

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CATETERISMO VESICAL EN HISTERECTOMIA VAGINAL

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem in reddish-brown ink. It features a central figure of a seated woman with her hands clasped in prayer, wearing a crown. To her left is a castle tower, and to her right is a rampant lion. Below the central figure is a knight on horseback, holding a lance. The entire scene is framed by two columns with scrolls. The Latin motto 'CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER CETERAS ORBIS' is inscribed around the perimeter of the seal.

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

JULIO RENE CASTELLANOS GUTIERREZ

En el Acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ABRIL DE 1978

PLAN DE TESIS

- I.- INTRODUCCION
- II.- OBJETIVOS
- III.- JUSTIFICACION
- IV.- TECNICA DE HISTERECTOMIA VAGINAL
- V.- ANTECEDENTES
- VI.- MATERIAL Y METODOS
- VII.- CONCLUSIONES
- VIII.- RECOMENDACIONES
- IX.- BIBLIOGRAFIA

La histerectomía vaginal, es un procedimiento quirúrgico utilizado hace muchos años —la primera que se reportó se remonta a 1507 por Berengario de Bolonia⁽³⁾— sin embargo, en los últimos años éste procedimiento quirúrgico ha gozado de gran popularidad, debido a sus mínimas molestias post operatorias y raras complicaciones, constituyéndose así un método quirúrgico rápido y seguro, cuando su indicación es correcta.⁽²⁾

Una de las mejores ventajas de la técnica vaginal para histerectomía es que evita al cirujano la manipulación de los ovarios; rara vez se eliminan durante el curso de la operación, aunque técnicamente a menudo sería fácil⁽³⁾. Aunque en todo procedimiento ginecológico, el criterio clínico y la habilidad operatorio del cirujano juegan un papel importante en el resultado de la intervención.

En la actualidad, se consideran como principales indicaciones la histerectomía vaginal: el prolapso y la relajación del vestíbulo acompañado de rectocele, cistocele, enterocele, razgadura pélvica, incontinencia urinaria⁽⁵⁾; entonces las medidas reparadoras de combinan con la histerectomía, sin embargo, casos de hemorragia vaginal recurrente, retroposiciones dolorosas, Ca in situ y pequeños miomas, también son susceptibles de éste tipo las intervenciones^(1, 6).

Una complicación bastante frecuente luego de cualquier técnica vaginal, especialmente en la reparación de cistole, es la retención urinaria por los puntos de Kelly Kennedy elevados^(6, 16); la histerectomía vaginal, no es la exepción, la manipulación inherente al proceso quirúrgico, da como resultado atonía vesical con retención urinaria secundaria, la cual es pasajera y de intensidad variable^{5,10}.

Para la prevención y el tratamiento de la atonía vesical

secundaria, rutinariamente se coloca una sonda Foley permanente durante un tiempo que varía entre 24 horas, tres y cinco días dependiendo del criterio del cirujano, con esto se drena la orina de la vejiga, mientras ésta es capaz de expulsarla por sí sola. Sin embargo muchos la utilizan en las primeras 24 horas por la dificultad que la enferma tiene para orinar por la compresión que el empaque vaginal ejerce sobre la uretra. En la sección de Ginecología del Hospital General San Juan de dios, utilizamos éstos tres métodos, entre tanto demostramos la utilidad de una de ellas para adoptarlo.

OBJETIVOS

Establecer las ventajas y/o desventajas de la cateterización permanente, durante 24 horas, 72 horas y cinco días post Histerectomía vaginal con o sin corrección del piso vesico uretral, para establecer así el tiempo mínimo necesario de cateterismo vesical.

JUSTIFICACION

Tomando en cuenta la morbilidad secundaria a la cateterización vesical permanente y de que el Hospital General San Juan de Dios no tenemos un criterio unificado en base a nuestra propia experiencia, creemos conveniente establecer el tiempo mínimo necesario de cateterización para obtener una buena respuesta motora de la vejiga en pacientes que sufrieron Histerectomía Vaginal con o sin correcciones. Con esto espero contribuir a disminuir las molestias y contratiempos de la cateterización prolongada; específicamente, la infección urinaria, cuya incidencia aumenta el tiempo de recuperación post operatoria que paralelamente se incrementa, la incomodidad de la sonda y los aspectos económicos consecuentes al uso de medicamentos, hospitalarios, etc.

TECNICA DE HISTERECTOMIA VAGINAL

Al iniciar la intervención quirúrgica, se pinza el cuello y se dirige hacia arriba, descubriendo la pared posterior del cuello a la vagina; se secciona con bisturri la pared vaginal posterior, con el útero a tensión, se disecciona la pared vaginal en la parte posterior del cuello, se separa hasta llegar a los ligamentos uterosacros en ambos lados y aparece entre ellos el fondo de saco posterior, se incide el peritoneo posterior penetrando a la cavidad peritoneal, se introduce luego el dedo índice al interior de la cavidad, explorándose el fondo de saco, asegurándose de que no existen adherencias al ligamento uterosacro, se ejerce tracción al cuello hacia arriba, se pinza el ligamento uterosacro y se secciona con bisturri el tejido interpuesto entre el ligamento y el útero, el tejido como rendido entre la pinza se anuda con ligadura, éstos no se seccionan, se dejan largos, se pinzan y se usarán más tarde en las reparaciones, lo mismo se practica en el lado opuesto, luego se dirige el cuello hacia abajo y a la izquierda, aplicando pinzas de Kelly en el ligamento cardinal, sobre el lado derecho, sobre el punto de inserción en el cuello, se secciona el tejido entre las dos pinzas aplicando un punto alrededor de la pinza superior, el segundo punto asegura el pedículo del lado uterino; se mantiene el útero traccionado, con el índice derecho se identifica el repliegue peritoneal anterior; con separador de Deaver se separa la vejiga, mientras se tracciona el útero hacia abajo, se sujeta el repliegue peritoneal anterior y se secciona con tijera, se aplican puntos grandes, se anudan, se pinza, no se cortan para su fácil identificación al momento de la sutura peritoneal, con los dedos de la mano derecha se explora fondo de saco uterino y anexos, luego, a medida que se saca la mano, se tracciona el fondo del útero y se aplica un gancho doble, el separador colocado arriba, protege la vejiga y mejora la exposición del campo operatorio. Se angula el útero fuertemente hacia abajo, exponiendo el anexo izquierdo, debajo de éste se introduce la mano izquierda para evitar el posible descenso del intestino delgado, se aplica el primer punto en torno a la trompa y vasos ováricos; el punto se anuda y se deja largo, se aplica una pinza de Kelly a través del ligamento ovárico y

trompa, en el lado uterino, se aplica otro punto, se anuda, colocando ambos nudos sobre los vasos ováricos y se secciona ambos nudos.

Se tracciona el útero hacia la derecha de la paciente, se extrae la pinza del muñón (proximal) del ligamento ovárico y trompa y se aplica de nuevo incluyendo el ligamento redondo, se aplica un punto en el ligamento redondo, se anula, se pinzan los cabos y se dejan largos, el ligamento redondo se usará en la subsiguiente reconstrucción del suelo pelviano, debe tenerse una buena exposición a causa de la proximidad del uréter.

Se disecciona hacia atrás la pared vaginal, se descubre el ligamento ancho y se pinza junto al útero, pinzando así la rama ovárica de la arteria uterina, se secciona el tejido comprendido entre útero y pinza, se aíslan ahora los vasos uterinos del tejido circundante, se aplican dos pinzas sobre los vasos uterinos, se secciona, se continúa la tracción uterina hacia la derecha, se aplica una segunda pinza sobre el muñón de los vasos uterinos seccionados, se liga en torno a las pinzas, se anudan. La banda de tejido restante, contienen la rama cervical de la arteria uterina, la cual se pinza, se anuda y se secciona. Se repiten todas las maniobras en el lado derecho.

Se extirpa el útero; la ligadura de identificación colocada originalmente en el reborde peritoneal posterior se extrae, se empieza sutura peritoneal en el centro con catgut fino atraumático.

Aquí se inicia la fase de reconstrucción, siendo la primera maniobra el cierre peritoneal, siendo el método más simple una sutura en bolsa.

Se consigue una mejor exposición traccionando las suturas largas aplicadas al principio a los ligamentos redondos, uterosacros y cardinal.

Con el cierre en bolsa, se aísla la pared abdominal del resto de la herida, los ligamentos redondos y uterosacros, quedan fuera de la cavidad abdominal, manteniendo la tracción de las suturas largas y de los ligamentos redondos y uterosacros, se aplica una ligadura en 8 para incluir en ella ambos ligamentos, la misma maniobra se aplica en el lado opuesto.

Luego se descubre la vejiga con una pinza atraumática, se aplica una pinza de Allis sobre el reborde de la pared vaginal en la línea media y se dirige hacia arriba, se tracciona la vejiga hacia abajo y se ponen los puntos necesarios para reparar el cistócele. Se aplican pinzas a los cabos, se dejan largos, luego se anudan y de ésta maneta se repara el cistócele.

Se extirpa parte de la pared vaginal exuberante. Se coloca un punto en cada uno de los cabos de la sutura que sujeta los cabos de los ligamentos uterosacros y redondo, se dirige a la pared vaginal posterior, más o menos 12 mm., de su borde, se hacen las mismas maniobras del lado opuesto, se colocan pinzas de Kelly en cada ángulo del defecto de la pared vaginal, aplicando el primer punto de sutura en el ángulo superior, se aproximan los rebordes con puntos decontinuos, se anudan ahora las suturas no anudadas de los ligamentos uterosacros y redondos, a medida que los ligamentos se retraen, el vértice vaginal se eleva, disminuyendo el peligro de prolapso recurrente, con esto, extirpado el útero, reparado el cistócele, para completar el procedimiento se hace perineorrafia.

COMENTARIO:

Indudablemente, los momentos quirúrgicos que mas o menos interesan en el trabajo de tesis que nos ocupa, los constituyen en el momento que se coloca un separador de Deaver en la vejiga, con el objeto de protegerla, así como de mejorar la exposición del campo operatorio (Fig. 1), ésto implica, una excesiva manipulación vesical, con el riesgo de provocar lesiones mecánicas con el separador si

ésta maniobra no se realiza con el debido cuidado. Igualmente en la (Fig. 2), observamos la manera como se colocan los puntos reparadores del cistócele (punto de Kelly Kennedy), los cuales si se colocan muy alto o muy apretados, provocan una excesiva angulación vesical, con el resultado de una intensa retención urinaria.

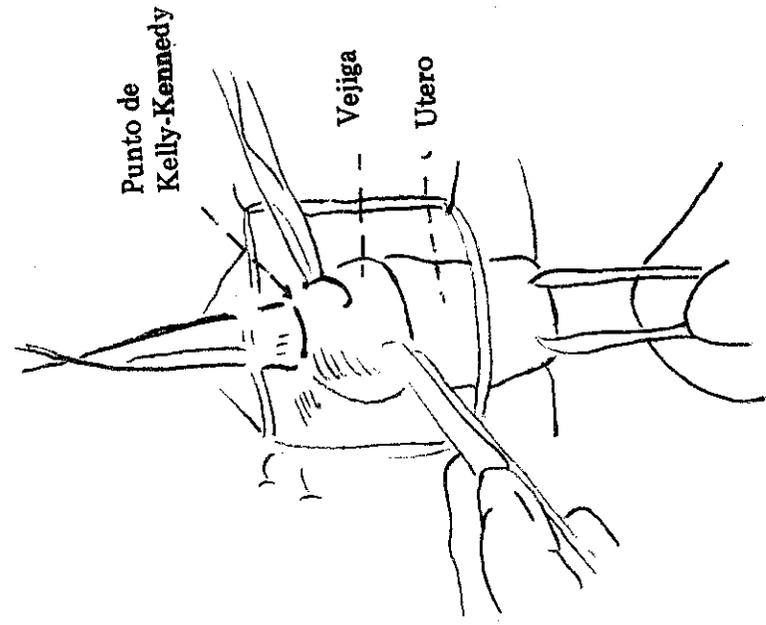


FIGURA 2

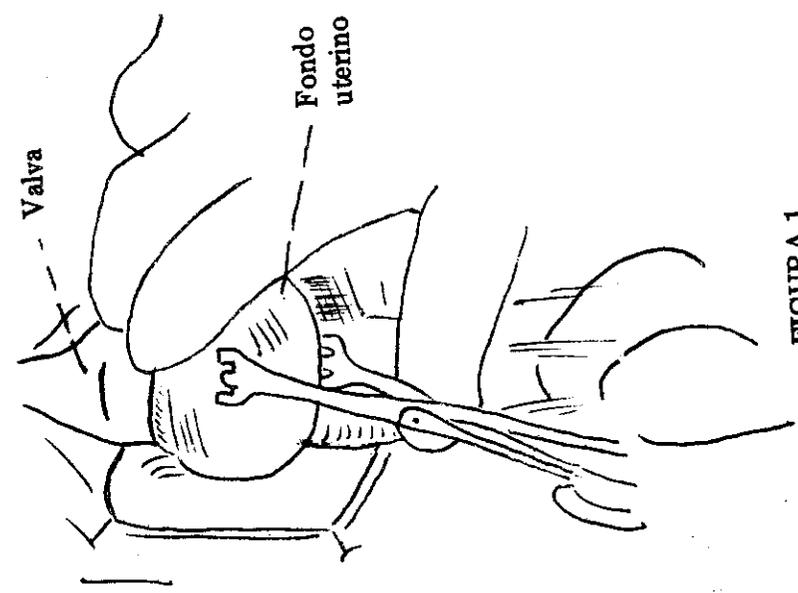


FIGURA 1

ANTECEDENTES

Siempre ha sido problema en la cirugía vaginal el drenaje de la vejiga⁽²⁾, las complicaciones urinarias son más frecuentes en éste tipo de operaciones^(2,3,5,6,9). Aún no existe un método ideal de drenaje vesical que evite el máximo la infección urinaria; se han ideado dispositivos estériles con lavado de sonda y vejiga por medio de soluciones de antibióticos sin resultados totalmente satisfactorios^{2,6)}, igualmente reportes resistentes mencionan la derivación de la orina a través de una cistostomía suprapúbica en donde se deja una sonda de Foley o Nelaton, pero los resultados no son del todo halagadores⁽²⁾.

El Dr. Leal, en México⁽⁶⁾, estudio 100 casos de histerectomía vaginal, no dejó sonda vesical en 39 casos, se dejó sonda por dos días en 27 casos, se dejó sonda vesical por tres días en 31 casos y sonda por cuatro días en tres casos.

De los 39 casos en que no se dejó sonda vesical, 28 o sea el 71o/o orinaron espontaneamente el mismo día de la operación; 8 casos o sea el 20o/o necesitaron sondeo vesical por una sola vez; un caso necesitó sondeo por tres veces. Las pacientes en que no se requirió sonda vesical, son pacientes en las que se practicó simple histerectomía vaginal o con perinorrafia posterior.

En algunas pacientes con perinorrafia posterior o colporrarias AP, pero con separación de la vejiga y con hemostasia cuidadosa se dejó la sonda vesical por dos días; de un total de 27 casos el 82o/o orinó espontaneamente al retirarse la sonda, en el 18o/o restante hubo necesidad de una nueva reincersión.

En las pacientes en las que la disección vesical fué amplia y el sangrado abundante y difícil de controlar se dejó sonda por tres días orinando espontaneamente al retirarse la sonda en un 90o/o. En tres casos de prolapso, en los que el despegamiento vesical fué completo y la nueva colocación de la vejiga demasiado alta, se dejó

la sonda por cuatro días, necesitándose la reincursión en el 67o/o.

En todos los casos anteriores, Leal reporto un 6o/o de infección urinaria⁽⁶⁾; Crisp y Sattenspiel⁽⁶⁾ en 221 casos estudiados reportan una incidencia de 36.2o/o de la infección urinaria en pacientes en quienes se dejó sonda permanente entre 3 y 5 días.

Gray (1966)⁽⁶⁾, reporta una incidencia de 21o/o de infección urinaria en 300 pacientes estudiadas en las cuales se dejó la sonda vesical permanente igualmente entre 3 y 5 días.

MATERIAL Y METODOS

Este trabajo se desarrolló en la sección de ginecología del Hospital General San Juan de Dios, con un estudio prospectivo de 100 pacientes en quienes por distintas indicaciones se practicó histerectomía vaginal.

La metodología utilizada para el presente trabajo, fué la siguiente: A toda paciente ingresada para practicarle histerectomía vaginal, independientemente de su indicación, además de los exámenes rutinarios de laboratorio, se le tomaba un urocultivo por cateterismo preoperatorio.

Las pacientes se dividieron en tres grupos; el primer grupo se dejó en el postoperatorio sonda vesical permanente durante 24 horas, el segundo grupo durante 72 horas y al tercero durante cinco días.

La evolución postoperatoria se controló mediante el diseño de una hoja de registro para el estudio, en la cual se anotaban los signos vitales, micción espontanea, residuo vesical, aparecimiento de síntomas urinarios, así como el registro de medicamentos utilizados, incluyendo cualquier antibiótico.

Ocho días después de su egreso, se obtuvo un nuevo urocultivo de control a todas las pacientes estudiadas.

Los datos obtenidos fueron tabulados y sometidos a un análisis específico y basado en los mismos, se obtuvieron conclusiones específicas a partir de las mismas se hacen las recomendaciones respectivas.

PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

EDAD	CASOS	PORCENTAJES
25-35	4	4o/o
36-45	18	18o/o
46-55	40	40o/o
56-65	21	21o/o
66-75	14	14o/o
76-85	2	2o/o
86-95	1	1o/o
TOTAL	100	100

TABLA 1

Del total de los pacientes estudiados, el 40o/o oscilan entre los 45 y 55 (tabla 1), el 21o/o entre los 55 y 65 años, 2 pacientes eran menores de 30 años, es decir que el mayor número de indicaciones para histerectomía vaginal se presentaron entre la 4a. y 5a. décadas de la vida, lo que confirma los muchos reportes de la literatura mundial^(1,3,4,5,7,9,11,14,16).

HISTERECTOMIA VAGINAL POR PROLAPSO UTERINO

	CASOS	PORCENTAJE
Prolapso uterino de I - II grados	48	54.03
Prolapso de II y IV grados.	40	45.97
TOTAL	88	100

Siguiendo el criterio de muchos autores^(1,2,3,5,8,11,17), quienes dividen a las indicaciones de la histerectomía vaginal en A. Padecimientos benignos o malignos del útero que ameriten extirpación, asociados o no a prolapso vaginal; B. Prolapso útero vaginal de primero y segundo grados; C. Prolapso de tercer grado y procidencia total.

De acuerdo a los criterios anteriores, como puede verse en la tabla 2, la principal indicación fué el prolapso uterino, con un total de 88 casos, de los cuales el 54,02o/o fueron del grado I - II y un 49.97o/o Prolapso grado III y IV.

	CASOS	PORCENTAJE
Rectocistocele	46	59.74
Rectocele	6	7.79
Cistocele	16	20.77
Uretrocele	2	2.59
Desgarro Perineal	7	9.11
TOTAL	77	100

TABLA 6

El prolapso uterino en cualquiera de sus grados, estuvo acompañado por algún grado de rectocele, cistocele o uretrocele, en el 70o/o de los casos de los cuales, en un 59,74o/o de ellos coexistieron recto-cistocele, un 7.79o/o de los cuales sólo cistocele y en un 20.77o/o de los casos sólo rectocele, se encontró uretrocele en el 2.59o/o (tabla 5. Fig. 1).

<i>Ca. in situ</i>	4	4
<i>Hemorragia vaginal</i>	2	2
<i>Leiomiomatosis uterina</i>	6	6
TOTAL	12	12

TABLA 7

Los 12 casos en los cuales la indicación de histerectomía no fué prolapso ni relajación pélvica, tenemos que en 4 casos la indicación fué Ca in situ, aquí se incluye un caso en el cual el examen de papanicolau y Biopsias fueron negativos, pero el examen de anatomía patológico de la pieza en el post operatorio reportó un Ca. in situ.

En 2 casos la indicación fué hemorragia vaginal tratados sin éxito medicamente, y en 6 casos la indicación fué leiomiomatosis uterina.

SINTOMAS

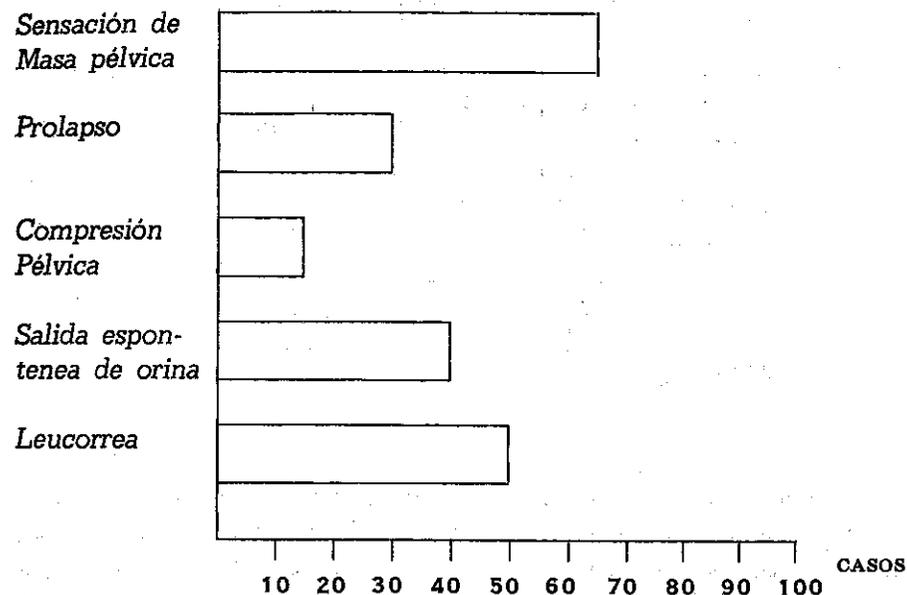


TABLA 4

Con respecto a la sintomatología de los pacientes al momento de consultar al hospital, refirieron principalmente la sensación de cuerpo extraño en la vagina en un 65o/o prolapso visible en un 30o/o, sensación de compresión pélvica en un 15o/o, salida espontanea de orina en un 40o/o de pacientes y laucorrea en un 50o/o. (Tabla 4).

TIPO DE INTERVENCION	CASOS
Histerectomía vaginal simple	3
Histerectomía vaginal más correcciones de cistocele y colpoperineorrafia	90
HISTERECTOMIA Vaginal más perineorrafia	7
TOTAL	100

TABLA 5

En lo que se refiere al tipo de operación practicada (Tabla 5) se practicó únicamente histerectomía vaginal en tres casos, histerectomía vaginal más correcciones de cistocele y colpoperineorrafia en 90 casos e histerectomía vaginal más perineorrafia en 7 casos.

SONDA VESICAL POR 24 HORAS

	CASOS	o/o
Micción espontanea	13	72.22
Cateterismo por una vez	1	5.55
Cateterismo por dos veces	---	---
Reinserción permanente de sonda Foley	4	22.23
TOTAL	18	100

TABLA 8

Se dejó sonda vesical por 24 horas en 18 pacientes, de los cuales tuvieron micción espontanea luego de retirada la sonda 13 de ellos. Lo cuál hace un porcentaje del 72.22o/o; se cateterizó con sonda de Nelaton por una vez en el 5.55o/o de los pacientes, y hubo necesidad de colocar nuevamente sonda de Foley permanente a cuatro pacientes, por un período que osciló entre tres y cuatro días más, esto hace un 22.23o/o.

Para retirar la sonda, no se tomó en cuenta si la paciente había sido intervenida únicamente con histerectomía vaginal simple o además, se había practicado corrección de rectocistocele. De los 13 casos que orinaron espontaneamente, a 4 de ellos se les había practicado simple histerectomía vaginal, a las nueve pacientes restantes se les practicó histerectomía vaginal mas corrección de recto cistocele.

La reinserción del cateter vesical permanente se indicó como consecuencia de la imposibilidad para la micción después de 6 a 8 horas de retirada la sonda o cuando el residuo post micción fue mayor de 50 cc.

SONDA VESICAL POR 3 DIAS

	CASOS	o/o
Micción espontanea	32	76
Cateterismo por una vez	4	9
Cateterismo por dos veces	3	7.5
Reinserción permanente de sonda de Foley	3	7.5
TOTAL	42	100

TABLA 9

En 42 casos se dejó permanente la sonda vesical por tres días, en 32 casos hubo micción espontánea (76o/o), hubo necesidad de cateterizar por una vez en 4 casos (9o/o); se cateterizó por dos veces en tres casos (7.5o/o) y se colocó nuevamente la sonda permanente en 3 casos (7.5o/o); por un período comprendido entre 3 y 6 días más (Tabla 9).

SONDA VESICAL POR 5 DIAS

Micción espontánea	36	90
Cateterización por una vez	2	5
Cateterización por dos veces	---	---
Reinsección permanente de sonda de Foley	2	5
TOTAL	40	100

TABLA 10

En un tercer grupo de pacientes, se dejó sonda de Foley durante 5 días, ésto fué en 40 casos. De estos, 36 pacientes orinaron espontaneamente en 36 casos, esto hace un porcentaje del 90o/o. Se colocó nuevamente la sonda una vez en 2 casos (5o/o), hubo necesidad de colocar nuevamente la sonda permanente en dos casos (5o/o), por un período de dos y tres días respectivamente en cada caso. (Tabla 10).

PARIDAD	CASOS	PORCENTAJE
1 a 3 partos	13	13
4 a 6 partos	29	29
6 a 9 partos	33	33
10 a 13 partos	20	20
más de 13 partos	5	5
TOTAL	100	100

TABLA 11

La mayoría de las pacientes estudiadas fueron grandes multíparas únicamente el 13o/o de pacientes había tenido entre 1 y 3 partos, el 29o/o entre 4 y 6 partos, el 33o/o entre 6 y 9 partos; uno 20o/o habían tenido entre 10 y 13 partos y un 5o/o han tenido más de 13 partos.

COMPLICACION	CASOS	PORCENTAJE
GENTITOURINARIAS		
Infección	14	14o/o
Retención	19	19o/o
Lesión	---	---
GASTROINTESTINAL		
Ileo	---	---
Obstrucción	---	---
Lesión	---	---
Hemorragia	4	4o/o
Infección de la Cúpula	8	8o/o
Hipotensión sin Hemorragia	4	4o/o
Pelvipertonitis	1	1o/o
Tromboflebitis	---	---
TOTAL	50	50

TABLA 13

Con relación a las complicaciones, fueron las más frecuentes, como ya es un hecho bien conocido, las complicaciones urinarias y de éstas, la retención urinaria fué la más frecuente con 19 casos, en los cuales se necesitó cateterismo con sonda Nelaton o reinsertión de sonda de Foley, permanente en segundo lugar la infección de las vías urinarias, demostradas por laboratorio en un 14o/o. Es de mencionar que de los urocultivos realizados en el pro operatorio, 4 fueron positivos y se les dió tratamiento antes de ser intervenidas. De los urocultivos realizados 8 días después de su egreso, 5 fueron positivos, sin embargo un elevado porcentaje (62o/o) no acudieron al hospital para realizar el procedimiento, por lo que este dato no es concluyente. En estos cien casos, no hubo ni un sólo caso de lesión uretral o vesical.

Se observaron cuatro casos de hemorragia, pero ninguno de ellos fué grave, de estos casos, dos fueron durante el acto operatorio y dos en el post operatorio inmediato.

Además, tuvimos 8 casos de infecciones de la cúpula, los cuales fueron tratados con drenaje y antibioticos. Un caso de pelvipertonitis y cuatro casos de hipotensión sin hemorragia (por el anestésico). (Tabla 13).

ANTECEDENTES	CASOS	o/o
GINECO OBSTETRICOS		
Pomeroy	5	5
Embarazo Ectópico	4	4
Op. Cesarea	5	5
ABDOMINAL		
Laparatomía exploradora	4	4
Apendicectomía	6	6
Colecistectomía	5	5
OTRAS		
Hemorroidectomía	3	3
Amigdalectomía	7	7
Traqueostomía	1	1
TOTAL	40	40

TABLA 12

En la tabla 12, observamos los antecedentes quirúrgicos en las pacientes estudiadas; entre los antecedentes de cirugía gineco-obstetricos encontramos que en 5 pacientes se había practicado Ligadura de trompas, se habían intervenido 4 pacientes por embarazo ectópico, y en 5 pacientes se había practicado operación cesarea, teniendo como indicación: dos pacientes por sufrimiento fetal agudo, una por feto en transversa y dos pacientes que no sabían la causa.

En los antecedentes de cirugía abdominal previa, encontramos que en cuatro pacientes se había practicado laparotomía exploradora, no sabiendo la causa; se había practicado apendicectomía en 6 pacientes y colecistectomian en 5 pacientes;

además, como antecedentes quirúrgicos varios, encontramos que en 3 pacientes se había practicado Hemorroidectomía, en 7 pacientes amigdalectomía y en un paciente traqueostomía.

DIAS	CASOS	o/o
Menos de 5 días	5	5
Entre 6 y 10 días	32	32
Entre 14 y 20 días	43	43
Más de 20 días	20	20
TOTAL	100	100

TABLA 14

El tiempo de hospitalización durante el post operatorio fué variable, de las cien pacientes en estudio, cinco de ellas estuvieron hospitalizadas menos de cinco días, el 32o/o permanecieron en el hospital entre seis y diez días, el 43o/o entre once y veinte días y el 20o/o restante permaneció hospitalizado más de 20 días. (Tabla 14).

CONCLUSIONES

1. La histerectomía vaginal es un procedimiento quirúrgico rápido y seguro, cuando su indicación es correcta y es realizada con una técnica adecuada.
2. Las indicaciones de histerectomía vaginal se presentan entre la cuarta y quinta década de la vida.
3. La indicación más frecuente de histerectomía vaginal, es el prolapso uterino.
4. En el 70% de los casos, el prolapso uterino va acompañado de algún grado de recto - cistocele.
5. La principal sintomatología por la cual consultaron los pacientes, fue la sensación de una masa pélvica.
6. El 72o/o de las pacientes en los cuales se retiró la sonda vesical a las 24 horas orinaron espontáneamente, incluyendo casos en los cuales además de la histerectomía se practicó corrección de recto cistocele. Por lo que concluimos que la sonda vesical debe retirarse durante las primeras 48 horas post operatorias, disminuyendo así la morbilidad secundaria al procedimiento.
7. En los pacientes en los cuales se dejó la sonda vesical por tres días, el 76o/o orinaron espontáneamente.
8. El 90o/o de pacientes en que se dejó la sonda vesical por cinco días orinaron espontáneamente al retirarla, sin embargo, en estas pacientes se observó una alta incidencia de infección de vías urinarias.
9. La mayoría de pacientes en quienes se efectuó histerectomía vaginal fueron grandes múltiparas.

10. *La mayor parte de complicaciones encontradas fueron de las vías urinarias, siendo la principal la retención urinaria con un 19o/o de los casos, luego la infección urinaria con un catorce por ciento.*

RECOMENDACIONES

1. *Que el cirujano tenga un conocimiento adecuado de la técnica quirúrgica de la histerectomía vaginal para un mejor pronóstico de la paciente disminuyendo la morbilidad*
2. *Mantener el empaque vaginal durante un período no mayor de 24 horas.*
3. *Retirar la sonda vesical durante las primeras 48 horas post operatorias, empleando el método del residuo vesical para evaluar la respuesta motora de la vejiga.*
4. *Controlar periódicamente a la paciente por lo menos tres veces durante el primer año post operatorio.*

BIBLIOGRAFIA

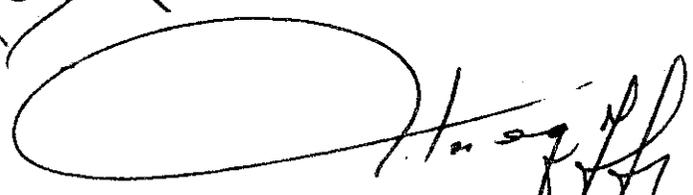
1. Zarca, Diaz. David; Camiz, Raúl. *HISTERECTOMIA VAGINAL ERRORES DE MANEJO*. Ginecología y obstetricia de México. No. 224 Junio 1975.
2. Lash. A; *VAGINAL HYSTERECTOMY*. Clinical obstetrics and gynecology. Vol. IV No. 1 March 1961.
3. Montenegro, P; Humberto. *HISTERECTOMIA VAGINAL TECNICA DE HEANEY*. Tesis de graduación Fac. de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos. Guatemala 1949.
4. Shipk, Owitz. I. *URINARY BLADDER CARE AFTER VAGINAL OPERATIONS*. American journal of obstetrics and gynecology. Vol. 97 No. 6 March 1967.
5. Hassid, Roger. *INDICATIONS AND CONTRAINDICATIONS FOR VAGINAL HYSTERECTOMY*. Clinical obstetrics and Gynecology. Vol. 106 Pág. 12 Diciembre 1975.
6. Leal del Rosal. J. *ESTUDIO DE CIEN CONSECUTIVAS HISTERECTOMIAS VAGINALES*. Ginecología y obstetricia de México No. 43 Pág. 311-20. Sept. 1968.
7. Smith, Patrick. *URINARY SYMPTOMS FOLLOWING HYSTERECTOMY*. British Journal of Urology Pág. 3-9 Noviembre 1970.
8. Soto, Ramírez. E. *HISTERECTOMIA VAGINAL. REVISION DE 300 CASOS*. Ginecología y obstetricia de México. Junio 1974.
9. Breedon, James T. *PROPHILACTIC ANTIBIOTICS IN VAGINAL HYSTERECTOMY*. Obstetrics and gynecology. Vol. 43. March 1974.

10. Gray, A. L. INDICATIONS, TECHNICS AND COMPLICATIONS IN VAGINAL HYSTERECTOMY. *Obstet Gynec.* 28:114. Junio 1966.
11. Bravo, Sandoval. Jorge. LA MORBILIDAD EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL. *Ginecología y Obstetricia de México.* Mayo 1973.
12. Nova, Roberto. LA HISTERECTOMIA VAGINAL EN PACIENTES SIN PROLAPSO UTERINO. *Ginecología y Obstetricia de México.* Vol. 73. No. 222 Abril 1975.
13. Tello, S. Guillermo. HISTERECTOMIA RADICAL EN EL TRATAMIENTO DE CANCER DEL CERVIX. Tesis de graduación, Facultad de Ciencias Médicas. USAC 1970.
14. Thompson, D. Lyon, B. VAGINAL HYSTERECTOMY *Clinical Obstetrics and Gynecology.* Vol IX No. 4 Diciembre 1966.
15. Nauratil, E. THE PLACE OF VAGINAL HYSTERECTOMY. *Journal Obstetric-Gynecology.* British Comm. 1965.
16. Aguirre, Francisco. INDICACIONES Y CRITERIOS DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL. *Ginecología y Obstetricia de México.* Febrero 1969. 133-41.
17. Green, Armutage, V. VAGINAL HYSTERECTOMY. *Journal Obstet-Gynec.* Brit. Emp. 46:488 1939.
18. McAnich, Jack. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UROLOGIC COMPLICATIONS OF GYNECOLOGYC SURGERT. *The American Journal of Surgery* Oct. 1970.

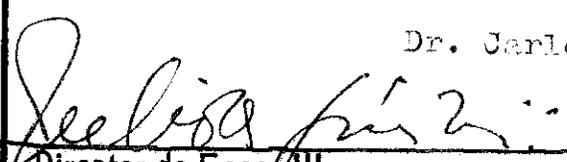

 Br. Julio Rene Castellanos Gutiérrez.


 Asesor

Dr. Victor Hugo González


 Revisor

Dr. Carlos Enrique Zea Flores


 Director de Fase III

Dr. Julio De León


 Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo Rodas

Vo.Bo.


 Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo