como tratamiento de la incontinencia urinaria.³⁸ Pereyra (1959)

desarrolló procedimientos con aguja que él mismo modificó posteriormente para incluir una plicatura del cuello vesical. Más tarde desarrolló un procedimiento para llegar por vía transvaginal al espacio de Retzius y poder realizar toda la intervención con el empleo de la palpación directa.⁸

En 1938 Robert Frank describió un método para la creación de una vagina artificial sin necesidad de cirugía. Ese mismo año Sir Archibald Mc Indoe en Inglaterra describió la técnica quirúrgica con injerto cutáneo para los casos de agenesia de vagina.²⁵

La escuela vaginalista mexicana, que formaron los maestros Juan Velázquez Uriarte, Manuel Castillejos, Francisco Reyes, Jesús Alemán Pérez y Rosendo Amor, se originó en el ya desaparecido Hospital San Andrés. Alcanzó su esplendor en la tercera y cuarta década de este siglo, principalmente en el Hospital General y en el Hospital Morelos

COMPLICACIONES EN CIRUGIA VAGINAL

Las complicaciones de la cirugía vaginal, como la de cualquier otra cirugía son inherentes al acto operatorio; pero realizando un acto quirúrgico inteligente, meditado, hábil y técnicamente bien planeado deben reducirse al mínimo las complicaciones.^{27, 30}

Las complicaciones de esta cirugía son muy variadas y su frecuencia e importancia, varía de unos centros ginecológicos a otros de acuerdo con diversos factores (patología predominante tipo de intervención efectuada, criterio clínico y quirúrgico adoptados, etc.).

Entre las complicaciones que se presentan se mencionan las vasculares, urinarias e infecciosas. Siendo que la morbilidad aumenta en la mujer de menos de 30 años por la vascularidad pelviana y en la de más de 60 por los problemas de edad.^{27, 30}

En la paciente de edad avanzada, obesa, con enfermedades intercurrentes como la diabetes, trastornos pulmonares y cardíacos diversos, aumentan las posibilidades de una complicación postoperatoria.^{7, 27}

Las complicaciones se pueden clasificar en inmediatas (las que se presentan durante el acto quirúrgico y las primeras 24 horas), mediatas (las que se presentan del segundo al séptimo día) y las tardías (las que se presentan después del octavo día).³⁵

COMPLICACIONES INMEDIATAS

Hemorragia.

Amgwerd definió la hemorragia postoperatoria como la salida de sangre por un drenaje o una sonda durante más de 4-6 horas o la aparición de una hemorragia después de un intervalo de varias horas o días, suficientemente intensa para producir hipovolemia.¹⁷ Para algunos autores es hemorragia toda pérdida sanguínea que amerite transfusión.^{10, 20, 27}

Puede presentarse después de la operación debido a lesión de un vaso, una mala hemostasia, (un pedículo mal ligado, etc., por lo que se recomienda en vasos importantes una doble sutura). La hemorragia puede ser masiva produciendo grados variables de estado de choque, en etapa temprana. En etapa tardía de diez a catorce días puede presentarse, por la absorción del material de sutura, necrosis locales, y en casos aislados la practica prematura del coito. siendo este sangrado ligero y temporal pudiéndose resolver por taponamiento, si el sangrado se hace más profuso en ocasiones habrá la necesidad de volver a operar, para suturar el sitio de hemorragia.^{20, 27}

Hematoma.

Es más frecuente en la mujer joven. Después de una histerectomía vaginal es más común en la cúpula vaginal, el tratamiento va a depender del tamaño del hematoma, si es pequeño la conducta puede ser expectante, si es grande, se incide el hematoma, se evacua la sangre y los coágulos, y se deben hacer intentos por encontrar los vasos que causan la hemorragia.^{15, 20}

Lesión a órganos vecinos.

Lesiones de vías urinarias. Las lesiones del aparato urinario se reportan entre un 0.3-1% siendo más frecuentes en vejiga y muy raras en uretra.¹⁷ Limón reporta una frecuencia de 0.67 en cirugía ginecológica y de un 4.15% en cirugía uroginecológica. Las lesiones ureterales representan una de las más graves complicaciones en ginecología afortunadamente se observan sólo en un 0.2 a 1.0%.²² El uréter se puede ligar, seccionar, aplastar o desvascularizar accidentalmente. En la cirugía pélvica es más probable que ocurra a nivel del ligamento infundibulopélvico, la arteria uterina, o el ligamento cardinal. El diagnóstico temprano así como el tratamiento oportuno son críticos para salvar al riñón relacionado.^{5, 13, 24.}

La lesión a la vejiga se produce más a menudo cuando existen cicatrices previas o procesos patológicos que adhieren la vejiga. La lesión transoperatoria de la vejiga en general no es un accidente importante, lo que es más grave es no darse cuenta de la lesión. Esta se puede confirmar llenando la vejiga con azul de metileno o leche estériles, a través de un catéter uretral, y observando el escape de líquido. El defecto vesical se repara en el momento que se descubre, el cateterismo vesical durante 7 o más días ayuda a promover la cicatrización evitando la distensión vesical.^{5, 21, 24}

Lesiones de tracto intestinal. Se producen lesiones intraoperatorias del tracto intestinal en el 0.2 al 0.4% de los procedimientos ginecológicos realizados por procedimientos benignos. Las laceraciones del intestino delgado que pueden ocurrir se asocian con bajos niveles de contaminación bacteriana. A pesar de todo deben administrarse los antibióticos parenterales apropiados para reducir el riesgo infeccioso, y la abundante irrigación intrabdominal puede disminuir aun más los niveles de bacterias. En la mayoría de los casos las lesiones serosas pueden

manejarse solo por medio de la observación, por otra parte las lesiones de la muscularis y la mucosa requieren el cierre en capas o planos. En contraste las lesiones del colon, en especial del colon descendente y el rectosigmoides dan como resultado una significativa contaminación bacteriana, la cual afecta en forma adversa la curación. Las laceraciones simples pueden repararse con una técnica en capas o planos.⁸

Lesión nerviosa. En la cirugía vaginal, se puede lesionar al nervio ciático o al ciático poplíteo externo, por compresión durante la posición de litotomía. La terapia es básicamente profiláctica.^{5, 20}

COMPLICACIONES MEDIATAS.

La flebotrombosis y la tromboflebitis.

Son complicaciones comunes después de una cirugía pélvica. En muchas ocasiones la tromboembolia de las venas profundas de las extremidades inferiores, tiene un curso silencioso y desafortunadamente a veces el primer signo de trombosis puede ser un émbolo. Los factores etiológicos son: incremento de la coagulabilidad sanguínea, estasis venosa y daño a la íntima. Cualquier traumatismo que se produce en las venas pelvianas o de las extremidades inferiores, puede causar trombosis.^{20, 27}

La tromboflebitis puede presentarse hasta una semana después de la operación. Profilácticamente, la cirugía electiva no debe realizarse en pacientes con complicaciones venosas agudas.

La embolia pulmonar,

Es más frecuente en las operaciones de la pelvis sobre todo en mujeres obesas, ancianas, durante prolongada inmovilización o en pacientes con historia de flebitis, su importancia radica en que es una de las principales causas de mortalidad en el postoperatorio. El trombo es resultado de daño a la íntima, estasis venosa e hipercoagulabilidad. Después de que el embolo se forma hay liberación de serotonina e histamina, causando aumento de la resistencia arterial pulmonar, broncoconstricción e hipotensión sistémica. El cuadro clínico va a depender del tamaño y la localización del embolo. La enfermedad puede ser ocasionalmente prevenida, con el uso de anticoagulantes en las pacientes con antecedente de tromboflebitis, de medias elásticas y en el postoperatorio la deambulación precoz. El tratamiento consiste en oxigenación y la administración inmediata de anticoagulantes (heparinización). Si los émbolos son numerosos o después de la heparinización se repite el cuadro, hay que pensar en la posibilidad de ligar la vena ovárica o la vena cava inferior.²⁰

Retención urinaria.

Es una secuela bastante común esta relacionada directamente con la manipulación de la vejiga y uretra, interrupción de vías nerviosas, dolor postoperatorio o infección. La distensión de la vejiga incrementa el dolor y la infección. En la histerectomía vaginal es más frecuente cuando ha sido acompañada de colpografía anterior.^{4, 20}

Suele establecerse el drenaje con sonda durante unos 5 -7 días, al fin de los cuales se retira, se estimula a la paciente para que orine espontáneamente e inmediatamente después se le sondea y mide orina residual, si esta es mayor de 100cc o no hay micción espontánea, la sonda se reinstala a permanencia y

posteriormente se repite el procedimiento. Mientras se utiliza la sonda se recomienda el uso de antibiótico.^{16, 20, 24}

Ileo paralítico.

Puede producirse después de una histerectomía vaginal, pero no es común. Su etiología no es bien entendida.^{20, 27} En general la disfunción gástrica postoperatoria usual dura de 24 a 48 horas, por otra parte, la disfunción colónica persiste durante 72 a 96 horas.⁶

Obstrucción mecánica.

Es rara, puede llegarse a presentar si una asa de intestino queda fija a la pared vaginal. Náuseas, vómito, distensión y ruidos peristálticos de tono alto guían el diagnóstico.^{20, 27}

Infección.

La cistitis o infección vesical es muy frecuente, el factor etiológico es trauma sobre la vejiga y la uretra, después de la cirugía vaginal y sobre todo más frecuente cuando se ha empleado cateterismo.^{4, 20, 24}

La desinfección de la vagina es limitada, la del conducto cervical casi imposible.^{17, 38} Osborne y colaboradores, sugieren que el endocérnix es la fuente principal de contaminación bacteriana.²⁸ Para Eschenbach en la vagina normal se puede aislar de 5 a 15 tipos de microorganismos diferentes, y las secreciones normales contienen de 10^5 a 10^7 gérmenes por ml.⁶ En pacientes ginecológicas es muy importante recordar que los anaerobios de la flora vaginal normal pueden

hacerse patógenos cuando se introduce más allá de la mucosa vaginal. El hecho de encontrar dos, tres o cuatro bacterias sugiere un efecto de simbiosis que a menudo hace que las no patógenas se conviertan en patógenas; así mismo la presencia concomitante de aerobios puede eliminar el oxígeno de los tejidos infectados y favorecer la proliferación de bacterias anaerobias. Por lo anterior expuesto no son raras las *infecciones del muñón*. Los *abscesos pelvianos* pueden producirse por contaminación a consecuencia de un *hematoma infectado*.^{15, 20, 38}

Son factores predisponentes de infección; la obesidad, la diabetes, la presencia de espacios muertos, la anemia y la desnutrición.³⁸

En la literatura se encuentra el Síndrome febril como la complicación más frecuente, se ha visto una disminución muy importante de este con el uso de antibióticos profilácticos, siendo las cefalosporinas el medicamento de elección.^{3, 11, 39}

COMPLICACIONES TARDIAS

Fistulas.

Se pueden presentar después de una cirugía vaginal. Si se descubre la lesión durante la operación, hay que efectuar la reparación inmediata de lo contrario se puede producir la fistula; esta se presenta entre el aparato urinario y el genital en uretra, vejiga o uréter. En orden de frecuencia: la fistula vesicovaginal (0.02%), la ureterovaginal (0.01%) y por último la uretrovaginal.^{15, 17, 27} Alva reportó una incidencia de 0.11% de estas 89% fueron secundarias a cirugía ginecológica.²

Las fistulas vesicales pueden deberse a una incisión o un desgarro no identificado en la base de la vejiga; las fistulas del uréter pueden ser consecutivas

a un corte no identificado, pero también a un esfacelo por suturas constrictoras; las causas principales de las fistulas uretrales son el esfacelo por suturas en la uretra, la presión por sondas a permanencia, suspensión alta y estrecheces del esfínter interno aunadas a la falta de cicatrización del orificio de los divertículos suburetrales estirpados.¹⁵

Evisceración.

La evisceración por vía vaginal es rara, ocasionalmente se presenta después de una histerectomía vaginal, es más factible en pacientes de edad avanzada a consecuencia del coito, la causa puede ser un punto débil provocado probablemente por isquemia y necrosis del tejido en los extremos distales de los ligamentos cortados, lo que ocasiona que no haya un sólido sostén en el piso pelviano recientemente formado.^{27,38}

Prolapso vaginal.

El prolapso de la bóveda se refiere a la herniación de un saco peritoneal a nivel de la bóveda vaginal después de una histerectomía.⁸ Es muy raro, pero cuando ocurre es un problema importante. Con frecuencia, el prolapso puede ser sólo un cistocele recurrente, que se proyecta por el introito de la vagina, un rectocele grande recurrente o, por último, un enterocele, que se presenta en 1-6% de los casos después de una histerectomía vaginal y reparación de un cisto y rectocele. Rara vez ocurre prolapso total de la vagina con inversión, que es un importante reto cuando se desea conservar la vagina funcional. Nunca es posible asegurar que podrá evitarse otra recurrencia del prolapso.¹⁵

Prolapso de la trompa.

Es un accidente bastante raro. La mayor parte de los casos son resultado de fallas técnicas, debidas a un cierre o a una cicatrización defectuosa del peritoneo a causa de infección o hematoma. Después de una histerectomía los ovarios están ocasionalmente en la parte baja de la pelvis, por arriba de la vagina prolapsada.^{20,38}

Incontinencia Urinaria recidivante.

Se ha calculado que un 10 a 40%, de las pacientes sometidas a algún tipo de cirugía correctora de la incontinencia urinaria anatómica, van a presentar recurrencia. como resultado de una valoración preoperatoria incompleta y/o la suma de uno o más factores posteriores a la cirugía. Los objetivos de los distintos procedimientos persiguen básicamente la elevación del cuello vesical y de la uretra proximal, de tal manera que queden dentro de la zona de influencia de la presión intrabdominal.¹

Otras complicaciones.

También se han reportado fístulas salpingovesicales, y herniación del intestino delgado hacia la vejiga.³⁸

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

1. Analizar las complicaciones que se presentan en la cirugía ginecológica por vía vaginal en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la incidencia de complicaciones en cirugía ginecológica por vía vaginal.
2. Determinar los factores predisponentes así como establecer las medidas adecuadas para la prevención de dichas complicaciones.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron un total de ciento veinticinco casos, de pacientes a las cuales se les practicó cirugía ginecológica por vía vaginal programada; en el Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud en el periodo comprendido entre el 1ro. de agosto de 1994 al 31 de julio de 1995.

Los datos se obtuvieron de los expedientes del Archivo clínico; mediante una hoja de captura diseñada para este estudio, los cuales son los siguientes: edad, peso, talla, número de gestaciones, partos, cesáreas y abortos, FUM, patología agregada, antecedentes quirúrgicos, motivo de consulta, diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía realizada, tipo de anestesia, riesgo quirúrgico, tiempo de permanencia de la sonda vesical, días de estancia hospitalaria y morbilidad quirúrgica.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes a quienes se efectuó Cirugía Ginecológica vía vaginal en forma programada.
2. Pacientes intervenidas quirúrgicamente durante el periodo comprendido entre el 1ro. de Agosto de 1994 y el 31 de Julio 1995.
3. Pacientes con control postoperatorio a través de la consulta externa.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

1. Toda paciente intervenida de Cirugía Ginecológica por vía vaginal no programada.
2. Toda paciente operada fuera del periodo comprendido de estudio.
3. Paciente postoperada de Cirugía Ginecológica vía vaginal que no acudió a consultas de control postoperatorio.
4. Pacientes a quienes se les realizó cirugía menor por vía vaginal en quirófano de urgencia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Fue descriptivo a través de medidas de tendencia central y de dispersión .

- | | |
|-------------------|------------------------|
| | 1. Frecuencias |
| Tendencia central | 2. Porcentajes |
| | 3. Promedios |
| Dispersión | 1. Desviación estándar |

RESULTADOS

Analizados los datos obtenidos de ciento veinticinco expedientes de pacientes sometidas a cirugía ginecológica por vía vaginal, se obtuvieron los siguientes resultados:

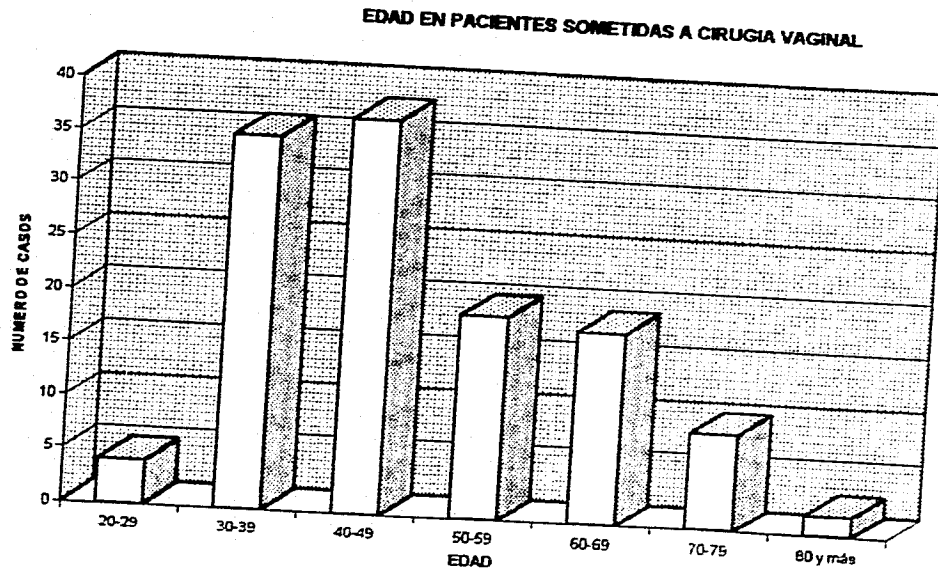
CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES .

La edad máxima y mínima de las pacientes fue de 80 y 20 años respectivamente, con una media de 48.3 y una desviación estándar de ± 13.7 . Setenta y dos pacientes lo que represento el 57.6% de los casos estaban en los grupos de 30 a 49 años. Un 14.4% de las intervenciones fueron realizadas en pacientes menores de 35 años. (Gráf. 1)

De acuerdo a el peso y la talla de las pacientes, se encontró sobrepeso de más de un 10 por ciento en 105 pacientes agrupándose a cada paciente según el grado de sobrepeso: primer grado 34 pacientes (27.2%), segundo grado 42 pacientes (33.6%) y en 29 (23.2%) de tercer grado. (Gráf. 2).

Sesenta pacientes lo que represento un 48% eran menopáusicas (Gráf. 3)

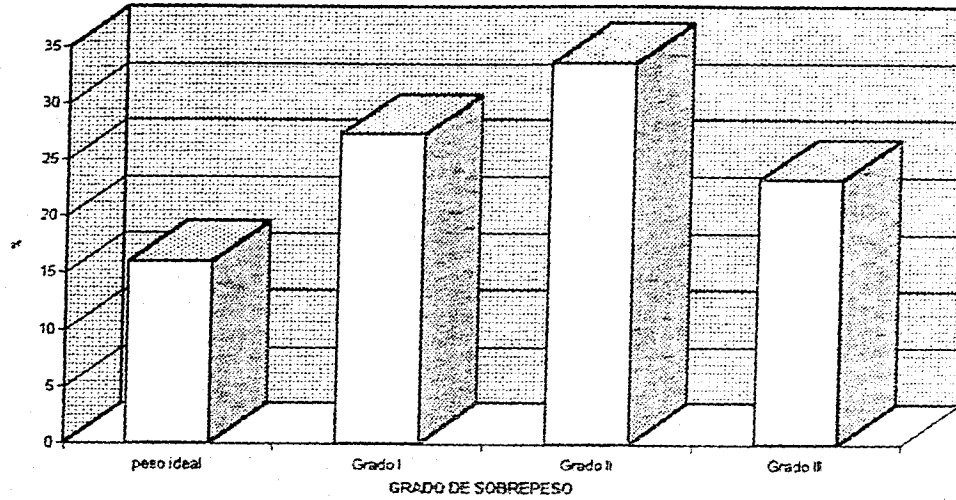
El rango de gestaciones fue de 0-15 con una media de 5.7 gestaciones y una desviación estándar de ± 2.9 . {Aunque la mayoría se agrupo en 7 y más gestaciones con 45 casos (36%)}. El número máximo de partos fue de 13 y el mínimo de cero. De las 125 pacientes; 38 pacientes tuvieron 7 y más partos lo que represento un 30.4%. La media de partos fue de 5.1 \pm 2.8. En lo referente a los abortos 80 pacientes (64%) no tuvieron ningún aborto, 14 pacientes (11.2 %) dos , 8 pacientes (6.4%) tres abortos y una (0.8%) cuatro. (Gráf. 4)



GRAFICA No. 1

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer 1994-1995

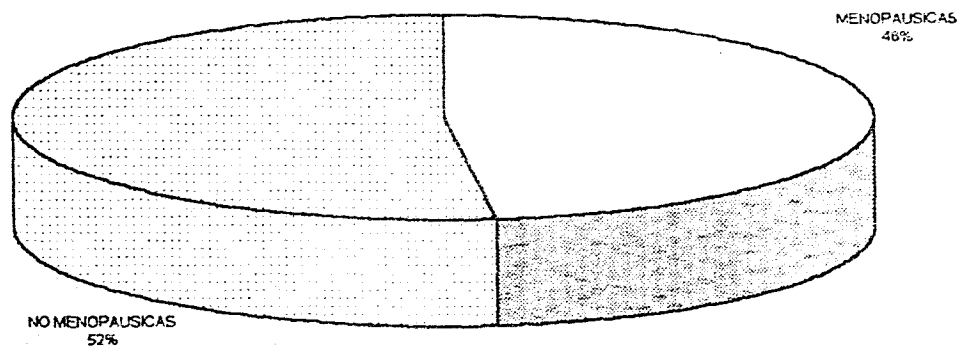
SOBREPESO EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VAGINAL



GRAFICA No. 2

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer 1994-1995

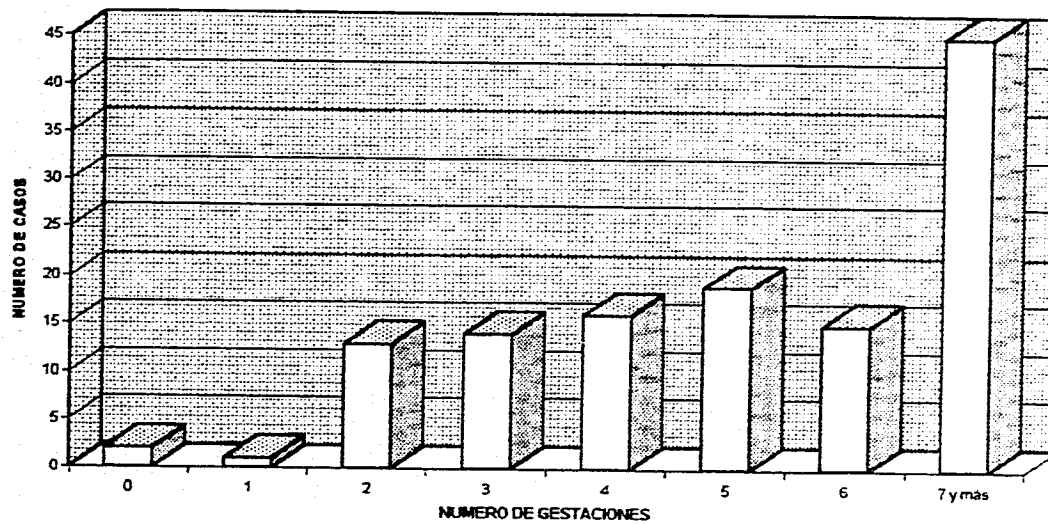
PACIENTES MENOPAUSICAS SOMETIDAS A CIRUGIA VAGINAL



GRAFICA No. 3

Fuente : Archivo Clínico del Hospital de la Mujer 1994-1995

GESTACIONES PREVIAS EN MUJERES SOMETIDAS A CIRUGIA VAGINAL



GRAFICA No. 4

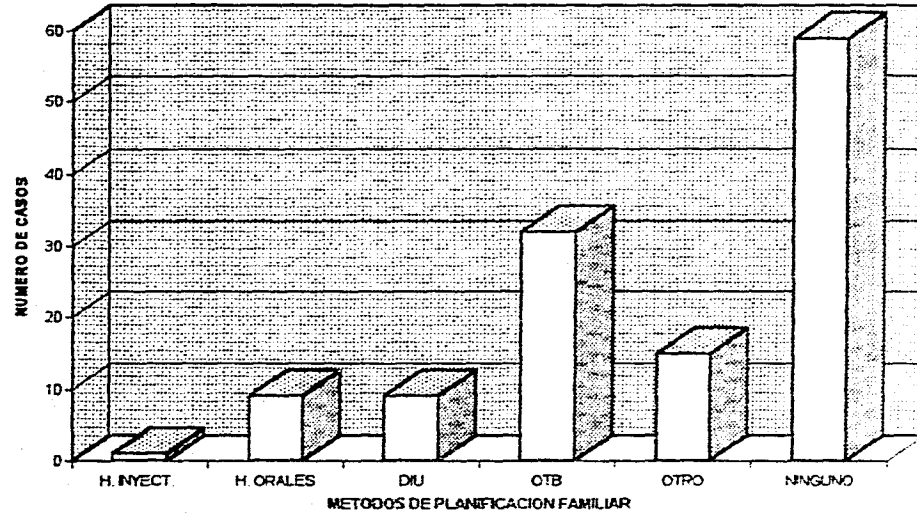
Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer 1994-1995

Se encontró que 59 pacientes (47.2%) no emplearon ningún método de planificación familiar y que 32 (25.6%) se realizaron oclusión tubaria bilateral. (Gráf. 5)

En 28 pacientes (22.4%) se encontró patología agregada: 10 pacientes (8%) eran hipertensas, 8 pacientes (6.4%) diabéticas, 3 pacientes (2.4%) con intolerancia a los hidratos de carbono y 3 (2.4%) eran epilépticas. (Gráf. 6) Respecto a los antecedentes quirúrgicos 12 pacientes (9.6%) tenían una cesárea, solo una paciente tenía dos. 19 pacientes (15.2%) tenían cirugía ginecológica previa y 4 (9.2%) tenían cirugía no ginecológica previa. (Gráf. 7) Se detectó infección previa a la cirugía en 66 pacientes lo que representó un 52.8% : de estas 50 (40%) correspondieron a cervicovaginitis, 9 (7.2%) a infección de vías urinarias y en 7 pacientes (5.6%) se encontraron ambas. La totalidad de estas pacientes recibió tratamiento específico. (Gráf. 8)

El motivo de consulta fue incontinencia urinaria de esfuerzo en 74 (59.4%), sensación de cuerpo extraño en 40 pacientes (32%), estas dos representaron más del 90% de los casos. (Gráf. 9) En relación a los diagnósticos preoperatorios correspondió a incontinencia urinaria de esfuerzo el 40.8% (51 casos) y a prolapso genital 27.2% (34 casos). (Tab. 1) En cuanto a la cirugía efectuada por vía vaginal a 68 pacientes (46.4%) se les realizó colpoperineoplastia anterior y posterior, a 38 pacientes (30.4%) histerectomía vaginal con colpoperineoplastia anterior a 11 pacientes (8.8%) histerocolpectomía, a 9 (7.2%) Pereyra y a 2 pacientes colpectomía, una de las cuales tenía el antecedente de histerectomía vaginal y colpoperineoplastia anterior y posterior en julio 1994 y la otra una histerectomía abdominal en 1991 y 2 años después operación para suspender la cúpula. (Gráf. 10)

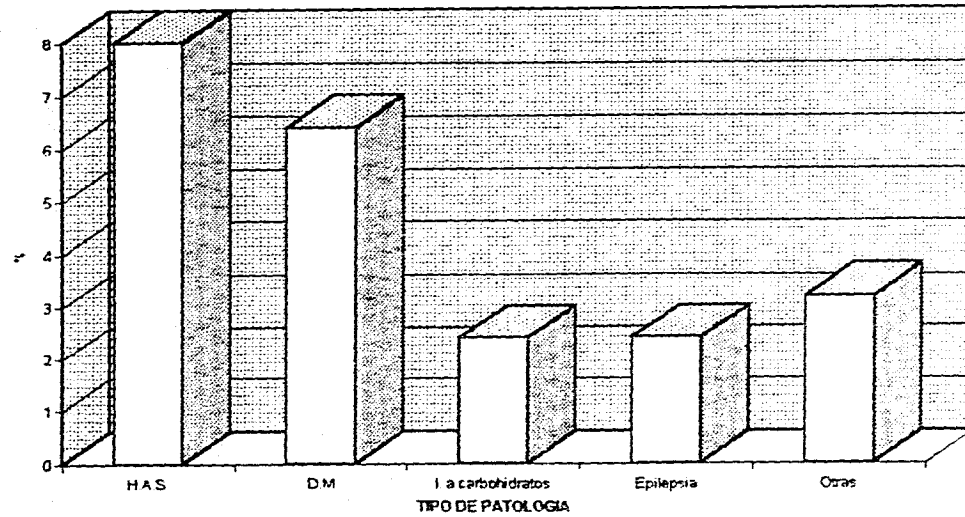
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VAGINAL



GRAFICA No. 5

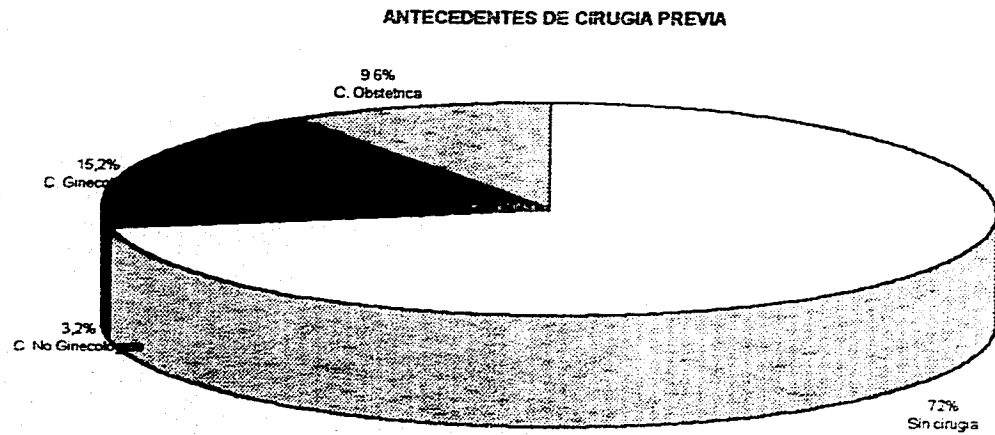
Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer 1994-1995

PATOLOGIA AGREGADA EN PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VAGINAL



GRAFICA No. 6

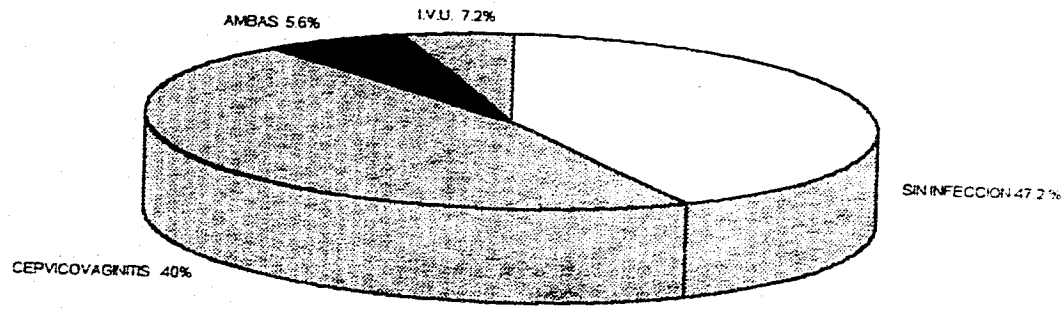
Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer 1994-1995



GRAFICA No. 7

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer 1994-1995

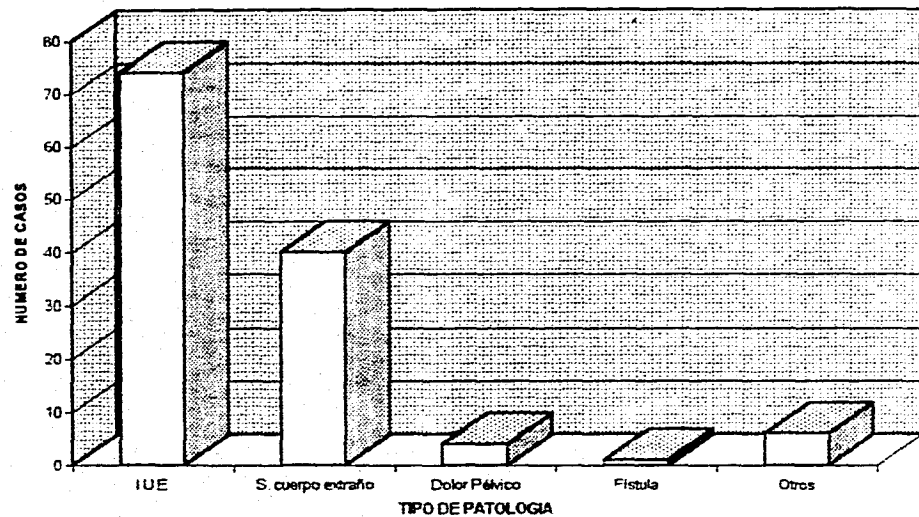
PACIENTES CON INFECCION DIAGNOSTICADA Y TRATADA ANTES DE LA CIRUGIA



GRAFICA No. 8

Fuente : Archivo clínico del Hospital de la Mujer 1994-1985

MOTIVO DE CONSULTA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VAGINAL



GRAFICA No. 9

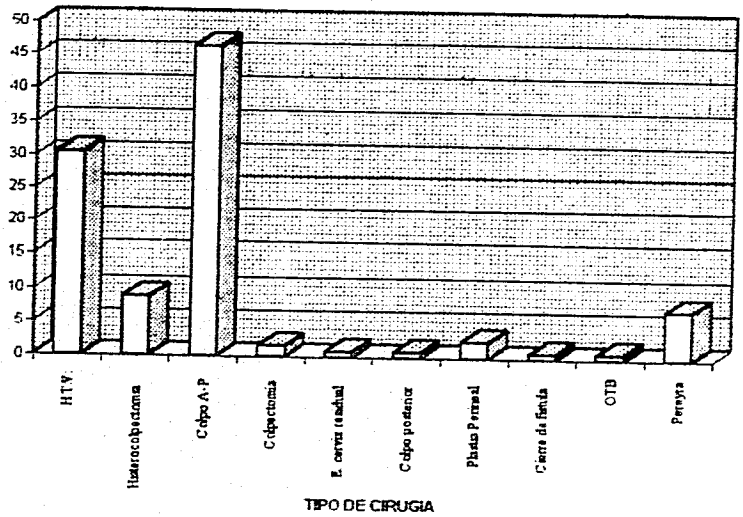
Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer 1994-1995

DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS

| DIAGNOSTICO | No. DE CASOS FRECUENCIA | % |
|-------------------------|----------------------------|--------------|
| INCONTINENCIA URINARIA | | |
| DE ESFUERZO | 51 | 40.8 |
| PROLAPSO GENITAL | 34 | 27.2 |
| CISTOURETOCELE | 21 | 16.4 |
| CISTORECTOCELE | 5 | 4.0 |
| DESCENSO UTERINO G II | 4 | 3.2 |
| DESGARRO PERINEAL G III | 3 | 2.3 |
| PROLAPSO DE CUPULA | 2 | 1.6 |
| INSUFICIENCIA PERINEAL | 1 | 0.8 |
| RECTOCELE | 1 | 0.8 |
| CERVIX RESIDUAL | 1 | 0.8 |
| PARIDAD SATISFECHA | 1 | 0.8 |
| FISTULA VESICOVAGINAL | 1 | 0.8 |
| TOTAL | 125 | 100.0 |

TABLA NUM 1 FUENTE ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL D E LA MUJER

CIRUGIAS REALIZADAS VIA VAGINAL



GRAFICA No. 10

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer 1994-1995

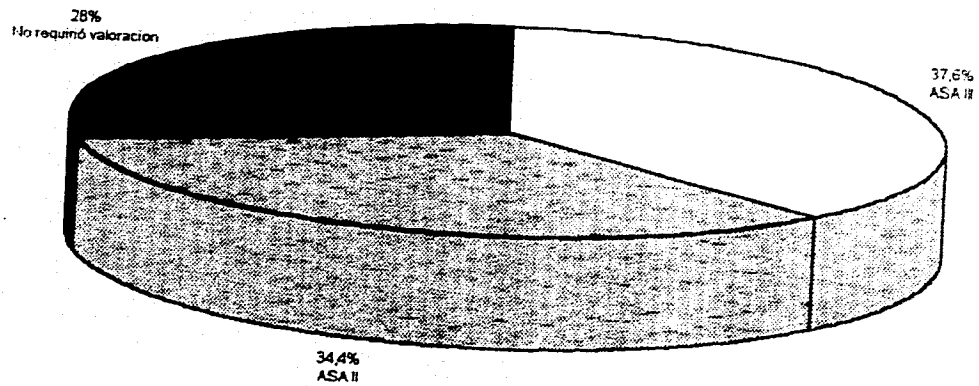
Respecto al tipo de anestesia administrada durante la cirugía se encontró que las 125 pacientes (100%) recibieron anestesia regional (bloqueo epidural) . A 47 pacientes (37.6%) se les asignó un riesgo quirúrgico ASA III (American Society of Anesthesiologist's) y a 43 pacientes (34,4%) ASA II. (Gráf. 11)

El promedio de estancia hospitalaria fue de 4.8 con una desviación estándar de +/- 2. El mínimo de días fue 2 y el máximo de 17 días (Gráf. 12)

En el postoperatorio inmediato se dejó sonda vesical por uno o dos días dependiendo del tipo de cirugía realizada, posteriormente se retiró midiéndose la orina residual. El rango de permanencia de la sonda fue de 1 a 21 días, el 98.4% de las pacientes fueron egresadas sin la misma.(Gráf. 13)

Se empleó antibiótico en el postoperatorio en 107 pacientes (85.6%), de estas se usó doble esquema en 5 pacientes (4%) y en 102 (81.6%) solo un antibiótico. (Gráf. 14)

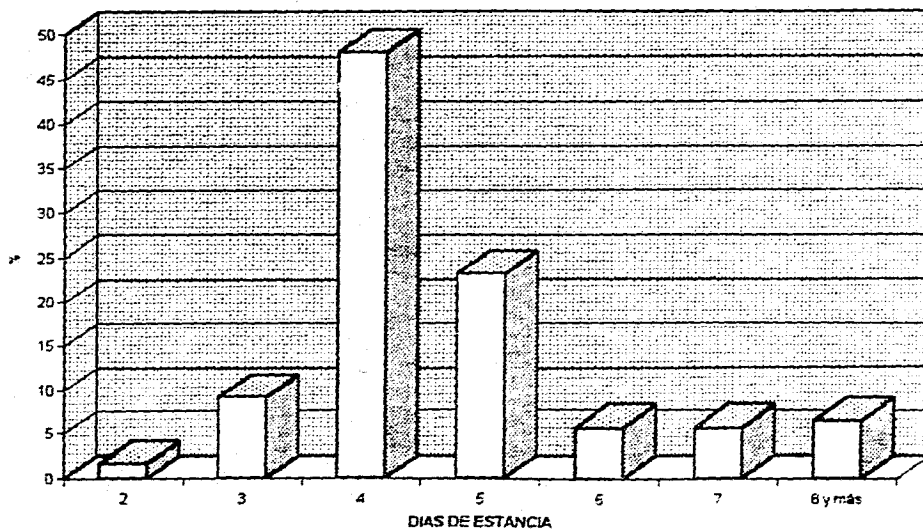
RIESGO QUIRURGICO EN PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VAGINAL



GRAFICA No.11

Fuente: Archivo Clínico Hospital de la Mujer 1994-1995

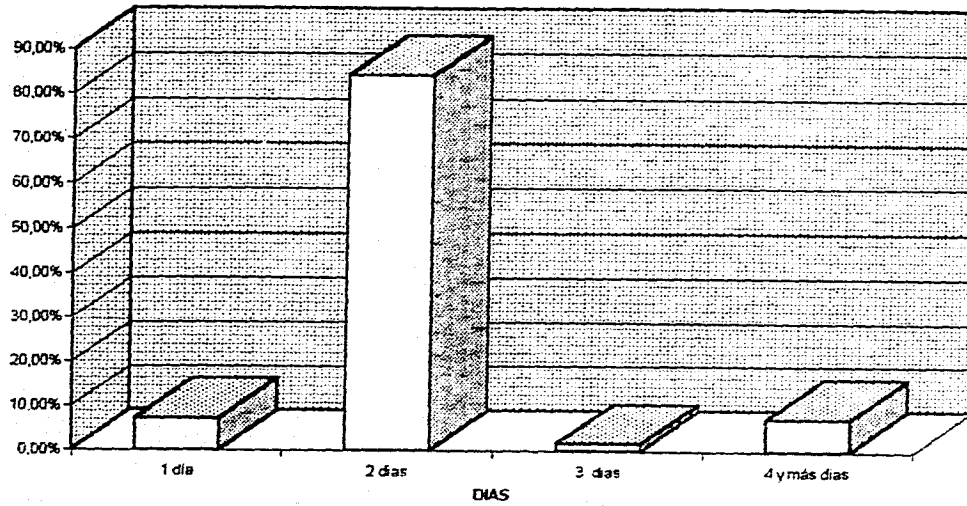
DIAS DE ESTANCIA HOSPITARIA EN PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VAGINAL



GRAFICA No. 12

Fuente :Archivo clínico del Hospital de la Mujer

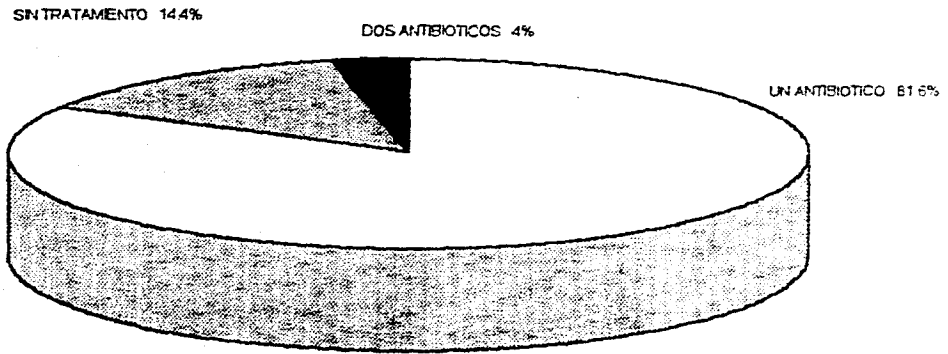
TIEMPO DE PERMANENCIA DE LA SONDA VESICAL



GRAFICA No. 13

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer 1994-1995

USO DE ANTIBIOTICOS EN EL POST OPERATORIO



GRAFICA No. 14

Fuente: Archivo Clínico Hospital de la Mujer 1994-1995

COMPLICACIONES.

El índice global de complicaciones fue de 28% dividiéndose en inmediatas, mediatas y tardías. (Gráf. 15- 16)

COMPLICACIONES INMEDIATAS.

La *punción de duramadre* se presentó en 4 pacientes lo que representó el 3.2%

COMPLICACIONES MEDIATAS.

Se encontró en 10 pacientes *retención urinaria* lo que representó el 8% de las cuales 6 habían sido intervenidas de Pereyra, 2 de colpoperineoplastia anterior y posterior, las 2 restantes correspondieron a una histerectomía vaginal y a una histerocolpectomía.

La *infección de vías urinarias* se presentó en 5 casos (4%). Se halló *tromboflebitis* en 2 pacientes.

Se presentó *hemorragia* en 2 pacientes (1.6%) en una de ellas además de ser por los bordes sangrantes, se drenó un hematoma de aproximadamente 400cc. La otra había sido egresada después de repararle un desgarró perineal, reingresando al 10 día del postoperatorio en estado de shock. Ambas requirieron transfusión sanguínea. Se encontró en una paciente (0.8%) *dehiscencia de colporrafia* siendo necesario resuturar.

El *absceso vaginal* se presentó en una paciente (0.8%). La paciente había sido sometida a colpoperineoplastia anterior y posterior y dada de alta reingresando al sexto día del postoperatorio. La *lesión vesical* se encontró en una paciente

(0.8%) a esta se le realizo colpoperineoplastia anterior y posterior y se le reseco un divertículo uretral, se manejo con sonda vesical durante 15 días.

Así mismo en una paciente se encontraron dos complicaciones, **dehiscencia de colporrafia** que se resuturo y **tromboflebitis** que requirió manejo en la unidad de Terapia Intermedia y hospitalización por 17 días.

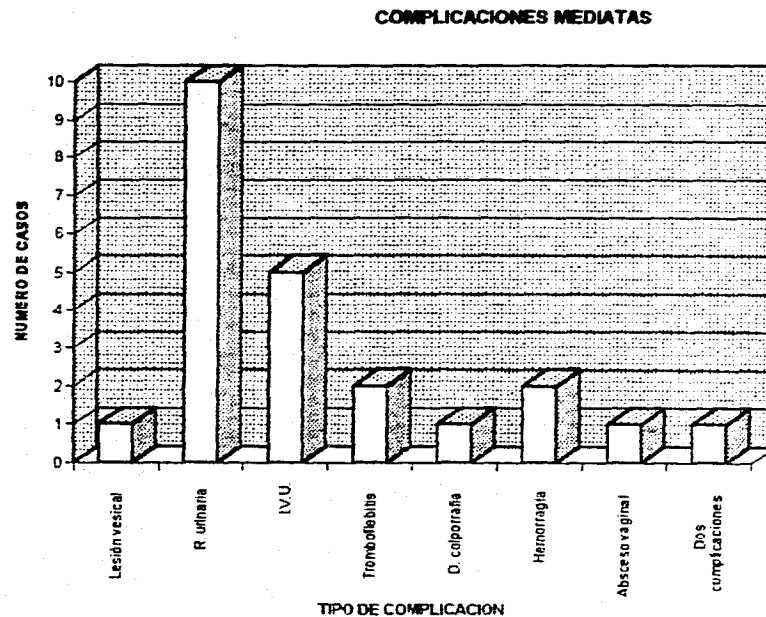
COMPLICACIONES TARDIAS.

De las complicaciones tardías que se detectaron durante el tiempo en que se realizo este estudio se encontró que 6 pacientes (4.8%) referían persistir con **Incontinencia urlnaria**. El tiempo transcurrido entre que se efectuó la cirugía y la reaparición de los síntomas fue de 2 a 9 meses (el tipo de cirugía realizada fue colpoperineoplastia anterior y posterior en 5 pacientes y en una operación Pereyra).

Se encontró **prolapso de cúpula** en una paciente lo que represento el 0.8% esta paciente había sido sometida a Histerectomía vaginal con colpoperineoplastia 3 meses antes. **Rectocele** en una paciente (0.8%) la cual había sido intervenida de colpotomia anterior y O.T.B. 6 meses antes.

El mayor número de complicaciones se presento en el grupo de 40-49 años con un total de 12 casos lo que represento un 9.6%. (Tab. 2) Se encontró que 27 pacientes que presentaron algún tipo de complicación no tenían ninguna patología agregada. (Tab. 3) Así mismo se observo que el mayor número de complicaciones se presentaron en pacientes sin ningún tipo de cirugía previa con 26 casos (20.8%). (Tab. 4)

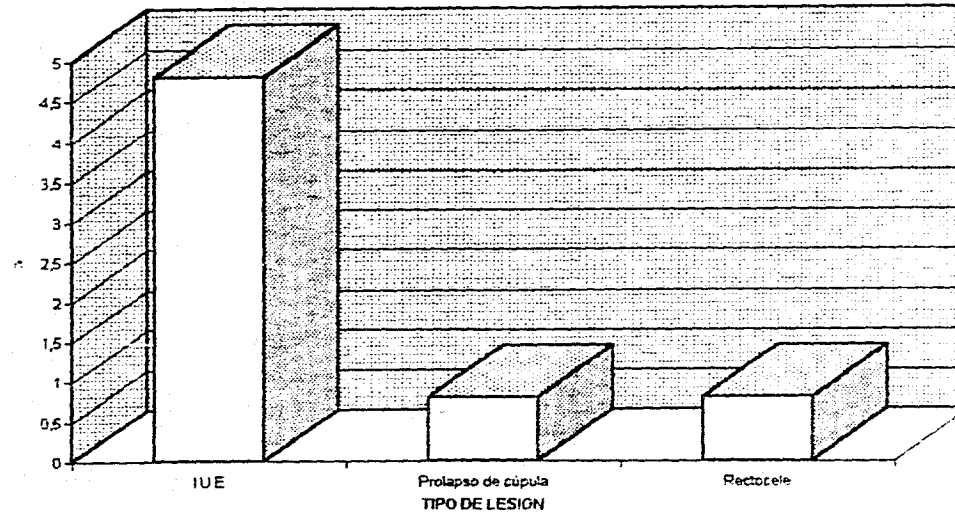
Encontramos que 105 de las pacientes tenían algún grado de sobrepeso, encontramos igual número de complicaciones en pacientes con sobrepeso de primer grado y sobrepeso de segundo grado con un total de 11. (Tab. 5) .



GRAFICA No. 15

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer 1994-1995

COMPLICACIONES TARDIAS



GRAFICA No. 16

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer 1994-1995

MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD

| EDAD | No. DE CASOS | CON MORBILIDAD | % |
|--------------|--------------|----------------|-------------|
| | FRECUENCIA | | |
| 20-29 | 5 | 1 | 0.8 |
| 30-39 | 30 | 11 | 8.8 |
| 40-49 | 37 | 12 | 9.6 |
| 50-59 | 19 | 5 | 4.0 |
| 60-69 | 18 | 5 | 4.0 |
| 70-79 | 9 | 1 | 0.8 |
| 80 y más | 2 | 0 | 0.0 |
| TOTAL | 125 | 35 | 28.0 |

TABLA NUMERO 2: FUENTE ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL DE LA MUJER

MORBILIDAD DE ACUERDO A PATOLOGIA AGREGADA

| PATOLOGIA | No. DE CASOS | CON MORBILIDAD | % |
|--|--------------|----------------|-------------|
| | FRECUENCIA | | |
| NINGUNA | 97 | 27 | 21.6 |
| H.A.S. | 10 | 3 | 2.4 |
| D.M. | 8 | 2 | 1.6 |
| Intolerancia a hidra- tos de carbono. | 3 | 0 | 0.0 |
| EPILEPSIA | 3 | 0 | 0.0 |
| OTRAS | 4 | 3 | 2.4 |
| TOTAL | 125 | 35 | 28.0 |

TAB. NUM. 3 FUENTE ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL DE LA MUJER

MORBILIDAD SEGUN ANTECEDENTES QUIRURGICOS

| ANTECEDENTE | No. DE CASOS | MORBILIDAD | % |
|-------------------|--------------|------------|------|
| FRECUENCIA | | | |
| NEGATIVO | 90 | 26 | 20.8 |
| POSITIVO | 35 | 9 | 7.2 |
| C. OBSTETRICA | 12 | 2 | 1.6 |
| C.NO GINECOLOGICA | 4 | 0 | 0.0 |
| C. GINECOLOGICA | 19 | 7 | 5.6 |

TABLA NUMERO 4: FUENTE ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL DE LA MUJER

MORBILIDAD DE ACUERDO A SOBREPESO

| SOBREPESO | No. DE CASOS | MORBILIDAD | % |
|---------------------|--------------|------------|------|
| FRECUENCIA | | | |
| CON SOBREPESO | 105 | 26 | 20.8 |
| SIN SOBREPESO | 20 | 9 | 7.2 |
| SOBREPESO GRADO I. | 34 | 11 | 8.8 |
| SOBREPESO GRADO II | 42 | 11 | 8.8 |
| SOBREPESO GRADO III | 29 | 4 | 3.2 |

TABLA NUMERO 5 : FUENTE ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL DE LA MUJER

DISCUSION

La morbilidad como se comento en un inicio es muy variable, debido principalmente a dos causas: por una definición diferente de la morbilidad, y por una variación en el registro en la mayor parte de los casos retrospectivos.¹⁷

Jones y Doyle desde 1943 escribieron sobre la necesidad de un modelo de morbilidad en los procedimientos quirúrgicos para poder evaluar y comparar los diferentes estudios.¹⁰ En estudios prospectivos y teniendo en cuenta todas las complicaciones (también cursos febriles e infecciones) y sin medidas preventivas especiales la morbilidad en la histerectomía vaginal simple es de aproximadamente 30% y cuando se realiza histerectomía con plastia anterior es alrededor de 60% o más.¹⁷

Con una desinfección cuidadosa, una cirugía poco traumática, empleo de material de sutura absorbible, la aplicación de un drenaje y evitando o acortando el tiempo de drenaje vesical puede ser disminuida a un 40% y la morbilidad infecciosa y febril a menos de un 10%.¹⁷ Algunos autores reportan que esta ha disminuido con el uso de antibióticos profilácticos de manera sorprendente.³⁹

En este estudio encontramos como complicación más frecuente la retención urinaria con un 8%, en la literatura se reporta con una frecuencia de un 15-20%.¹⁰^{17,23} En el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) se reportó entre un 7.3-6.3% en las histerectomías vaginales y en un 26.4% en la operación de Pereyra.^{26,35}

Un 3.2 % de las pacientes tuvieron punción de duramadre, solo algunos estudios al separar las complicaciones hacen mención de que se pueden presentar durante el intraoperatorio complicaciones relacionadas con la anestesia.³⁰

En 2.4% de las pacientes se encontró tromboflebitis esta es mayor al 0.5% que se ha reportado, su importancia radica en que puede ser causa de tromboembolia pulmonar.³⁸ Mismo porcentaje se encontró de hemorragia, en la literatura esta ha sido reportada entre un 1-10%.^{9, 14}

De las complicaciones tardías que encontramos que 6 pacientes (4.8%) presentaron incontinencia urinaria a todas se les había realizado colpoperineoplastia. Se ha calculado que de un 10 a un 40% de las pacientes que han sido sometidas a cirugía correctora, van a presentar recurrencia, como resultado de una valoración preoperatoria incompleta y/o la presencia de uno o más factores posteriores a la cirugía, de estos se han asociado la obesidad, procesos infecciosos, enfermedades pulmonares crónicas, la menopausia, etc.

El prolapso de cúpula y el rectocele se han encontrado en un 0.8%, La exacta incidencia del prolapso de cúpula no es bien conocida sin embargo se estima en un 0.1%.^{9, 23, 32, 37}

Gray reporta que el prolapso de cúpula después de una histerectomía es más bien raro, y que puede ser solo un cistocele o rectocele recurrentes.¹⁵ Symmonds ha sugerido que la evaluación del tiempo entre la histerectomía y la instalación de los síntomas para el prolapso, provee información de significado etiológico. En su revisión de 181 pacientes, en 37% el prolapso no se hizo sintomático sino 10 años después de la histerectomía; esto supone que la edad avanzada, el estrés ocupacional y la relajación de los tejidos postmenopausia,

pueden ser de importancia etiológica. Igualmente en un 37% el prolapso produjo síntomas en menos de 2 años, esta recurrencia sugiere un defecto en la técnica quirúrgica de la histerectomía. En 24% de los casos el prolapso fue sintomático en el lapso de 2 a 10 años. Se menciona que si durante la histerectomía hay fijación al ligamento sacroespinoso la recurrencia disminuye en forma importante.^{31, 34}

En el presente estudio se encontró que 68 pacientes tenían más de 40 años y 28 tenían alguna patología agregada. Tenemos entonces que dada la edad de las pacientes y las enfermedades concomitantes que suelen presentarse, es conveniente además de ser una conducta adecuada y obligada, el solicitar valoración del riesgo quirúrgico, ya que siempre será benéfico tanto para el médico como para las pacientes que estas se encuentren en las mejores condiciones posibles y detectar a tiempo la o las patologías que se pueden corregir antes de la cirugía para evitar cualquier complicación.^{7, 36}

Es obligado el estudio de las secreciones genitales en pacientes con infección demostrada o sospechada, dada la complejidad de la flora vaginal.^{3, 38} Así mismo el urocultivo debe practicarse sobre todo en pacientes con grandes cistocelos. Se encontró en 68% de las pacientes cultivos positivos, a todas se les dio tratamiento.

La morbilidad infecciosa que algunos autores dividen en mayor y menor⁽²⁹⁾ incluyéndose dentro de la mayor a la celulitis pélvica, el hematoma infectado y el absceso de cúpula, y como menor se considera la morbilidad febril, la bacteriuria asintomática y las infecciones del tracto urinario. En este estudio se tuvo una baja frecuencia de infecciones 3.2% de Infecciones de vías urinarias y 0.8% de absceso vaginal, esto podría estar en relación a que a 107 pacientes se les prescribió antibiótico en el postoperatorio. En un estudio del Hospital de la Mujer se encontró

que la morbilidad mayor (celulitis y absceso de cúpula fue de sólo 5% del total de los casos.²⁹ La infección de vías urinarias se encontró en un 3.2% similar a el 3.4% reportado por Dicker, y al 2.6% reportado por el INPer en la operación de Pereyra, pero con una frecuencia relativamente alta en el estudio de Nieto con un 6.4-14.8%.^{10, 26, 35}

CONCLUSIONES

Después de analizar los datos que se presentan en este trabajo se concluye:

1. La incidencia Global de complicaciones en el Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud durante el 1ro. de agosto 1994 y el 31 de julio de 1995 fue del 28%.

Siendo las complicaciones más frecuentes las siguientes:

- a.- la retención urinaria (8%),
- b.- la incontinencia urinaria recidivante (4.8%) y
- c.- la infección de vías urinarias (3.2%)

2. La frecuencia de procesos infecciosos fue baja 4% (5 casos de I.V.U. y un caso de absceso vaginal), probablemente a que un porcentaje importante de pacientes recibió antibióticos en el postoperatorio.

3. La mortalidad en la Cirugía Ginecológica por vía vaginal fue nula.

4. Las complicaciones de la cirugía vaginal pueden reducirse al mínimo, realizando una asepsia y antisepsia meticulosa, hemostasia adecuada, empleo de doble ligaduras para pedículos vasculares, cuidadosa manipulación de los tejidos, erradicación de espacios muertos y el uso correcto y apropiado de cateterismo vesical.

5. Se menciona que la edad avanzada, la obesidad, la presencia de enfermedades intercurrentes como la diabetes, el antecedente de cirugía abdominopélvica aumentan las posibilidades de una complicación postoperatoria. En este estudio se encontró:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- a) El 4.8% de las complicaciones se presentó en pacientes de más de 60 años (tercera edad).
- b) El 21.6% de las pacientes que presentaron alguna complicación no tenían ninguna patología sistémica agregada.
- c) Así mismo el 20.8% no tenían antecedente de cirugía previa.
- d) El 20.8% tenían algún grado de sobrepeso , pero sólo el 3.2% tenía sobrepeso grado III.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguirre, F. Tratamiento del cisto y rectocele.. Memorias IV congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia 1963, 1 : 125-139.
2. Alva, TH, et al. Fístula urogenital: Experiencia institucional. Ginec. Obstet. Méx. 1994; 62: 262-268
3. Benigno, HB. et al. A comparision of piperacilli, cepholothin and cefoxitin in prevention of postoperative infections in patiens: undergoin vaginal hysterectomy . Surg. Gynecol. Obstet. 1986 Nov, 163:5 421-427.
4. Belloso AR. Prolapso genital- Incontinencia de orina por esfuerzo en la mujer. Panamericana 1965: 121-126
5. Benson, RC. Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos. Consideraciones generales y quirúrgicas en ginecología. 5a. edición. Manual Moderno 1989: 794-810
6. Botella ,J. Tratado de ginecología. Infección genital baja. 14va. edición. Ediciones Díaz de Santos 1993: 823-831
7. Capen, CV. et al. Cirugía ginecológica: Valoración preoperatoria. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 1988; 3: 649-659

8. Copeland, L.J. et al. Ginecología. Capítulo 35 Editorial Panamericana 1995: 660-684
9. Cruikshank, SM, et al. Preventing posthysterectomy vaginal vault prolapse and enterocele during vaginal hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 1978 jun. 156:643-40
10. Dicker, RC. et al. Complication of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. Am. J. Obstet. Gynecol. 1982; 144: 841-848
11. Duff, P. et al. Uso de antibióticos en obstetricia y ginecología. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. 1992; 13: 427-485
12. Drutz, HP. et al. Unrecognized small vesicovaginal fistula as cause of persistent urinary incontinence. Am. J. Obstet. Gynecol. 1988; 158: 237-40
13. Freda, VC. Ureteral injury discovered after pelvic surgery. Am. J. Obstet. Gynecol. 1962; 83: 496-409
14. Girtsch, MA. et al. Trend in thirty years of vaginal hysterectomy. Surgery, Gynecology and Obstetrics. 1991; 172 : 207-210
15. Gray, LA. Complicaciones de la cirugía vaginal. Clin. Obstet. Gynecol. 1982;25(4) 907-918.

16. Iris, CS, et al. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Comparación de cuatro métodos de cistoretropexia. Seguimiento a dos años. Ginec. Obst. Méx. 1994; 62: 287-291
17. Käser, O. Atlas de operaciones ginecológicas. Capítulos 1 y 12. Cuarta edición. Toray 1982
18. Labasky, RF. Prevention and management of urovaginal fistulas. Clin. Obstet. Gynecol. 1990; 33 (3): 382-7
19. Langmade CF. et al. Partial colpocleisis. Am. J. Obstet. Gynecol. 1986; 154: 1200-1205
20. Levinson, CJ. Hysterectomy Complication. Clinical Obstetrics and Gynecology. 1972, 15 (35): 802-826
21. Limón, LL. et al. Lesiones urológicas en cirugía ginecológica y uroginecológica. Dos años de experiencia institucional. Ginec. Obstet. Méx. 1994; 65: 410-413
22. Meirou, D. et al . Evaluation and treatment of iatrogenic ureteral injuries during obstetric and gynecologic operations for nonmalignant conditions. J. Amn. Coll. Surg, 1994; 178: 144-148
23. Meeks R. Repair of vaginal vault prolapse by suspension of the vagina to ilioococcygeus (prespinous) fascia. Am.J. Obstet. Gynecol 1994; 171: 1444-1454.
24. Neale, R. Complications of urogynaecological surgery. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 1995; 7: 400-403

25. Nichols, DH. Gynecologic and Obstetric Surgery. History of Gynecologic surgery. Mosby 1993: 3-24
26. Nieto E. et al. Histerectomía vaginal: Experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginec, Obstet. Méx. 1994; 62: 255-258
27. Novak, ER. Tratado de Ginecología. Historia Clínica, examen físico e intervenciones operatoria. 9a. edición. Interamericana 1977: 110-119
28. Osborne, NG, et al. Preoperative hot conization of the cervix: A possible method to reduce postoperative febrile morbidity following vaginal hysterectomy. Am J. Obstet. Gynecol. 1979; 133: 374-378
29. Pérez, AA, et al. Morbilidad en Histerectomía Abdominal y Vaginal con cúpula abierta y cerrada. Analisis de 60 casos. Rev Med. Hosp. Muj. 1995; 5 (3):56-59
30. Pérez, SJL. et al. Histerectomía vaginal. Memorias curso Monográfico Teórico Práctico de Actualización en Cirugía Ginecológica 1981: 161-178
31. Porges RF. Long- Term analysis of the surgical management of pelvic support defects. Am. J. Obstet. Gynecol. 1994; 171: 1518-1528
32. Richter K et al. Eversión masiva de la vagina: Patogenia, diagnóstico y tratamiento del prolapso verdadero del muñón vaginal. Clin. Obstet. Gynecol. 1982; 25 (4):740-764
33. Rudigoz R. Les prolapsus après hysterectomic. J. Gyn Obstet. Biol. Reprod. 1981; 10: 241-2

34. Shull BL, et al. Surgical management of prolapse of the anterior vaginal segment an analysis of support defects, operative morbidity and anatomic outcome. Am. J. Obstet. Gynecol. 1994; 171: 1429-39
35. Simonin, DGF et al. Incontinencia urinaria genuina de esfuerzo. Análisis de dos técnicas quirúrgicas: Pereyra y Burch. Ginec. Obstet. Méx. 1994 62: 319-321.
36. Stewart, DW. et al. Salpingo-vesical fistula. Rare and unusual complication of vaginal hysterectomy. Urology 1990 36:1 66-67
37. Symmonds R. Posthysterectomy enterocele and vaginal vault prolapse. A. J. Obstet. Gynecol. 1981; 140: 852
38. Thompson, JD. Te Linde Ginecología quirúrgica. 7a. edición Panamericana 1993
39. Thomsen RJ. Prophylactic antibiotics for vaginal surgery. A historical addendum. Am. J. Obstet. Gynecol. 1976, 125 : 270-271
40. Vietz, MP et al. A new approach to hysterectomy without colpotomy: pelviscopic intrafacial hysterectomy. Am J. Obstet. Gynecol. 1994; 170: 609-613