



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE LA  
CÚPULA VAGINAL EN PACIENTES POST  
OPERADAS DE CIRUGÍAS VAGINALES EN EL  
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
DE ENERO A DICIEMBRE 2018**

RESPONSABLE

Dr. Leonardo Alexander Mestanza Carrasco.

ASESOR TEMÁTICO

Dr. José Rojas Jaimes

Lima – Perú  
2019

## RESUMEN

La histerectomía es el segundo procedimiento quirúrgico más frecuente en ginecología, después de las cesáreas en mujeres de edad reproductiva. Su principal indicación patologías benignas. Los factores asociados a complicaciones incluyen: compromiso del estado inmune, obesidad, experiencia del cirujano, tiempo operatorio mayor a 3 horas, comorbilidades, entre otros. Complicaciones postoperatorias más frecuentes: hematomas y abscesos de cúpula vaginal.

La importancia de este trabajo radica en proporcionar otra fuente de información y comparar los resultados con los trabajos realizados años anteriores en el mismo servicio, con población de similares características.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de patologías de la cúpula vaginal como complicaciones de cirugías vaginales en pacientes post operadas del servicio de Ginecología del HNAL de Enero a Diciembre del 2018.

**Diseño:** Descriptivo retrospectivo.

**Población:** Fueron incluidas todas las pacientes sometidas a cirugía vaginal electiva, con evaluación pre quirúrgica y datos completos en Historia Clínica de Enero a Diciembre 2018.

**Recolección de Datos:** Pacientes dadas de alta del Servicio de Ginecología del HNAL, se buscarán las respectivas Historias Clínicas en archivo del Hospital y se procederá a seleccionar la información necesaria y llenar la ficha de recolección de datos.

**Instrumento:** La información recolectada será plasmada en una Ficha de Recolección de Datos de elaboración propia

**Procedimiento y Análisis de Datos:** Se utilizará el programa SPSS versión 25.0. La asociación de las variables mediante Test de Chi Cuadrado y para establecer las diferencias de medias, Test ANOVA

**Palabras Claves:** Cirugía Vaginal, Hematoma Cúpula Vaginal, Absceso Cúpula Vaginal.

## INTRODUCCIÓN

La histerectomía representa uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el campo de la ginecología, es el segundo procedimiento efectuado con más frecuencia en las mujeres de edad reproductiva, siendo superado únicamente por la operación cesárea. Más de 600,000 histerectomías son llevadas a cabo cada año en los Estados Unidos <sup>(1)</sup>, en la misma revisión, la principal indicación de dicho procedimiento es la patología benigna (miomatosis uterina, prolapso genital, entre otros). Las técnicas que comúnmente se utilizan son: vía abdominal, vaginal y laparoscópico total o asistido vía vaginal. <sup>(2-5)</sup>

La primera histerectomía vaginal, fue realizada por Langebecke (1813), en Alemania. Posteriormente se realizaron otras, con Santer de Constance y Collins (1822). En julio de 1829, Récamier, en París, realizó con éxito la primera histerectomía vaginal basada en fundamentos anatómicos y Fenger (1881), describió la histerectomía vaginal moderna <sup>(6)</sup>.

La histerectomía vaginal continúa siendo el método menos invasivo, con una recuperación más rápida, menos episodios febriles, menores gastos, y está respaldada por el Dictamen de Comité No. 444 del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos como la ruta de preferencia cuando es factible. <sup>(7,8)</sup>

Un meta análisis de Cochrane de 2009 encontró que la histerectomía abdominal subtotal tenía una tasa menor de enfermedad febril en comparación con la histerectomía abdominal total (OR 0.43, CI 0.25-0.75) <sup>(9)</sup>. Otro meta análisis de Cochrane que evaluó la ruta de la histerectomía encontró que la histerectomía laparoscópica (incluyendo la histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente) tenía una menor tasa de enfermedad febril en comparación con la histerectomía abdominal (OR 0.67, CI 0.51-0.88) <sup>(7)</sup>. La histerectomía vaginal también tuvo menos episodios febriles e infecciones no específicas comparada con la histerectomía abdominal (OR 0.42, CI 0.21-0.83). No hubo diferencias en las complicaciones infecciosas entre la histerectomía laparoscópica y la vaginal. <sup>(10)</sup>

Actualmente, con la depuración de las técnicas quirúrgicas, los antibióticos y la actualización en los métodos de anestesia y analgesia, la tasa de morbimortalidad en dicho procedimiento ha disminuido y, a diferencia de los realizados por vía abdominal, es menos traumática y permite una rápida recuperación, previniendo tromboflebitis y otras entidades por la rapidez en que las pacientes deambulan <sup>(6, 11,12)</sup>.

En una revisión realizada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Centro de Especialidades Médicas de Veracruz, México, mencionan que las principales indicaciones de la histerectomía en general son la hemorragia uterina anormal, adenomiosis, los miomas uterinos, la endometriosis y el prolapso de órganos pélvicos. Las principales indicaciones para la Histerectomía Vaginal son las cicatrices de herniorrafías, la obesidad mórbida, la cicatrización queloide y la sospecha de alto riesgo de complicaciones en la cirugía por vía abdominal <sup>(13)</sup>. No existen contraindicaciones absolutas para la Histerectomía Vaginal, algunas relativas son útero mayor a un embarazo de 12 semanas o mayor de 300cc de

volumen uterino, nuliparidad, cesárea previa, vagina estrecha, ángulo subpúbico menor a 90 grados y útero fijo <sup>(14)</sup>.

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 pacientes con Histerectomía vaginal con índice total de complicaciones del 7.8% <sup>(15)</sup>.

Pueden presentarse complicaciones intraoperatorias o posoperatorias de forma temprana o tardía; de estas se distinguen dos grupos <sup>(14,15)</sup>: las médicas, relacionadas con la conducta perioperatoria (enfermedades cardíacas, tromboembólicas, infección urinaria, neumonía, anestésicas) que corresponden a 8% de los casos <sup>(16)</sup>; las quirúrgicas, relacionadas con la cirugía como hemorragias trans o postoperatorias, lesiones a órganos vecinos (vejiga, uréteres, aparato digestivo, entre otras.) o infecciones quirúrgicas atribuibles de forma directa a la realización del acto quirúrgico con un 11% <sup>(16,17)</sup>.

En relación a factores asociados a complicaciones de la histerectomía vaginal, según la literatura que pueden aumentar el riesgo de complicaciones postoperatoria incluyen <sup>(5)</sup> estado inmune comprometido, obesidad, mayor tiempo de hospitalización, experiencia del cirujano, mayor pérdida de sangre, tiempo operatorio de más de 3 horas, mala alimentación, tejido desvitalizado, comorbilidades como diabetes Mellitus y tabaquismo, falta de antibióticos preoperatorios y presencia de un sitio operatorio infectado, además se encontró dentro de los factores asociados a morbilidad febril post histerectomía vaginal a pacientes mayores a 50 años, duración del procedimiento más de 130 minutos, pérdida sanguínea mayor a 400 ml, paridad mayor a 3 y antecedente quirúrgico previo <sup>(18,5)</sup>.

En un trabajo de investigación, realizado por el Dr. Gómez García, en 1000 pacientes intervenidas quirúrgicamente con algún tipo de cirugía vaginal durante 6 años en un hospital en Colombia, encontró que el procedimiento más frecuente realizado fue la histerectomía vaginal (400) y que la complicación más frecuente fue: Hematoma de cúpula vaginal (10%), seguido de absceso de cúpula vaginal (8.75%), cistitis (7.5%), retención urinaria (6.25%), entre otras. Además comparo las diferentes técnicas quirúrgicas vaginales como: histerectomía, operación de Manchester, colpoperineorrafía, colpocleisis; en todas, la complicación más frecuente fue cistitis (8.3%), seguido de hematoma de cúpula (5%), entre otros <sup>(19)</sup>.

En relación a los abscesos de cúpula vaginal, en un estudio realizado por Clarke-Pearson y J. Geller, publicado en The American College of Obstetricians and Gynecologists en el 2013, refieren que las complicaciones de las histerectomías vaginales están alrededor del 13% del total de cirugías, y que la incidencia estimada de una acumulación de fluido después de la histerectomía van desde 19.4% hasta 90%, con estimados de incidencia de hematoma de 0% a 14.6% <sup>(7)</sup>.

En un estudio realizado en la unidad de piso pélvico del hospital clínico de la Universidad de Chile, se encontró que del total de histerectomías vaginales en los 6 años del estudio (315 cirugías realizadas), durante el seguimiento postoperatorio de las pacientes se hospitalizaron 4 pacientes (1,2%) con diagnóstico de absceso de cúpula vaginal complicado para tratamiento antibiótico endovenoso <sup>(18)</sup>.

Existen trabajos realizados en el mismo servicio en los cuales: el Dr. Mere Del Castillo y García Valderrama (2010) <sup>(5)</sup> concluyeron que de un total de 38 casos registrados, la prevalencia de hematoma de cúpula infectado fue 6,1%. La edad de la paciente (>65 años), el índice de masa corporal (>30,1), el tiempo operatorio prolongado >130 min, (los autores consideran tiempo operatorio promedio de 90 – 120 min) y la estimación del sangrado postoperatorio de más de 200 mL constituyeron variables con una asociación estadística significativa a la presencia de hematoma de cúpula vaginal infectado. El Dr. Siu Au y Ávila Matos (2003) <sup>(12)</sup>, concluyeron que de 153 pacientes estudiadas, el 40,5% tuvieron alguna complicación, de los cuales las dos terceras partes eran infecciosas (ITU 18.3%, absceso de cúpula 7,2%) y hematoma de cúpula en 8,5%.

La importancia de realizar esta investigación radica en tener otra fuente de información para poder comparar los resultados con los trabajos realizados años anteriores en el mismo hospital y en el mismo servicio, con población de las mismas características epidemiológicas, similares factores de riesgo y evidenciar si hay disminución o aumento de las complicaciones de las cirugías vaginales.

La presente investigación tiene como ámbito de acción el pabellón 5 II del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, que siendo un Hospital de referencia a nivel regional y nacional de cirugías vaginales, hasta el momento no se cuenta con una estadística clara y precisa sobre la frecuencia de las complicaciones de este tipo de cirugías.

Con el presente estudio, se propone revisar todos los registros de pacientes sometidas a cirugías por vía vaginal, específicamente histerectomías, en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre del 2018, con el objetivo de demostrar que complicaciones son las más frecuentes en pacientes post operadas de cirugías vaginales.

## **OBJETIVOS**

### **1. Objetivo General:**

- ✓ Determinar la frecuencia de las patologías de la cúpula vaginal como complicaciones de las cirugías vaginales en las pacientes post operadas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los meses de Enero a Diciembre del 2018.

### **2. Objetivos específicos:**

- ✓ Establecer las características epidemiológicas de la población en estudio
- ✓ Describir cuál de las complicaciones de la cúpula vaginal es la más frecuente y la que produce mayor morbilidad en pacientes post operadas de cirugía vaginal.
- ✓ Especificar qué tipo de cirugía vaginal conlleva a mayores complicaciones en el post operatorio.
- ✓ Determinar si el tiempo operatorio está relacionado con las complicaciones de la cúpula vaginal en el post operatorio
- ✓ Determinar que patología pre operatoria tiene mayor riesgo de complicaciones en el post operatorio de cirugías vaginales.

## HIPÓTESIS

La complicación más frecuente de la cúpula vaginal en pacientes post operadas de cirugías vaginales es el hematoma de cúpula.

La complicación que conlleva a mayor morbilidad es el hematoma de cúpula infectado.

A mayor tiempo operatorio (>130 min) existe mayor riesgo de complicaciones en el post operatorio de cirugías vaginales.

Las pacientes que presentan comorbilidades previas como obesidad, diabetes mellitus, infecciones vaginales, entre otras; tienen mayor riesgo de tener complicaciones de la cúpula vaginal en el post operatorio de cirugías vaginales.

## MATERIALES Y MÉTODOS

1. **Diseño de Estudio:** El presente trabajo es un estudio descriptivo retrospectivo
2. **Población:** Todas las pacientes a las que se les realizaron cirugías vaginales durante los meses de Enero a Diciembre 2018 en el servicio de Ginecología (pabellón 5) del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y que cumplan con los siguientes criterios.
  - a. **Criterios de Inclusión:**
    - Pacientes sometidas a cirugía vaginal de manera electiva, con evaluación pre quirúrgica completa y datos completos en Historia Clínica.
  - b. **Criterios de Exclusión:**
    - Pacientes sometidas a Cirugías Abdominales.
    - Pacientes sometidas a cualquier tipo de Cirugía Abdominal o Vaginal de Emergencia.
    - Pacientes con datos incompletos en Historia Clínica.
3. **Definiciones:**
  - a. **Hemorragia genital:** Después de una histerectomía vaginal puede haber hemorragia masiva, interna o externa de los vasos ováricos o uterinos.
  - b. **Morbilidad febril:** Se considera la temperatura de 38°C o más en 2 tomas con más de 6 horas de diferencia, excluyendo las primeras 24 horas de postoperatorio y por dos días consecutivos.
  - c. **Hematomas:** Se deben a mala hemostasia en el acto quirúrgico, se pueden encontrar inmediatamente después de la intervención o más tardíamente del 2° día postoperatorio en cúpula vaginal, colpoperineorrafía anterior o posterior y en cuello uterino en el

caso de amputación. Si no drena espontáneamente hay necesidad de drenarlo digitalmente.

- d. Abscesos de cúpula:** Generalmente se deben a mala hemostasia con formación de hematoma e infección de los mismos; se manifiestan por fiebre, escalofríos, dolor pélvico, e incluso presión rectal. Es la segunda causa de morbilidad febril. Aparecen del 5° al 8° día post operatorio, después del alta hospitalaria, a menudo después de que se presenta celulitis del manguito.
  - e. Infección de las suturas:** Se presentan en la colpoperineorrafia anterior o posterior, o en el sitio de amputación del cuello. El tratamiento consiste en lavados vaginales.
  - f. Dehiscencia del manguito (cúpula) vaginal:** Se define como la separación parcial o total de los bordes anterior y posterior de la cúpula vaginal. Aunque es una complicación poco frecuente, puede dar lugar a morbilidad grave. La incidencia estimada es de 0.24% <sup>(20)</sup>.
  - g. Evisceración vaginal:** Se refiere al prolapso de contenido intraperitoneal (típicamente intestino delgado -íleon-) a través del defecto del manguito vaginal.
  - h. Celulitis del Manguito (cúpula) Vaginal:** Es una de las complicaciones infecciosas más comunes. Esto suele ocurrir al final de la estancia hospitalaria o poco después del alta. La incidencia varía de 0% a 8.3% después de la histerectomía.<sup>3</sup> Los síntomas pueden incluir fiebre, secreción vaginal purulenta, y dolor pélvico, abdominal o lumbar. Agentes bacterianos es polimicrobiana <sup>(21,22)</sup>.
  - i. Infecciones postoperatorias de las vías urinarias:** La infección de las vías urinarias es la complicación urológica más común de la cirugía pélvica. Los micro-organismos responsables se introducen directamente por manipulaciones instrumentales de las vías urinarias durante la intervención, o más a menudo en los sondeos pre y postoperatorios. Si como ocurre a menudo, la paciente, en el postoperatorio experimenta dificultad para volver a orinar normalmente, con tendencia a orina residual, es más probable que desarrolle infección
- 4. Variables:** Dentro de éstas se consideran a las características demográficas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes sometidos a cirugías vaginales, se determinarán evaluando las siguientes variables:
- a. Características Demográficas:** Edad, estado laboral, grado de instrucción, procedencia.
  - b. Características Clínicas:** Motivo de consulta, tiempo de enfermedad, antecedentes médicos y quirúrgicos de importancia, perfil vaginal, antecedentes obstétricos, peso, talla, IMC.
  - c. Características Quirúrgicas Intraoperatorias:** Diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía vaginal, tiempo operatorio, complicaciones intraoperatorias, necesidad de transfusión sanguínea, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias.

Variables	Dimensiones	Tipo de Variable	Escala de Medición	Criterios de Medición	Instrumento de Medición
Demográfica	Edad	Cuantitativa Continua	De Razón	Número	Ficha de Recolección de Datos (Ver Anexo)
	Estado Laboral	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Empleado Desempleado	
	Grado de Instrucción	Cualitativa Politómica	Nominal	Ninguna Primaria Secundaria Superior	
	Procedencia	Cualitativa Politómica	Nominal	Descripción	
Clínicas	Motivo de Consulta	Cualitativa Politómica	Nominal	Descripción	
	Tiempo de Enfermedad	Cuantitativa Politómica	Nominal	Descripción	
	Antec. Médicos	Cualitativa Dicotómica	Nominal	No Si: Descripción	
	Antec. Quirúrgicos	Cualitativa Dicotómica	Nominal	No Si: Descripción	
	Antec. Obstétricos	Cualitativa Dicotómica	Nominal	No Si: Descripción	
	POP Q	Cualitativa Politómica	Nominal	Descripción	
	Peso	Cuantitativa Continua	De Razón	Número	
	Talla	Cuantitativa Continua	De Razón	Número	
	IMC	Cuantitativa Politómica	Nominal	Normal Sobrepeso Obesidad	
Quirúrgicas	Diagnóstico Preoperatorio	Cualitativa Politómica	Nominal	Descripción	
	Tipo de Cirugía Vaginal	Cualitativa Politómica	Nominal	Descripción	
	Tiempo Operatorio	Cuantitativa Continua	De Razón	Número	
	Complicaciones Intraoperatorias	Cualitativa Politómica	Nominal	Descripción	
	Transfusión Sanguínea	Cualitativa Politómica	Nominal	No Si	
	Estancia Hospitalaria	Cuantitativa Continua	De Razón	Número	
	Complicaciones Postoperatorias	Cualitativa Politómica	Nominal	Descripción	



**5. Recolección de Datos:**

- a. **Técnica:** Se captarán a todas las pacientes a partir de los registros de alta del Servicio de Ginecología (Pabellón 5) del Hospital Nacional Arzobispo Laoyza, luego se procederá a buscar las respectivas Historias Clínicas en el archivo de nuestro Hospital y tras el análisis de las mismas se procederá a seleccionar la información necesaria y llenar la ficha de recolección de datos para los alcances del presente estudio.
- b. **Instrumento:** Toda la información recolectada en base a las variables planteadas será plasmada en una Ficha de Recolección de Datos de elaboración propia (ver anexo).

**6. Procedimiento y Análisis de Datos:** Se utilizará el programa SPSS versión 25.0 para elaborar la base de datos y el procesamiento de los mismos. Para el análisis se empleará estadística descriptiva presentando los datos en tablas de contingencia, determinando el OR con un Intervalo de confianza de 95 %. Se valorará la asociación de las variables por estadística inferencial mediante el Test de Chi Cuadrado con un nivel de significancia estadística  $p < 0.05$ . Para establecer las diferencias de medias, se utilizará el Test ANOVA a un nivel de significancia estadística  $p < 0.05$ .

**7. Aspectos Éticos del Estudio:** El presente estudio no requiere consentimiento informado ni autorización por parte de la población en estudio ya que solo se realizará revisión de Historias Clínicas de manera retrospectiva. Por otro lado cabe resaltar que se solicitará autorización al comité de ética tanto de la Universidad Peruana Cayetano Heredia como del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

**8. Presupuesto y Cronograma:** La totalidad de la investigación será solventada por el investigador.

	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión Teórica																								
Elaboración de Proyecto																								
Presentación de Proyecto																								
Recolección de Información																								
Procesamiento de Datos																								
Análisis de Resultados																								
Informe Final																								

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lepine LA, Hillis SD, Marchbanks PA. Hysterectomy Surveillance-United States. 1980-1993. *MMWR CDC Serveill Summ* 1997; 46: 1-15.
2. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, McPeherson K, Coulter A, Yeas D. The epidemiology of hysterectomy: ndings in a large cohort study. *Br J Obstet Gynecol.* 1992; 99(5):402-7.
3. Vicente Solà D, Paolo Ricci A, Jack Pardo S, Enrique Guiloff F. Histerectomía: una mirada desde del suelo pélvico. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006; 71(5); 364-72.
4. Gonzalo Vesperinas A, Carlos Rondini S, Carlos Troncoso R, Boris Morán V. Histerectomía vaginal, abdominal y vaginal asistida por laparoscopia: un análisis prospectivo y aleatorio. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2005; 70(2):73-8.
5. Freddy W. García-Valderrama 1, Juan, F. Mere-Del Castillo, Factores de riesgo asociados a hematoma de cúpula infectado post histerectomía vaginal, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2011; 57: 107-112
6. Duff P, Huff R, Giblrs RS. Management of premature rupture of membranes and unfavorable cervix in term pregnancy. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 697-702.
7. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD003677. doi: 10.1002/ 14651858.CD003677.pub4.
8. Choosing the route of hysterectomy for benign disease. ACOG Committee Opinion No. 444. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009; 114:1156–8.
9. Lethaby A, Ivanova V, Johnson NP. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD004993. DOI: 10.1002/14651858.CD004993.pub2.
10. Clarke-Pearson y Geller Complicaciones de la histerectomía. 2013 *The American College of Obstetricians and Gynecologists.* (*Obstet Gynecol* 2013;121:654–73)
11. Rojas J, Mere J, Contreras H, Gutiérrez I. Ruptura prematura de membranas. Experiencia Hospital Arzobispo Loayza. III Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia. Lima. Marzo 2000.
12. Alejandro Siu, Alfredo Cáceres, Roberto Ávila, Pilar Díaz. Significado de la colección en la cúpula vaginal en el postoperatorio inmediato de las histerectomías vaginales. *Ginecol. obstet.* 2003; 49 (4) : 243 - 247
13. Wu J, Wechter M, Geller E, Nguyen T, Visco A. Hysterectomy Rates in the united States, 2003. *Obstetrics & Gynecology.* 2007; 110(5):1091-1095.
14. Salinas H, pasten J, naranjo B, Carmona S, et al, Análisis clínico y económico de la histerectomía abdominal versus la histerectomía vaginal en el Hospital Clínico de la universidad de Chile. Revisión de 2328 casos. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71: 227- 33
15. Weber, A. and lee, J. (1996). use of Alternative Techniques of Hysterectomy in Ohio, 1988–1994. *New England Journal of Medicine,* 335(7), pp.483-489
16. Harris W. Early Complications of Abdominal and Vaginal Hysterectomy. *Obstetrical & Gynecological Survey.* 1995; 50(11):795-805.
17. KOVAC S. Hysterectomy outcomes in patients with similar indications. *Obstetrics & Gynecology.* 2000; 95(6):787-793.

18. Manríquez, Valentín, Michel Naser, and Mauricio Gómez. "Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas. Experiencia de seis años, Hospital Clínico de la Universidad de Chile." *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 78.6 (2013): 432-435
19. Rafael Gómez García. Postoperatorio en cirugía vaginal. *Rev. De Ginecol. y Obst.* 1965.
20. Hur HC, Donnellan N, Mansuria S, Barber RE, Guido R, Lee T. Vaginal cuff dehiscence after different modes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2011; 118:794–801.
21. Te Linde's Operative Gynecology. 8th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 1997.
22. Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. ACOG Practice Bulletin No. 104. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009; 113:1180–9.

## ANEXOS

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 1. Datos de filiación:

- ✓ Edad:
- ✓ Estado Laboral:
- ✓ Grado de Instrucción:
  - Primaria: Completa  Incompleta
  - Secundaria: Completa  Incompleta
  - Superior: Completa  Incompleta
- ✓ Procedencia:

#### 2. Características Clínicas:

- ✓ Motivo de consulta:
- ✓ Tiempo de enfermedad:
- ✓ Antec. Médicos: No:  Sí:  \_\_\_\_\_
- ✓ Antec. Quirúrgicos: No:  Sí:  \_\_\_\_\_
- ✓ Antec. Obstétricos:
  - G: P:
  - Tipo de Parto:
  - Antec de Trauma Obstétrico: No:  Sí:  \_\_\_\_\_
- ✓ Peso:
- ✓ Talla:
- ✓ IMC:
- ✓ POP-Q: 


#### 3. Características Quirúrgicas:

- ✓ Diagnóstico Preoperatorio:
- ✓ Tipo de Cirugía Vaginal:
- ✓ Tiempo Operatorio:
- ✓ Complicaciones intraoperatorias: No:  Sí:  \_\_\_\_\_
- ✓ Transfusión sanguínea: No:  Sí:
- ✓ Estancia hospitalaria postquirúrgica:
- ✓ Complicaciones postoperatorias: No:  Sí:  \_\_\_\_\_