



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA
UNIDAD GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRINCIPALES COMPLICACIONES EN PACIENTES POSTOPERADAS DE
HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL
DE MÉXICO EN EL PERÍODO ENERO 2018 A DICIEMBRE 2018**

**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
TERESA VERÓNICA CORTÉS RAMÍREZ**

**ASESOR:
DRA. PAULINA CORREA GARCIA**

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2019.



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.

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. ANTECEDENTES	3
1.2. DEFINICIÓN:	4
1.3. INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA VAGINAL:	4
1.4. COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA VAGINAL:	6
1.5. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE HISTERECTOMÍA VAGINAL: 17	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3. JUSTIFICACIÓN	14
4. HIPÓTESIS	14
5. OBJETIVOS	14
5.1. OBJETIVO GENERAL	14
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
6. METODOLOGÍA	15
6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	15
6.2. POBLACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	15
6.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	15
6.4. VARIABLES	16
6.5. RECOLECCIÓN DE DATOS	16
6.6. IMPLICACIONES ETICAS DEL ESTUDIO	16
7. RESULTADOS	16
8. DISCUSIÓN	26
9. CONCLUSIÓN	27
10. REFERENCIAS	28

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por acompañarme cada momento, por la fuerza para superar obstáculos y dificultades, por ayudarme a mantener viva la fé.

A mi madre, Lupita, la mujer más increíble en mi vida, quién me ha enseñado que todo es posible, por su amor y comprensión, por estar a mi lado en todo momento, por no permitirme rendirme y enseñarme a ser valiente, por hacer de mi, la persona que soy. A mi tío Roberto, por su paciencia y cariño, por ayudarme a cumplir mis metas y sueños, por inculcar en mi, virtudes y valores, y por estar siempre a mi lado. No tengo palabras para expresar mi gratitud a ambos, por su cariño incondicional, por su incansable apoyo, por ayudarme a culminar mis estudios y por acompañarme a lo largo de este camino.

A la memoria de mis abuelos, Teresa y Roberto, su ejemplo me mantuvo de pie cuando quise rendirme, su cariño, enseñanzas y sabiduría prevalecen en mí.

A mi familia, tíos, tías y primos, por ser el pilar más importante en mi vida, por su cariño y amor, por el incondicional apoyo a lo largo de mis estudios.

A todos mis maestros, por formar parte de mi educación, por su paciencia, por guiarme y corregirme, y por darme la oportunidad de aprender de ellos, gracias por darme las pautas para mi formación profesional.

Al Hospital General de México, por formarme como especialista, a todo su personal por su apoyo, a sus pacientes por permitirme aprender al brindarles atención.

A mis compañeras de generación, por que más que mis compañeras, las considero mis amigas e incluso mis hermanas, por estar a mi lado en esta aventura, por compartir desde los momentos más bellos, hasta los más difíciles.

Teresa Verónica

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar las principales complicaciones en pacientes postoperadas de histerectomía vaginal reconstructiva en el Hospital General de México en el periodo enero 2018 a diciembre 2018.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, analítico y longitudinal, en el que se incluyeron todas pacientes potoperadas de histerectomía vaginal reconstructiva en el Hospital General de México, en el período comprendido entre enero 2018 a diciembre 2018, se incluyeron 55 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión.

RESULTADOS: En el período de enero 2018 a diciembre 2018, se realizaron un total de 55 histerectomías vías vaginal en el servicio de Ginecología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. La principal complicación transoperatoria es la hemorragia, con un 14.54%, se identificó que el 5.54% presentó fiebre, dentro de las complicaciones mediatas, finalmente las complicaciones tardías, se presentaron como prolapso de cúpula en 4%, cistocele 4% y finalmente retención urinaria 4%.

CONCLUSIONES: El alto porcentaje de complicaciones transoperatorias encontrado en nuestro estudio, por arriba de lo reportado en la literatura, nos obliga a investigar los factores asociados a las complicaciones para tomar medidas de prevención de las mismas.

PALABRAS CLAVE: histerectomía vaginal, complicaciones, indicaciones, lesión.

ABREVIACIONES:

HVR histerectomía vaginal reconstructiva

HGM Hospital General de México

1. INTRODUCCIÓN

La vía de acceso vaginal es la técnica de referencia para la realización de la histerectomía en el tratamiento de patologías benignas. Se basa en una técnica simple y reproducible, en la que tanto la colocación de la paciente como el material quirúrgico son específicos. La anatomía quirúrgica por vía baja debe conocerse bien, con la abertura de los espacios de disección, la identificación de las estructuras ligamentarias, de los pedículos vasculares y de los órganos contiguos. Suele ser necesario utilizar procedimientos de reducción de volumen que deben dominarse por completo: hemisección uterina, miomectomía, fragmentación, vaciamiento subseroso. Permiten realizar esta intervención en la mayoría de las pacientes, incluso en las nuligestas o después de una cesárea. Asimismo, la anexectomía se puede realizar por vía baja en la mayoría de los casos. 1

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados en los Estados Unidos. Las indicaciones más comunes de histerectomía son los leiomiomas uterinos sintomáticos (40.7%), la endometriosis (17.7%) y el prolapso uterino (14.5%) (Whiteman, 2008). 2

A nivel mundial, la histerectomía, definida como la extracción quirúrgica del útero, es también la cirugía ginecológica realizada con mayor frecuencia, con millones de procedimientos realizados en todo el mundo (Garry, 2005). 2

En 2015, una revisión Cochrane de Aarts et al. confirmó los hallazgos de Nieboer et al. con respecto a las ventajas de la histerectomía vaginal sobre las otras rutas de histerectomía, incluida la histerectomía robótica. Encontró que la histerectomía robótica no presentaba diferencias en los resultados en comparación con la histerectomía laparoscópica convencional, beneficiosa o no. Por lo tanto, ambas revisiones Cochrane concluyeron que la histerectomía vaginal debería considerarse la primera opción para la histerectomía en el tratamiento de afecciones benignas. 3

1.1. ANTECEDENTES

La primera histerectomía por vía vaginal reportada se le atribuye a Sorano de Efeso, de Alejandrina, quien en el año 120 a.C. amputó un útero prolapsado gangrenoso por vía vaginal. 2

En 1813, Langensbeck efectuó la primera histerectomía vaginal intencional en un útero no prolapsado con buenos resultados, pensando que era un carcinoma del cuello uterino. Heaney inicio el pinzamiento preliminar de los ligamentos y la sustitución inmediata de pinzas por suturas, así como el cierre completo de la bóveda vaginal. En 1822, Sauter efectuó la segunda histerectomía vaginal intencional por cáncer, usando una técnica semejante a la que se emplea en la actualidad. En 1829 en Paris, Recamier realizó la primera histerectomía vaginal con éxito, detallando una minuciosa descripción operatoria, con fundamentos anatómicos y utilizando la aguja de Deschamps. En 1878 se realizó la primera histerectomía vaginal en México con buenos resultados. 4

La histerectomía es la cirugía que con mayor frecuencia se realiza luego de la cesárea en Estados Unidos de América. Allí se realizan más de 600,000 histerectomías cada año; contabilizándose entre el año 2000 al 2004, 3.1 millones de histerectomías. En México, no existen datos epidemiológicos sobre la verdadera incidencia de la histerectomía vaginal. 4

En 2008, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos concluyó, que la histerectomía vaginal está asociada con mejores resultados y menores complicaciones que la histerectomía abdominal e histerectomía laparoscópica. Así mismo, una revisión de Cochrane de 2010 donde analizaron los resultados de 34 estudios aleatorios controlados de histerectomía vaginal, histerectomía abdominal e histerectomía laparoscópica concluyeron que los mejores resultados desde el punto de vista clínico son los obtenidos por la cirugía vaginal. 4

En cuanto al índice de complicaciones, en la serie más grande publicada de Weber y Jar-Chi Lee analizaron los resultados de 180 centros, en 37,313 para la histerectomía vaginal con índice total de complicaciones del 7.8%. 4

1.2. DEFINICIÓN:

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero, que se realiza a través de tres abordajes principales, abdominal, vaginal y laparoscópico. 2

Una histerectomía total es la extracción del útero y cérvix. (Lethaby, 2006). 2

1.3. INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA VAGINAL:

La histerectomía mínimamente invasiva (por vía vaginal y laparoscópica) se asocia con menos complicaciones que la laparotomía, por lo que las patologías benignas deben abordarse preferiblemente por vía vaginal o laparoscópica. 5

En Estados Unidos se realizan aproximadamente 600,000 por año. En México no existen datos epidemiológicos sobre su verdadera incidencia. 20

Las indicaciones más frecuentemente citadas para la histerectomía electiva en patología ginecológica benigna incluyen el tratamiento de leiomiomas uterinos, sangrado uterino anormal, endometriosis, prolapso uterino y dolor pélvico crónico. 5

La evaluación individual es esencial cuando se decide la ruta de la histerectomía. Se debe tener en cuenta los siguientes factores: presencia de otras enfermedades o condiciones ginecológicas, tamaño del útero, presencia y tamaño de los fibromas uterino, movilidad y descenso del útero, tamaño y forma de la vagina, historia de cirugía previa (NICE 2007). 2

Tomando en cuenta la necesidad de valoración individual la ruta de la histerectomía deberá ser considerada en el siguiente orden: primero vaginal y segunda abdominal (NICE 2007). 2

Específicamente, el prolapso uterino sintomático se corrige idealmente por vía vaginal con histerectomía simple, generalmente junto con la reparación del enterocele, la suspensión de la bóveda y las reparaciones apropiadas de la pared vaginal anterior y posterior. 6

El tamaño uterino, la preferencia del cirujano, la obesidad, la edad y la necesidad de una reparación concurrente del prolapso o procedimientos de incontinencia son factores importantes en la decisión de elegir una ruta vaginal para la histerectomía. Los beneficios de un abordaje vaginal para la histerectomía en comparación con un abordaje abdominal incluyen una estadía hospitalaria más corta, un retorno más rápido a las actividades normales y menos complicaciones postoperatorias. 6

Las contraindicaciones relativas de la histerectomía vaginal se refieren al tamaño del útero o falta de descenso (prolapso); sin embargo, existen la técnica de morcelación y la de aguja de Deschamps que permiten la extracción de este tipo de úteros. La vía vaginal tiene las ventajas de utilizar un orificio natural del cuerpo, minimizar la cicatrización y utilizar suturas reabsorbibles que disminuyen los costos en comparación con la cirugía laparoscópica o robótica, además de implicar menor sangrado, complicaciones y tiempo de recuperación, aún en pacientes con miomatosis, que la convierte en la opción ideal para la histerectomía en casos de alteración benigna. 19

La histerectomía vaginal se asocia con menores tasas de morbilidad, menor número de complicaciones postoperatorias y menor tiempo de recuperación que la histerectomía abdominal, por lo general es la primera opción de tratamiento quirúrgico cuando las indicaciones para la histerectomía son benignas (SOGC supracervical hysterectomy, 2010). 2

La histerectomía vaginal es una alternativa válida sobre la histerectomía abdominal, aún en úteros aumentados de tamaño (NICE Heavy menstrual Bleeding, 2007). 2

La vía vaginal deber ser considerada como la primera opción para todas las indicaciones benignas (GAC 2004 Summary of recommended guideline Hysterectomy procedure). 2

1.4. COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA VAGINAL:

El dictamen del Comité Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos recomienda la histerectomía vaginal en lugar de los abordajes laparoscópicos y abdominales para la enfermedad benigna debido a las tasas de complicaciones más bajas y los tiempos quirúrgicos más cortos. 7

La histerectomía vaginal se considera un procedimiento mínimamente invasivo, los beneficios de este procedimiento sobre la cirugía abierta convencional han sido bien establecidos, incluyendo menos dolor, menor estadía en el hospital, un retorno más rápido a la actividad normal y menos complicaciones perioperatorias como episodios febriles e infección. 8

Con frecuencia, la cirugía ginecológica implica la realización de disecciones muy minuciosas en zonas cercanas a la vejiga, el recto, los uréteres y los grandes vasos de la pelvis. La estrecha relación anatómica entre estos órganos hace que a menudo se afecten durante la cirugía pélvica. Cuando sobreviene una complicación debe reconocerse y tratarse adecuadamente y de inmediato. 9

Las complicaciones de las lesiones pueden evitarse con la identificación oportuna, el conocimiento suficiente de la anatomía y la aplicación de técnicas quirúrgicas metódicas y cuidadosas, con disección cortante y manipulación delicada de los tejidos y con alto índice de sospecha constante. 9

Las complicaciones inmediatas de la histerectomía vaginal incluyen hemorragia, formación de hematoma, infección y, con menos frecuencia, retención urinaria. Las complicaciones a largo plazo son dispareunia y capacidad vaginal reducida, especialmente si la piel vaginal se corta de manera inapropiada. Las reparaciones fasciales, especialmente del compartimento anterior, pueden reaparecer en aproximadamente un tercio de los casos. Las reparaciones fasciales del compartimento posterior funcionan mejor con solo un 20% de recurrencia. El apoyo inadecuado de la cúpula vaginal puede provocar la recurrencia del prolapso de la bóveda vaginal. 10

Las complicaciones intraoperatorias graves más comunes de la histerectomía son hemorragia y lesión del tracto urinario inferior. Aunque la definición de hemorragia es algo arbitraria, la mayoría consideraría una pérdida de sangre de más de 1000 ml o la necesidad de una transfusión de sangre como criterios aceptables. Usando esta definición, el riesgo de hemorragia en la histerectomía es de aproximadamente 1% a 3%. 11

Con base en los resultados de los estudios aleatorios que compáran dos o más rutas de histerectomía, la media estimada de pérdida de sangre para histerectomía vaginal es de 215-287ml. 12

La hemorragia es la principal causa de paro cardíaco que se desarrolla dentro de las salas de quirófano. Son muchos los factores humanos involucrados en el proceso que conduce al desarrollo de una hemorragia a un grado crítico y dentro de los que se incluyen el procedimiento quirúrgico, las prácticas transfusionales, el abastecimiento de sangre y el manejo anestésico. 13

En un intento por disminuir las pérdidas hemáticas intraoperatorias, se han desarrollado técnicas anestésicas (Hipotensiva, normotérmica, regional, entre otras) y de forma paralela, se han ideado instrumental quirúrgico (mecánicos, térmicos o

químicos), que permiten lograr hemostasia efectiva, fundamental para la conservación de la sangre, aminorar la manipulación de los tejidos y mejorar la visibilidad, sin despreciar, que acortan el tiempo quirúrgico. 18

La complicación postoperatoria más común de la histerectomía es la morbilidad febril que ocurre en 10% a 20% de las mujeres. La fiebre después de la histerectomía puede ocurrir por las siguientes razones: infección del sitio quirúrgico, absceso pélvico, neumonía o pielonefritis; la fiebre puede ser inexplicable y resolverse sin consecuencias (50% de todas las fiebres posthisterectomía). 14

La evidencia reciente sugiere que la mayoría de las fiebres posoperatorias no explicadas no se deben a la atelectasia pulmonar, sino que son el resultado de un aumento de las interleucinas y las citocinas. Independientemente de la causa, una fiebre postoperatoria después de la histerectomía aumenta la estancia hospitalaria en un promedio de 1 a 2 días. 14

La histerectomía vaginal muestra tasas bajas de complicaciones. La infección de la herida no contribuye significativamente al reingreso en estos pacientes, a diferencia de otras vías de histerectomía. La optimización preoperatoria del estado funcional y las afecciones médicas como la diabetes reducirá aún más el riesgo de reingreso en mujeres sometidas a histerectomía vaginal. 15

La lesión del tracto urinario inferior, incluida la lesión de la vejiga, la lesión ureteral, la lesión uretral y la fístula vesicovaginal, ocurre en aproximadamente 0.5% a 3% de las histerectomías. 16

1.5. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE HISTERECTOMÍA VAGINAL: 17

1. Colocación de puntos de referencia: se colocan tres puntos de referencia de seda en la mucosa vaginal, uno a cada lado del cérvix en el punto de inserción de los ligamentos cardinales y uno en el centro del cérvix. La pared vaginal anterior se eleva entre dos pinzas de Allis en la línea media en la unión vaginal cervical.
2. Abertura de la pared vaginal anterior: la incisión transversa inicial a través de la pared vaginal anterior se realiza, con las tijeras sostenidas verticalmente, en la unión cervicovaginal y se extiende luego en sentido lateral a ambos lados. La abertura se extiende a través de la capa vesicovaginal areolar de fascia. El espacio entre la pared vaginal y el cérvix se abre también. La incisión circundante en este plano se practica por debajo de los puntos de referencia laterales.
3. Despegamiento de la pared vaginal anterior: con tracción hacia abajo mantenida en el cérvix y las puntas de las tijeras contra la superficie de la mucosa vaginal, alternativamente se separan, cierran y avanzan en secuencia en dirección de la uretra para abrir el espacio entre la mucosa vaginal y la cápsula de la vejiga. Se mantiene contracción en la mucosa vaginal incidida con pinzas de Allis, bien colocadas en los márgenes.
4. Sección de la pared vaginal anterior: la pared anterior relajada se estira hacia abajo y se secciona en la línea media desde el cérvix hasta un punto justo por debajo de la uretra.
5. Despegamiento de la vejiga: la vejiga se expone separando los bordes cortados de la pared vaginal con pinzas de Allis. Se disecciona una capa de fascia de la pared vaginal a ambos lados desde la uretra al cérvix. Es posible hacer esto en un plano que no sangra mediante tracción y contracción entre la pared vaginal y la vejiga. Se observará que los vasos sanguíneos se encuentran en y sobre la fascia, pero no penetran en la mucosa vaginal. La disección se extiende en sentido lateral a cada lado a un nivel ligeramente superior al borde inferior de la

rama pubiana. Puede realizarse mediante disección se continúa hasta que la vejiga y la uretra están libres de toda inserción lateral a la pared vaginal.

6. Sección de los ligamentos uterovesicales: la vejiga se separa del cérvix y del seguimiento inferior del útero anteriormente, mientras que se mantiene firme la tracción sobre el cérvix hacia abajo. El borde inferior de la vejiga se eleva y las fibras ligamentosas que se insertan en el cérvix se cortan. Al identificar el plano entre la vejiga y el cérvix, la vejiga puede ser despegada con facilidad sobre el útero empujando hacia arriba contra el cérvix.
7. Despegamiento de la vejiga: la vejiga se ha despegado hasta el punto donde se ve el pliegue peritoneal vesicouterino. Los vasos uterinos se observan en el lado anterolateral del cérvix.
8. Movilización de la pared vaginal separándola del cérvix posteriormente: se estira el cérvix hacia arriba en dirección a la sínfisis, y la incisión transversa anterior en la mucosa vaginal se extiende en sentido posterior para rodear por completo al cérvix. Mediante disección fina con tijeras y digitalmente se empuja separando la pared vaginal del cérvix en la línea media, lo que previamente se marcó con un punto de referencia.
9. Exposición de los ligamentos cardinales: la pared vaginal posterior se libera más hacia arriba en la línea media y lateralmente de forma digital, lo que expone las inserciones de los ligamentos cardinal y uterosacro, que se unen en ese punto a la cara posterolateral del cérvix. La pared vaginal se separa del cérvix a todo lo largo hacia el pliegue peritoneal del fondo de saco.
10. Pinzamiento de los ligamentos cardinales: con el cérvix estirado hacia abajo, se disecciona la pared vaginal de los ligamentos cardinales lateralmente. Con pinzas Kocher, los ligamentos cardinales se pinzan por partida doble a cada lado con las puntas contra el cérvix inmediatamente por debajo de los vasos uterinos. Se fusionan lateralmente en la base, de forma que se acortan hasta la extensión indicada por su longitud.
11. Ligadura de los ligamentos cardinales: se cortan a cada lado del cérvix y se ligan doblemente con suturas de catgut crómico no.2, se deja una sutura larga para identificación.

12. Pinzamiento de los vasos uterinos: se mantiene la tracción continua sobre el cérvix, los vasos uterinos se pinzan doblemente cerca del cérvix, es importante mantener las pinzas cerca del cérvix para evitar la lesión de los uréteres
13. Ligadura de los vasos uterinos: los vasos uterinos han sido cortados entre el cérvix y las pinzas y doblemente ligados lateral a ellas.
14. Abertura de la cavidad peritoneal anteriormente: la vejiga se estira hacia arriba, el cérvix se sostiene hacia abajo, se incide en sentido transversal el pliegue peritoneal uterovesical y se abre la cavidad peritoneal. Se coloca un punto fiador en el peritoneo y se mantiene para identificación, con una pinza Pozzi se toma el cuerpo uterino.
15. Volteo del cuerpo uterino y ligadura de los ligamentos anchos: se tracciona la cara anterior del útero con la pinza Pozzy para voltear el útero a través del orificio peritoneal anterior. Se coloca un separador vesical en la cavidad peritoneal y se sostiene hacia arriba. Se exponen los ligamentos uterosacros. El ligamento redondo, el ovárico, la trompa de Falopio y el ligamento ancho se pinzan juntos doblemente por debajo del ligamento uterosacro y se cortan entre las pinzas y el útero. Se ligan con suturas dobles y una se deja larga.
16. Ligadura de los ligamentos uterosacros: mientras cada ligamento uterosacro se sostiene con una pinza de Allis, se coloca una sutura profunda en ellos cerca del cérvix, se ligan y se dejan largas. Se examina el fondo de saco.
17. Pinzamiento y sección de los ligamentos uterosacros: el fondo uterino se estira hacia abajo y los ligamentos uterosacros, con sus inserciones ligamentosas a la cara posterior del cérvix se pinzan y seccionan.
18. Extracción del útero y posterior ligadura de los ligamentos uterosacros: se ha extraído el útero y se coloca una sutura adicional en cada unión de los ligamentos uterosacros y en la fascia implicada para controlar el sangrado. Se cortan estas suturas.
19. Obliteración del fondo de saco: se cierra el fondo de saco, y los ligamentos uterosacros se acortan más con tres o cuatro suturas entrecortadas se da aproximándolos desde sus extremos seccionados hasta un punto justo anterior al recto (para prevenir la aparición de un eneterocele).

20. Cierre de la cavidad peritoneal: se cierra con catgut crómico en bolsa, se tiene cuidado de incorporar a la sutura el peritoneo libre, así como el que recubre las trompas, ligamentos redondo y ancho y ligamentos uterosacros aproximados. Estos muñones se dejan extraperitoneales. Las suturas del ligamento ancho y en bolsa se cortan, mientras que las del ligamento uterosacro se dejan largas para empleo posterior.
21. Histerectomía completada: se ha cerrado el peritoneo y las suturas de catgut crómico de los ligamentos uterosacros se sostienen juntas para una posterior ligadura a la cúpula vaginal. La histerectomía se ha completado ahora.
22. REPARACIÓN DEL CISTOCELE
23. Reaproximación de la fascia vesical: la fascia vesical previamente separada de la pared vaginal a cada lado de la línea media se rea próxima ahora para sostener la vejiga y repara el cistocele. A nivel del muñón de los ligamentos uterosacros se colocan sutura imbricadas entrecortadas en sentido transversal hasta el ángulo uretrovesical.
24. Prevención o corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo: el ángulo uretrovesical puede ser identificado al traccionar la sonda de Foley. Puede colocarse un punto de colchonero de seda para apoyo adicional para corregir la incontinencia. La fascia parauretral se aproxima por arriba del meato urinario.
25. Escisión del exceso de mucosa vaginal: se escinde el exceso de mucosa vaginal a ambos lados. La línea de escisión se extiende hacia arriba, desde 2.5cm en sentido medial al punto de referencia de seda hasta la uretra.
26. Cierre de la pared vaginal y fijación de los ligamentos uterosacro y cardinal: a nivel de la uretra, se cierra la pared vaginal anterior con una serie de suturas entrecortadas. Antes del cierre total de la pared vaginal, se ligan los ligamentos uterosacros mediante sus suturas largas a la cúpula vaginal a cada lado del punto de referencia de seda posterior. Las suturas del ligamento cardinal se colocan a través del muñón del ligamento cardinal opuesto y se ligan a la pared vaginal en el lugar del punto de referencia lateral de seda. La vejiga y la cúpula vaginal están completamente sujetas mediante una fascia muy reforzada desde la sínfisis pubiana hasta el sacro.

27. Cierre y drenaje de la cúpula vaginal se cierra el resto de la pared vaginal y se escinde la mucosa vaginal sobrante, se inserta una venda de gasa yodofórmica bajo la mucosa vaginal para drenaje de este espacio. Se quitan todos los puntos de referencia.

28. REPARACIÓN DEL RECTOCELE Y PERINÉ

29. Escisión del tejido de cicatrización: se expone el periné mediante tracción sobre las pintas de Pozzi colocadas a los lados del orificio vaginal. Puede escindirse con tijeras una banda transversa o porción triangular de este tejido sobrante cicatrizado.

30. Abertura del espacio prerrectal: el espacio entre la pared vaginal, cuerpo perineal y fascia prerrectal se forma con disección roma y aguda. La disección en la línea media se continúa hacia arriba hasta un punto por encima del nivel del rectocele. Es frecuente disecar la pared vaginal posterior para una buena exposición, se diseca hasta exponer los músculos del elevador, lo que puede producir más sangrado que en cualquier otro paso de la cirugía.

31. Reparación del rectocele: la fina fascia prerrectal que recubre el rectocele se rapara mediante la unión de suturas imbricadas, transversalmente, que se extienden por arriba del rectocele hasta el cuerpo perineal.

32. Escisión del exceso de mucosa vaginal: el exceso de mucosa de la pared vaginal posterior se repara colocando una sutura en el vértice de la incisión en la pared vaginal. Los bordes inferiores de los músculos elevadores del ano pueden verse ahora. Se aproximan mediante tres o cuatro suturas en el cuerpo del músculo.

33. Reparación del suelo pélvico: la pared vaginal se cierra desde el vértice de abajo con suturas entrecortadas, mientras que las del elevador se mantienen en tracción para indicar la longitud del periné. Debe tenerse cuidado en anudar las suturas vaginales a la fascia subyacente y los músculos elevadores aproximados para obliterar cualquier espacio y prevenir la formación de hematomas.

34. Cierre del periné: el suelo pélvico se ha reconstruido ahora, y la pared vaginal posterior se ha cerrado a nivel del introito vaginal recientemente creado. La vagina puede comprimirse con gasa yodofórmica para controlar pérdidas y asegurar una mejor aproximación de las paredes vaginales.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- La histerectomía vaginal es una cirugía comúnmente realizada, se debe tomar en cuenta, de acuerdo a la literatura actual, que se debe considerar el abordaje vía vaginal antes que el abdominal, para realizar histerectomía, por lo que es imprescindible determinar que complicaciones se pueden presentar derivadas de este procedimiento.

3. JUSTIFICACIÓN

- Al conocer las complicaciones más frecuentes de la histerectomía vaginal podemos anticiparnos a la prevención de las mismas, actualmente se desconoce las principales complicaciones en pacientes postoperadas de histerectomía vaginal reconstructiva en nuestra institución, por lo que consideramos es fundamental identificar las mismas.

4. HIPÓTESIS

- No aplica para estudios descriptivos.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

- Identificar las principales complicaciones en pacientes postoperadas de histerectomía vaginal reconstructiva en el Hospital General de México en el periodo enero 2018 a diciembre 2018.

5.2. Objetivos específicos

- Establecer las complicaciones transoperatorias, mediatas y tardías que se presentan durante el procedimiento quirúrgico.
- Determinar cuál es la indicación quirúrgica más frecuente para realizar histerectomía vaginal reconstructiva.
- Determinar el promedio del tiempo quirúrgico.
- Determinar el promedio del sangrado transoperatorio.
- Determinar el promedio de los días de estancia hospitalaria postoperatoria.

- Identificar los principales diagnósticos anatomopatológicos postoperatorios de acuerdo al resultado de histopatología.

6. METODOLOGÍA

6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

- El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, analítico y longitudinal.

6.2. POBLACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Se estudiaron todas las pacientes a quienes se les realizó HVR en el Hospital General de México en el período comprendido entre enero 2018 a diciembre 2018, que cumplan con los criterios de inclusión.
- De acuerdo al registro de programación quirúrgica, durante el período comprendido entre enero 2018 a diciembre 2018, en el HGM, se revisaron 68 expedientes de pacientes programadas para HVR, de los cuales se encontraron 55 casos a quienes se les realizó histerectomía por vía vaginal en el servicio de Ginecología, se excluyeron 13 pacientes, ya que se les realizó un procedimiento quirúrgico diferente de HVR, por lo que no cumplían con los criterios de inclusión del estudio.

6.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- Criterios de inclusión:
Pacientes sometidas a histerectomía vaginal en el Hospital General de México en el período comprendido entre enero 2018 a diciembre 2018.
Pacientes sometidas a histerectomía vaginal en el Hospital General de México en el período comprendido entre enero 2018 a diciembre 2018 que cuenten con reporte de patología.
- Criterios de exclusión:
Pacientes sometidas a histerectomía vaginal en el Hospital General de México en el período comprendido entre enero 2018 a diciembre 2018 en cuyo expediente no exista la información requerida.

6.4. VARIABLES

Histerectomía vaginal

Edad

Indicación de histerectomía vaginal

Complicaciones transoperatorias

Complicaciones postoperatorias

Tiempo quirúrgico

Sangrado transoperatorio

Transfusión transoperatoria

Días de estancia hospitalaria

Reporte de patología

6.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se revisaron expedientes de paciente sometidas a histerectomía vaginal en el Hospital General de México en el período comprendido entre enero 2018 a diciembre 2018, utilizando como recursos el expediente clínico, notas pre y postoperatorias, nota de evolución y alta.

6.6. IMPLICACIONES ETICAS DEL ESTUDIO

- Se considera un estudio con riesgo nulo, de acuerdo al reglamento de investigación de la Ley General de Salud en su artículo 17, inciso I, es estudio realizado es sin riesgo, se utilizaron métodos de investigación retrospectivos, con revisión de expedientes clínicos, no se identifica al paciente. Se declara que no hay conflicto de intereses.

7. RESULTADOS

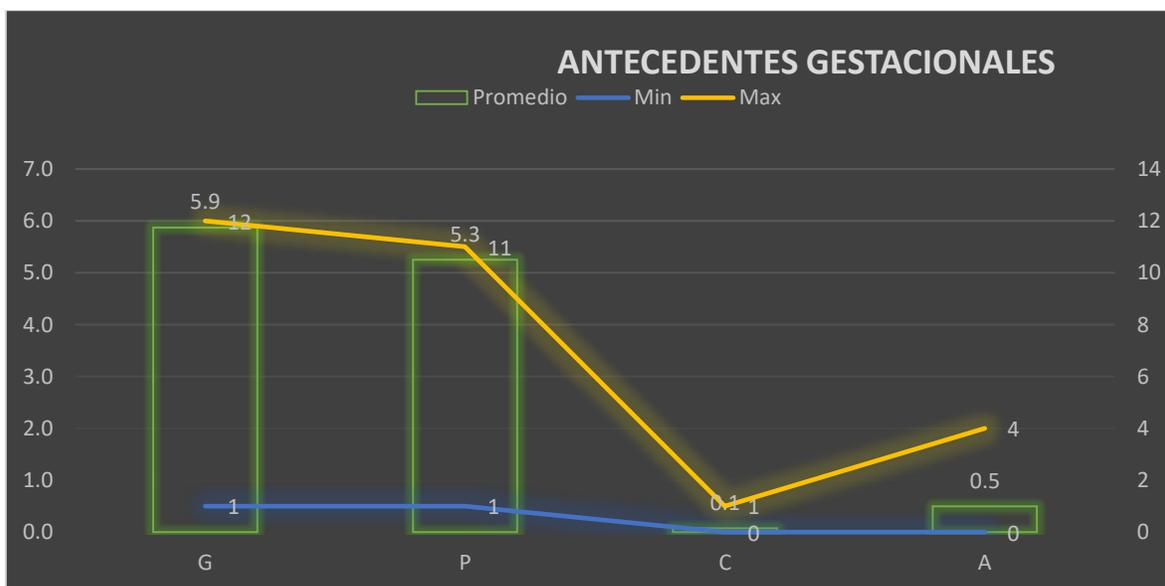
Durante el período de enero 2018 a diciembre 2018, se realizaron un total de 55 histerectomías vía vaginal en el servicio de Ginecología del Hospital General de México. Por medio de los datos obtenidos en el expediente clínico, se recabaron las siguientes variables edad, indicación de histerectomía vaginal, complicaciones transoperatorias, complicaciones postoperatorias, tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, transfusión postoperatoria, días de estancia hospitalaria y reporte de patología.

La edad promedio de las pacientes fue de 65.1 años con una desviación estándar de +/- 8.73 años, con un rango de 48 a 85 años y una mediana de 65 años de edad.

El promedio de paridad fue de 5.87 gestaciones, con una desviación estándar de +/- 3.13, con un rango de 1 a 12, del cual el promedio para antecedente de parto es de 5.2 con una desviación estándar de 2.9 y un rango de 1 a 11, el 100% de las pacientes tenían el antecedente de uno o más partos, en cuanto a cesáreas se encontró que solo 4 de 55 pacientes tenían dicho antecedente.

Tabla 1 ANTECEDENTES GESTACIONALES

	GESTA	GESTA	PARTO	CESÁREA	ABORTO
PROMEDIO	5.9	5.3	0.1	0.1	0.5
MÍNIMO	1	1	0	0	0
MÁXIMO	12	11	1	1	4



Gráfica 1 Distribución de pacientes por antecedentes gestacionales

La indicación más frecuente para realizar histerectomía vaginal reconstructiva fue el prolapso genital total, con 81.82%, seguido de 9.09% por cistocele grado III, 5.45% para cistocele grado II, elongación cervical 1.82%, y finalmente solo en un caso se presentó lito vesical asociado a prolapso genital total, el cual equivale al 1.82%.

Tabla 2 INDICACIONES PREQUIRÚRGICAS PARA HVR

DIAGNÓSTICO	ELONGACIÓN CERVICAL	CISTOCELE GRADO II	CISTOCELE GRADO III	PROLAPSO GENITAL TOTAL + LITO VESICAL	PROLAPSO GENITAL TOTAL
TOTAL	1.82%	5.45%	9.09%	1.82%	81.82%

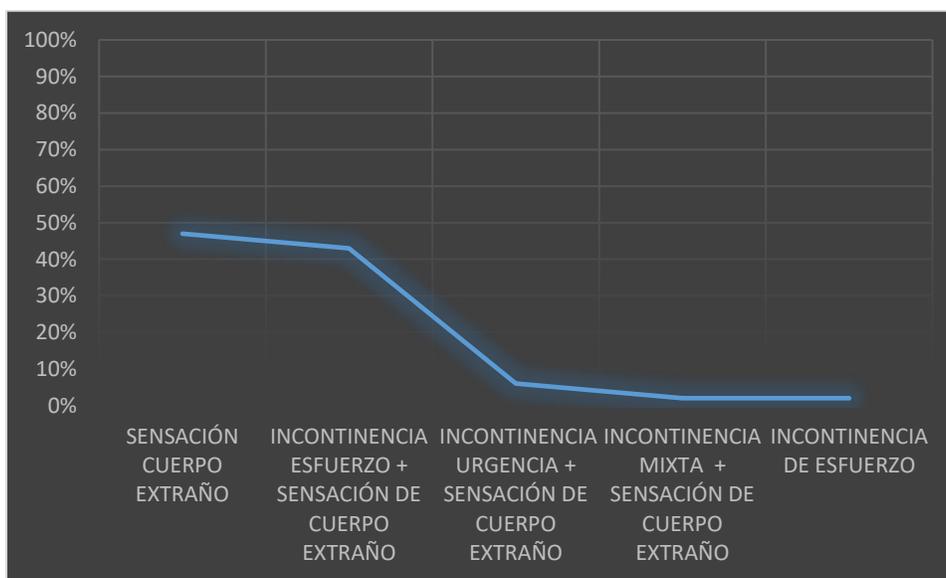


Gráfica 2 distribución de pacientes por diagnóstico prequirúrgico para realizar HVR

De acuerdo a las notas preoperatorias de los casos estudiados, se encontró que la principal sintomatología asociada a la indicación de HVR fue la sensación de cuerpo extraño en vagina, lo que se presentó en 53 pacientes del total (equivalente a), esta sintomatología se asocia a incontinencia de esfuerzo en %, incontinencia de urgencia en %, e incontinencia mixta en %, solo dos pacientes refirieron incontinencia de esfuerzo como sintomatología aislada siendo esta de un %.

Tabla 3 SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A LA INDICACIÓN DE HVR

SENSACIÓN CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA	INCONTINENCIA ESFUERZO + SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	INCONTINENCIA URGENCIA + SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	INCONTINENCIA MIXTA + SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	INCONTINENCIA DE ESFUERZO
47%	43%	6%	2%	2%



Gráfica 3 Distribución de la sintomatología prequirúrgica

Del total de 55 pacientes en estudio, se realizaron 55 histerectomías vía vaginal, de las cuales, en dos casos, además se les realizó además salpingooforectomía bilateral, lo que equivale al 3.63%, solo en un caso se realizó cistolitotomía equivalente a 1.81% de todos los casos.

Tabla 4 TOTAL DE HVR REALIZADAS

CIRUGÍA REALIZADA	%	CASOS
HVR	94.50%	52
HVR MÁS CISTOLITOTOMÍA	1.81%	1
HVR MÁS SALPINGOFORECTOMÍA	3.63%	2
TOTAL	100%	55



Gráfica 4 Resultados globales de la HVR asociada a otras cirugías

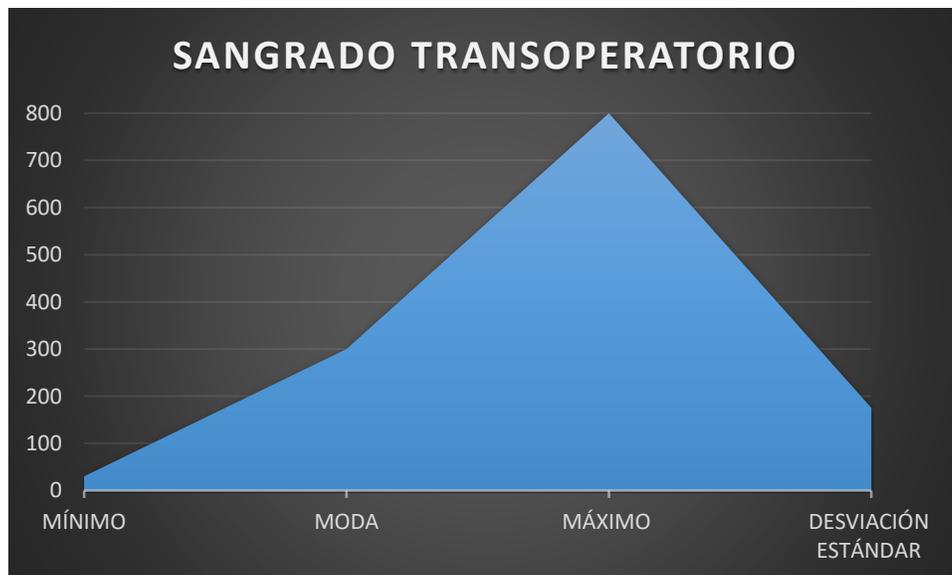
El tiempo quirúrgico promedio fue de 100 minutos, con una desviación estándar de +-26.28 minutos, con un tiempo mínimo de 54 minutos y un máximo de 180 minutos.

TIEMPO PROMEDIO	TIEMPO MÍNIMO	TIEMPO MÁXIMO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
100 minutos	54 minutos	180 minutos	26.2 minutos

El sangrado transoperatorio promedio fue de 278.72ml, con una desviación estándar de +-175.41ml, con un sangrado mínimo de 30ml y un máximo de 800ml, con una moda de 300ml, de los 55 casos estudiados solo en uno requirió transfusión transoperatoria.

Tabla 5 SANGRADO TRANSOPERATORIO

MÍNIMO	30 ML
MODA	300 ML
MÁXIMO	800 ML
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	175.41 ML



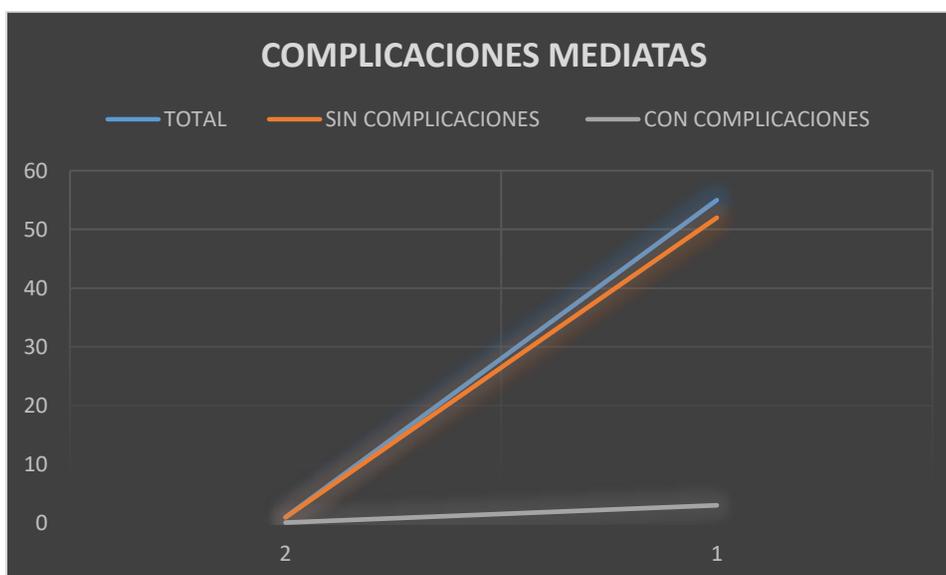
Gráfica 5 Distribución estadística de sangrado transoperatorio

Considerando las complicaciones transoperatorias, como hemorragia y lesión a órgano vecino, se observó que la hemorragia se presentó en 8 pacientes, representando el 14.54% del total de casos (n=55); para fines de este estudio se consideró hemorragia aquellos casos que presentaron sangrado cuantificado y reportado una desviación estándar por encima del promedio, ya que hasta el momento en la literatura no se reportan datos suficientes para establecer un sangrado mínimo y máximo para este procedimiento.

Del total de pacientes estudiadas (n=55), dentro de las complicaciones mediatas, encontramos que el 5.4%, equivalente a 3 casos, presentaron 2 complicaciones mediatas, siendo la principal fiebre, la cual se presentó en 2 casos, lo que corresponde al 3.63%, la segunda causa fue el absceso de cúpula el cual solo se identificó como complicación en una paciente.

Tabla 6 TOTAL DE PACIENTE CON Y SIN COMPLICACIONES MEDIATAS

TOTAL	SIN COMPLICACIONES	CON COMPLICACIONES
55	52	3
100%	94.50%	5.45%



Gráfica 6 Representación gráfica de total de pacientes con y sin complicaciones

En cuanto a las complicaciones tardías, se detectaron 4 principales, siendo la principal la retención urinaria en un 4%, incontinencia de esfuerzo 2%, prolapso de cúpula 4% y cistocele 4%, con lo que encontramos que el 86% de las pacientes no presentan complicaciones.

Tabla 7 TOTAL DE PACIENTES CON Y SIN COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDÍAS

PROLAPSO DE CUPULA	CISTOCELE	INCONTINENCIA DE ESFUERZO	RETENCION URINARIA	SIN COMPLICACIÓN
4%	4%	2%	4%	86%

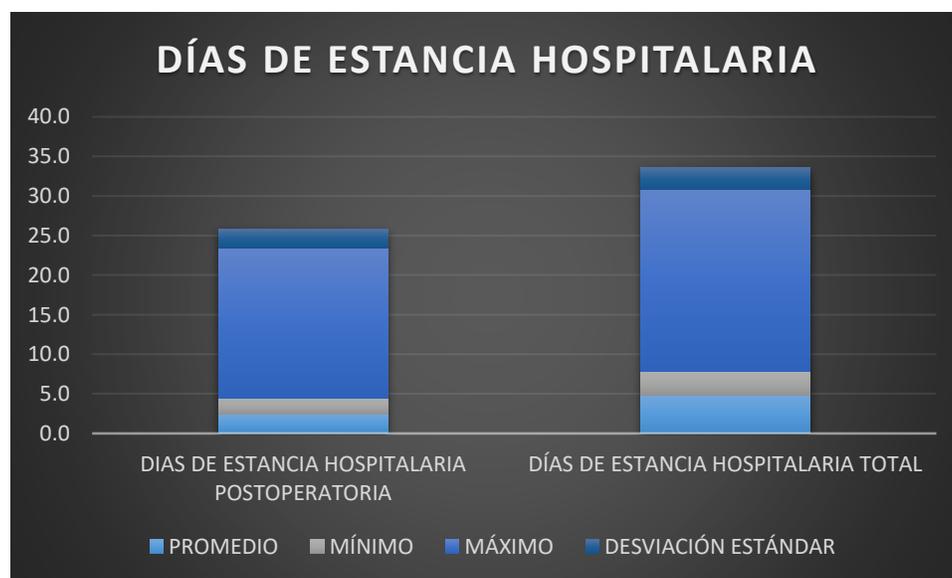


Gráfica 7 PACIENTES CON Y SIN COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDÍAS

La estancia hospitalaria postoperatoria promedio es de 2.5 días, con una desviación estándar de ± 2.34 , con un mínimo de 2 y un máximo de 19 días. El correspondiente a la estancia hospitalaria total promedio es de 4.8 días, con una desviación estándar de ± 2.79 , con un mínimo de 3 y un máximo de 23 días, de los casos estudiados ($n=55$) solo en uno de los casos se presentó estancia hospitalaria de 23 días, lo anterior secundario a absceso de cúpula como complicación mediata.

	DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA POSTOPERATORIA	DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA TOTAL
PROMEDIO	2.5	4.8
MÍNIMO	2	3
MÁXIMO	19	23
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	2.34	2.79

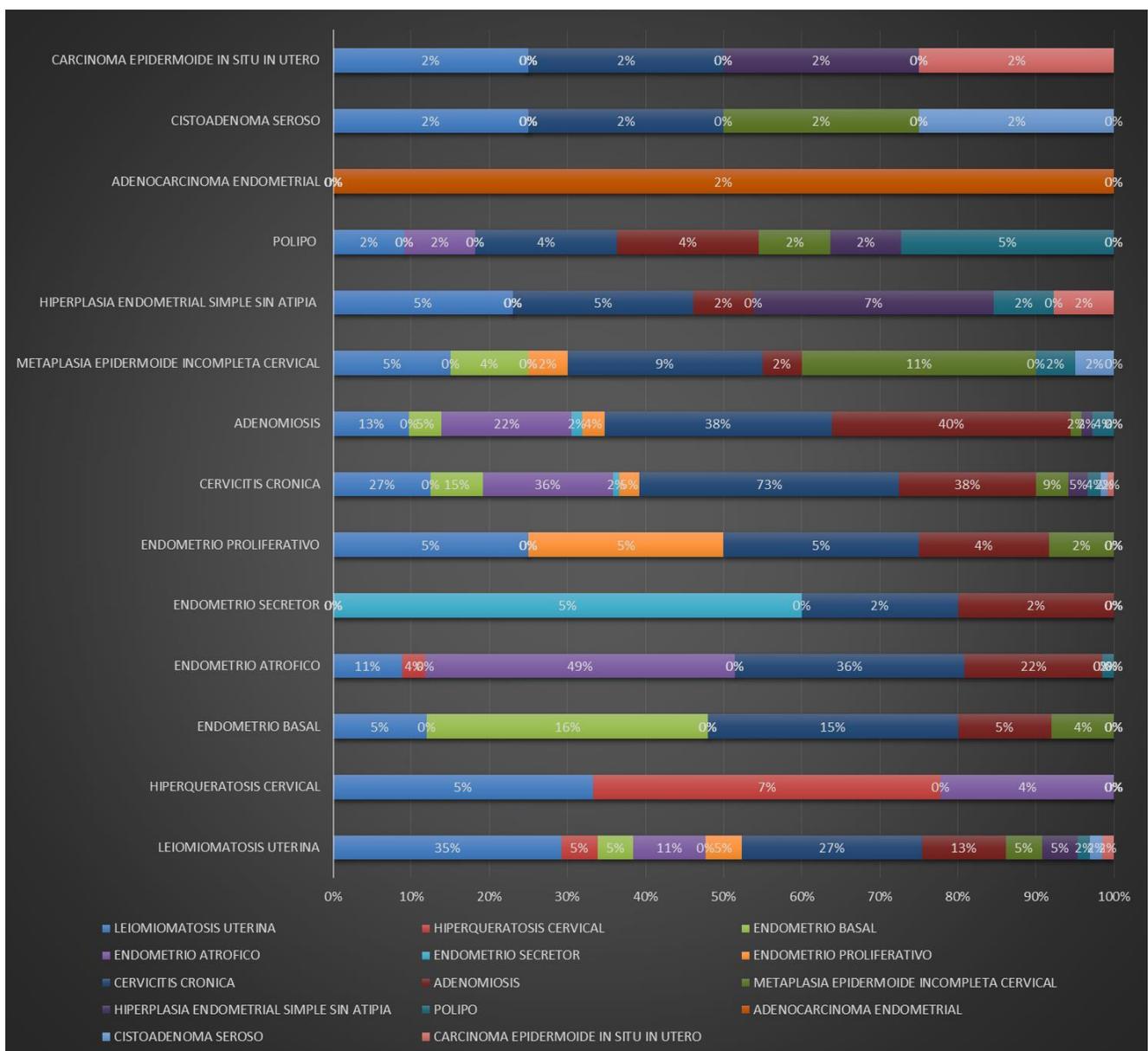
Tabla 8 DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA POSTOPERATORIA Y ESTANCIA TOTAL



Gráfica 8 Distribución de estancia hospitalaria postoperatoria y total

De los expedientes revisados (n=55), se recabó el reporte de histopatología de cada caso, en la siguiente gráfica se muestra la relación entre el diagnóstico histopatológico principal, el cual corresponde a leiomiomatosis uterina, el cual se asocia más frecuentemente a cervicitis crónica. De todos los resultados recabados se encontró que el 96% se trata de patologías benignas, del 4% restante, 2% corresponde a carcinoma epidermoide in situ en útero y 2% adenocarcinoma endometrial.

Gráfica 9 Distribución de Diagnósticos Histopatológicos



8. DISCUSIÓN

El presente estudio partió de un universo de 68 casos, de los cuales a 55 se les realizó histerectomía vaginal reconstructiva, excluyendo 13 casos, ya que se les realizó un procedimiento quirúrgico diferente de HVR. Del grupo en estudio se encontró un promedio de edad de 65.1 años, identificamos el diagnóstico prequirúrgico principal como prolapso genital total en un 81.82%.

La característica principal en cuanto a sintomatología, relacionada con el diagnóstico, fue la sensación de cuerpo extraño en vagina, el cual equivale a 47%, seguido de 43% por sintomatología referida como incontinencia de esfuerzo asociada a sensación de cuerpo extraño en vagina. Para el estudio de las complicaciones más frecuentes de la población total, se agruparon en 3 diferentes grupos, pacientes con complicaciones transoperatorias, pacientes con complicaciones mediatas y pacientes con complicaciones tardías, siendo el grupo más representativo con un 14.54%, el de complicaciones transoperatorias, siendo la principal complicación la hemorragia, considerando hemorragia aquellos casos que presentaron sangrado con una desviación estándar por encima del promedio, de todos los casos (n=55) solo en uno se realizó transfusión sanguínea.

Dentro del grupo de pacientes con complicaciones mediatas, el 5.54% presentó fiebre, finalmente en el grupo de complicaciones tardías, presentaron prolapso de cúpula en 4%, cistocele 4% y finalmente retención urinaria 4%. La estancia hospitalaria posquirúrgica promedio fue de 2.5 días, solo en un caso la estancia hospitalaria fue de 19 días, ya que presentó como complicación absceso de cúpula.

Al recabar los reportes de histopatología se encontró que el 96% corresponde a casos de patología benigna, siendo el principal diagnóstico leiomiomatosis uterina, del 4% restante se identificaron 2 principales patologías malignas, de las cuales 2% corresponde a carcinoma epidermoide in situ en útero y 2% adenocarcinoma endometrial.

9. CONCLUSIÓN

La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas más realizadas, a pesar de que se han desarrollado técnicas alternativas conservadoras, las patologías benignas constituyen las indicaciones más frecuentes. La vía de acceso vaginal es la técnica de referencia recomendada por las sociedades científicas, por lo que es esencial conocer las complicaciones que se pueden presentar. Es notorio señalar que el alto porcentaje de complicaciones transoperatorias encontrado en nuestro estudio, por arriba de lo reportado en la literatura, nos obliga a investigar los factores asociados a las complicaciones para tomar medidas de prevención de las mismas.

10. REFERENCIAS

1. Lucot J.-P., Debodinance P., Coutty N., Cosson M. Hystérectomie vaginale pour pathologies bénignes. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Gynécologie, 2011, pp 41-65.
2. Guía de práctica clínica. GPC. Indicaciones y Contraindicaciones de la Histerectomía en el Segundo Nivel de Atención México: Secretaría de Salud 2010.
3. Chrysostomou. A, Djokovicb D, Evidence-based guidelines for vaginal hysterectomy of the International Society for Gynecologic Endoscopy (ISGE). European journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2018, pp 262-267.
4. Sánchez-Hernández VL, Rodríguez-Parissi I, Gómez- LanderoTello M, Alvarado-Carrasco H. Principales complicaciones posoperatorias de la Histerectomía Vaginal en el Centro Médico de Especialidades “Dr. Rafael Lucio”. Avanc Salud Med 2018; pp 3-9.
5. Thurston, J. Murji, A. SOGC, Clinical Practice Guideline, no. 377 Hysterectomy for Benign Gynaecologic Indications, april 2019, pp 543-553.
6. Rosenblum N, W. Nitti V, Indications and Techniques for Vaginal Hysterectomy for Uterine Prolapse, Vaginal Surgery for the Urologist, Elsevier, 2012, pp 35-47.
7. Robert M, Cenaiko D, MD, Success and Complications of Salpingectomy at the Time of Vaginal Hysterectomy (Elsevier) Journal of Minimally Invasive Gynecology, 2015, pp 864–869.
8. Singh. R. Jain N, Review of Hysterectomy Complications in Teaching Hospitals, Journal of Minimally Invasive Gynecology, Vol. 20. No. 6, 2013, pp 89.
9. Quesnel-García C, Nicolás Avilés-Cabrera R. Accidentes e incidentes en cirugía ginecológica. Ginecología y Obstetricia de México 2010, pp 238-244.
10. Ajay R. Jay I. Essential Obstetrics and Gynaecology, Prolapse and disorders of the urinary tract, 2015, Chapter 21, pp 341-355.
11. Walters, M. Hysterectomy for Benign Disease, Complications of Hysterectomy, Chapter 11, Elsevier, 2010, pp 195-210.

12. Hollman-Montiel, J. P. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna, Archivos de investigación materno infantil, Vol. VI, enero-abril 2014, pp 25-30.
13. Martínez de los Santos, C.A. Alternativas en el manejo de la hemorragia aguda en el transoperatorio, Revista Mexicana de Anestesiología, Vol. 39, abril-junio 2016, pp S276-S280.
14. Recari, L. C. Complicaciones de la cirugía ginecológica, An. Sist. Sanit. Navar, 2009, Vol. 32, Suplemento 1, pp 65-79.
15. Saeed H. Rubinfeld I. Sangha R. Vaginal Hysterectomy Outcomes; Complications and Analysis of Risk Factors for 30-Day Readmission Henry Ford Hospital. Abstracts / Journal of Minimally Invasive Gynecology 24, 2017, pp 201.
16. Granados-Martínez V. Histerectomía y lesiones de tracto urinario en el Instituto Nacional de Perinatología, Perinatología y reproducción Humana, octubre-diciembre 2011, Vol 25. No. 4, pp 205-211.
17. Harold, M.M. Operaciones ginecológicas según la práctica del Woman's Hospital St. Luke's Hospital Center, New York, Histerectomía vaginal y colpoperinoplastia según Gordon G. 1970, Pp 285-305.
18. Montoya S. Rivera, J. VITAE Academia Biomédica Digital, Seguridad Hemostática en Cirugía Electiva, abril-junio 2005, No. 23, pp 1-17.
19. Santos-López, A. Gorbea-Chavéz, V. Histerectomía vaginal para úteros grandes y sin prolapso mediante morcelación y aguja de Deschamps, FACOG, 2015, pp 148-154.
20. Campos N. García, E. Revista de Investigación Médica Sur, Histerectomía vaginal por termofusión en úteros sin prolapso, enero-marzo 2011, No. 18, pp 6-10.