

11217

118
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

HOSPITAL DE LA MUJER SSA

**"CESAREA HISTERECTOMIA
EXPERIENCIA DE 5 AÑOS (1989-1993)"**

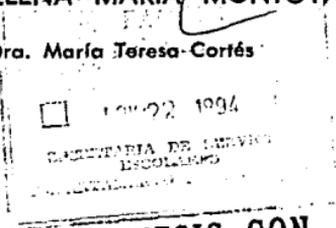


HMB

S. S. A.
HOSPITAL DE LA MUJER
JEFATURA DE ENFERMERIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DRA. LUZ HELENA MARIA MONTOYA

Tutora: Dra. María Teresa Cortés



MEXICO, D. F.

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

CESAREA HISTERECTOMIA
EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL
HOSPITAL DE LA MUJER
[1989 - 1993]

Job. 12,13.

DEDICATORIA:

A mi MADRE por su amor, apoyo y sacrificio durante toda mi vida para culminar mis metas.

A toda mi FAMILIA por su comprensión y apoyo moral durante nuestra estadia en México.

A mi asesora de tesis Doctora MARIA TERESA CORTES por su dedicación, tiempo y disposición para orientarme en todo momento.

A MONIQUE por su alegría y ternura en nuestros momentos de nostalgia y soledad.

Al Doctor LUIS FERNANDO CRUZ con sentimientos de gratitud por concederme la oportunidad para realizar mi especialidad.

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor JAVIER ORTIZ por su valiosa colaboración para iniciar mi postgrado en Ginecología y Obstetricia.

Al Doctor HUGO BUSTOS por su bondad y apoyo en los momentos en que mas lo necesité.

Al Doctor ARTURO ZARATE SANTAMARIA por sus valiosas enseñanzas en Ginecología.

Especialmente a los Departamentos de Archivo e Informática del Hospital de la Mujer que hicieron posible la realidad de éste trabajo.

Al INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA Y HOSPITAL DE LA MUJER quienes contribuyeron a mi formación como especialista en Obstetricia y Ginecología.

INDICE

1. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES	1
2. OBJETIVOS	5
3. METODOLOGIA	5
4. MATERIAL Y METODOS	5
5. VARIABLES DE ESTUDIO	6
6. RESULTADOS	6
7. ANALISIS DE RESULTADOS	33
8. CONCLUSIONES	35
9. RECOMENDACIONES	37
10. BIBLIOGRAFIA	38

CESAREA HISTERECTOMIA EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL DE LA MUJER. [1989 - 1993]

INTRODUCCION / ANTECEDENTES.

La cesárea histerectomía es un procedimiento relativamente antiguo; Joseph Cavallini en 1.768 describió la cesárea histerectomía en animales de laboratorio.(1)

Eduardo Porro en 1.876 fué el primer cirujano que realizó una cesárea histerectomía en una paciente viva.

Muller de Berna en 1.878 publicó una modificación a la técnica de Porro que consistía en extraer el utero de la cavidad peritoneal y colocarlo sobre la pared abdominal antes de iniciar la histerectomía.

Richardson en 1.881 modifica la técnica de Porro utilizando una asa metálica colocada a nivel del orificio cervical interno para garantizar hemostasia. (2,3).

Spencer en ese mismo año realiza la primera cesárea histerectomía total, pues todas las anteriores habían sido realizadas en forma subtotal. Las indicaciones para realizar esta cirugía han cambiado en el transcurso del tiempo así:

Reed en 1.900 publicó las siguientes indicaciones para el método de Porro: Todos los casos en que debido a las condiciones generales está indicada operación cesárea y además es requerida la resección del utero, en los casos de feto muerto e infección del utero, atresia extensa de la vagina que impide la expulsión de loquios, cancer de cuello uterino, atonía uterina, o hemorragia incontrolable a nivel de la placenta y casos de ruptura del utero en las cuales las suturas no brindan garantía alguna de resistencia.

Algunos investigadores como Lash y Cummings empezaron a sugerir la aplicación cautelosa de las indicaciones para histerectomía después de la cesárea.

Wilson en 1.937 citó como indicaciones aceptables para la cirugía las siguientes: mioma uterino, hemorragia incontrolable, infección durante el parto y esterilización. (2,3).

Pletsch y Sandberg dividen las indicaciones en electivas e indicadas, las primeras cuando son ejecutadas con fines de esterilización y las segundas aquellas operaciones realizadas con motivo de urgencia obstétrica que ponen en peligro la vida o para tratamiento de padecimientos ginecológicos ya existentes. (4).

Durfee y otros investigadores en 1.969 sugirieron la extracción del útero en el momento de la cesárea para salvar la vida de la paciente gravida.

Creasy and Resnik publica que las indicaciones de histerectomía por hemorragia obstétrica de acuerdo a su frecuencia son: atonía uterina (43%), placenta acreta (30%), ruptura uterina (13%), extensión de la incisión (10%), y útero miomatoso (3%), de dicho procedimiento también reporta que las complicaciones en orden de frecuencia son: Pérdida sanguínea que amerita transfusión de sangre (96%), fiebre (50%), infección (12%), coagulopatía (6%), lesión de uretero (6%), paro cardíaco (4%), tromboflebitis pélvica séptica (3%), y muerte materna (1%). (5)

Niswander menciona lo siguiente en cuanto a factores predisponentes: atonía uterina, hematoma-laceraciones, rotura uterina, inversión uterina, placenta acreta, placenta retenida, y subinvolución uterina. (6)

Strickland JL y cols publicaron en 1989 el análisis de 216 casos presentados de 1956 a 1988 en el hospital y la clínica de la universidad de Missouri, clasificando las cesáreas histerectomías en indicadas y electivas; Las primeras (13%) fueron emergencias de vida o muerte como hemorragia obstétrica, infecciones y ruptura uterina, en las electivas (87%) incluyeron todas las otras categorías, entre ellas 133 indicaciones por esterilización. Analizaron comparando ambos grupos el tipo de cirugía, complicaciones y mortalidad, no encontrando grandes diferencias, con excepción de la mortalidad, que los 4 casos encontrados fueron en el grupo de cirugía indicada. (7).

En el Instituto Nacional de Perinatología clasifican las indicaciones de éste procedimiento en: a) Absolutas, son aquellas que se realizan por hemorragia uterina incontrolable, ruptura uterina con el feto dentro de la cavidad uterina, prolongación de la histerorrafia, atonía uterina, placenta previa con lecho sangrante, acretismo placentario, desgarro de las comisuras o histerorrafia, útero de couvaliere, y b) Relativas, que incluyen a todos aquellos padecimientos que involucran a los órganos pélvicos como son miomatosis uterina, neoplasia intraepitelial cervical, tumores ováricos, y endometriosis pélvica; tomando en consideración que existe una paridad satisfecha o peligro de un nuevo embarazo. (8)

Plaude WC y cols en 1.981, reportan 108 casos en los que las mayores complicaciones por dicha cirugía son: el aumento de la pérdida de sangre y lesión del tracto genitourinario. (9)

Clark y cols en 1.984 reportaron que la tasa de histerectomía de urgencia postcesarea es de 0.7%, la pérdida sanguínea media es aproximadamente de 3.500 cc, el tiempo operatorio medio más de 3 horas y la estancia hospitalaria media 7-8 días. (10)

Ahued Ahued JR en 1.987 publica un estudio realizado en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado realizado en un periodo de 13 años en el cual encontró: 132 casos (1.06%) de cesareas histerectomías, la edad más frecuente fué de 30-34 años, multigestas y con antecedente de una o más cesáreas; la indicación de la cesárea fué hemorragia o infección, además de desproporción cefalopélvica y cesárea iterativa; la indicación de cesárea histerectomía fué hemorragia (75.75%) o infección (12.88%) la mortalidad fué (6.82%) y el promedio de hospitalización fué de 9.5 días. (11)

Quesnel Garcia-Benites C en 1.988 en una revisión de dos años (1.986-1.988) en el Instituto Nacional de Perinatología de 58 casos de cesárea histerectomía de las cuales 56 fueron por indicación absoluta en orden de frecuencia: acretismo 20, atonía uterina 17, utero de couvaliere 7, prolongación de histerorrafia 6, ruptura uterina 5, hematoma disecante del ligamento ancho 1, disgerminoma 1, tumor vesical 1. (1)

En una revisión en la literatura de 1.989-1.993 para buscar además de indicaciones, frecuencia, complicaciones y mortalidad encontramos lo siguiente: En 1.989 en un estudio de 41.107 nacimientos se realizó cesárea histerectomía a 46 pacientes obstétricas con una incidencia de 0.11%; 25 histerectomías fueron electivas y 21 fueron de emergencia, 11 de éste último grupo se realizaron por placenta previa y/o acreta. Se observó que la placenta anormal representaba la mayor indicación en cesárea histerectomía de emergencia y que la hemorragia es mayor en ésta que en la cesárea histerectomía electiva. (12)

En China en 1.990 a 51 casos de cesárea por placenta previa se les dió manejo conservador colocando puntos en el lecho sangrante; a 4 de éstos casos se les tuvo que hacer histerectomía de urgencia reportando una mortalidad perinatal de 60%. (13)

También en 1.991 reportaron 15 casos de cesárea histerectomía de emergencia observándose el promedio de edad 31.7 años, la indicación de histerectomía de acuerdo a frecuencia: desordenes placentarios (60%), atonía uterina (26.7%), ruptura uterina (13.3%). En 14 casos se realizó histerectomía total y en solo 1 caso histerectomía subtotal. (14, 15)

Arzola Paniagua MA en el Instituto Nacional de Perinatología reporta 103 casos en 5 años de 1.987 a 1.991 en dicho hospital: las indicaciones las divide en absolutas, relativas y

electivas, los resultados de acuerdo a frecuencia son: placenta acreta (53.3%), atonía uterina (36%), desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y útero de couvalier (5.9%), desgarro de comisuras o histerorrafia (2.9%), ruptura uterina (1.9%) como indicación absoluta. Relativa; miomatosis (46.5), neoplasia intraepitelial cervical GIII (20%), hematoma del ligamento ancho (13.6%), disgerminoma (6.7%), endometriosis (6.7%), y corioamnionitis (6.7%); y como electivas paridad satisfecha (4%), la mayor frecuencia según edad fué en el grupo de 31 a 40 años.

En relación a complicaciones: a) Transoperatorias; shock hipovolémico (46.4%), lesión vesical (21.4%), hematoma del ligamento ancho (10.8%), lesión ureteral (7.1%), paro cardiorrespiratorio (7.1%), hemoperitoneo (3.6%), desgarro comisural (3.6%), y b) Postoperatorias; absceso de cúpula (22.8%), síndrome anémico (22.8%), fistula ureteral (9.1%), ictericia postransfusional (9.1%), tromboflebitis de miembro pélvico (9.1%), hematoma subperitoneal (9.1%), absceso de pared (4.5%), fistula vesical (4.5%), pelviperitonitis (4.5%), y necrosis tubular aguda (4.5%). La mortalidad es del 0%. (16).

Yancey MK y cols en 1.993 observaron que no hay diferencia significativa en cuanto a frecuencia de complicaciones en las mujeres en las que se realizó cesárea histerectomía programada al compararlas con aquellas en las que se les hizo histerectomía subsecuente a la cesárea. (17).

En relación a la mortalidad, Barclay en 1976 reporta 1.04 % y Park 0.71 % en 1980. (19,20)

Por lo anterior, podemos concluir que las causas que constituyen las indicaciones absolutas, con algunas variaciones en frecuencia, se mantienen en todos los reportes, así como las principales complicaciones; donde se encuentran variaciones importantes es en relación a la mortalidad.

Ya que la cesárea histerectomía es un procedimiento necesario en situaciones de emergencia no exento de riesgos, consideramos importante analizar los casos presentados durante los últimos cinco años en el Hospital de La Mujer para conocer indicaciones, frecuencia, complicaciones y mortalidad y poder contrastarla con los datos encontrados en la literatura. Lo que nos permitirá determinar los factores de riesgo que nos conduzcan a establecer medidas preventivas que disminuyan las complicaciones y mortalidad y/o dar un manejo mas adecuado a dicha complicación.

OBJETIVOS

- **Determinar la frecuencia de cesárea histerectomía en el Hospital de la Mujer.**
- **Conocer las indicaciones mas frecuentes para realizar ésta cirugía.**
- **Detectar las complicaciones mas frecuentes y sus posibles causas.**
- **Identificar la mortalidad en éste procedimiento.**

METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal de las cesareas histerectomías realizadas en el Hospital de La Mujer en un período de tiempo comprendido entre el 1 de Enero de 1.989 al 31 de Diciembre de 1.993; se tomaron como elementos de estudio los expedientes clínicos de pacientes en quienes se realizó cesárea histerectomía.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron todos los expedientes registrados en el departamento de estadística con diagnóstico de egreso de cesárea e histerectomía, para seleccionar los que cumplen con el requisito de estudio de que la cesárea histerectomía haya sido realizada en el mismo tiempo quirúrgico, los datos fueron consignados en una cédula de captación con lo que se elaboró una base de datos en computación.

VARIABLES DE ESTUDIO

DEPENDIENTES

*Cesárea Histerectomía

INDEPENDIENTES

Edad
 Paridad
 Semanas de gestación
 Peso del producto
 Causa de la cesárea
 Causa de la histerectomía
 Procedimiento realizado
 Complicaciones
 Mortalidad
 Días / Estancia
 Sangrado / transoperatorio

ANÁLISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS). La descripción de las variables se realizó a través de frecuencias simples y medidas de tendencia central y de dispersión, se buscó correlacionar cesárea histerectomía con cada una de las variables independientes con el objeto de determinar asociaciones estadísticamente significativas.

Como prueba de significancia se utilizó χ^2 cuadrada con un nivel de confianza del 90%.

RESULTADOS

En el HOSPITAL DE LA MUJER durante el periodo comprendido entre Enero de 1.989 a Diciembre de 1.993 se presentaron 60.981 nacimientos de los cuales 42.906 fueron partos correspondiendo al 70.35%, 18.075 fueron cesáreas que corresponden al 29.64% y 102 fueron CESAREAS HISTERECTOMIAS o sea el 0.16% del total de nacimientos.

CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES:

EDAD.

La edad de las pacientes en el grupo estudiado tuvo una amplitud de 25 años siendo la menor de 15 y la mayor de 40 años. Las que al agruparlas con intervalos de 5 años, se observó que la mayor frecuencia de cesárea histerectomía o sea el 29% se encontró en el grupo de mujeres entre los 20 a 24 años, también se vió que en los grupos entre los 25 a 29 años y entre los 30 a 34 años tuvieron una frecuencia similar 24 y 22% respectivamente. Los grupos en los que se obtuvo menor número de pacientes fué en el de 40 a 44 años que correspondió al 5%, la distribución de edades no corresponde a una distribución de curva normal, pues se aprecia una desviación hacia la izquierda. (TABLA No.1).

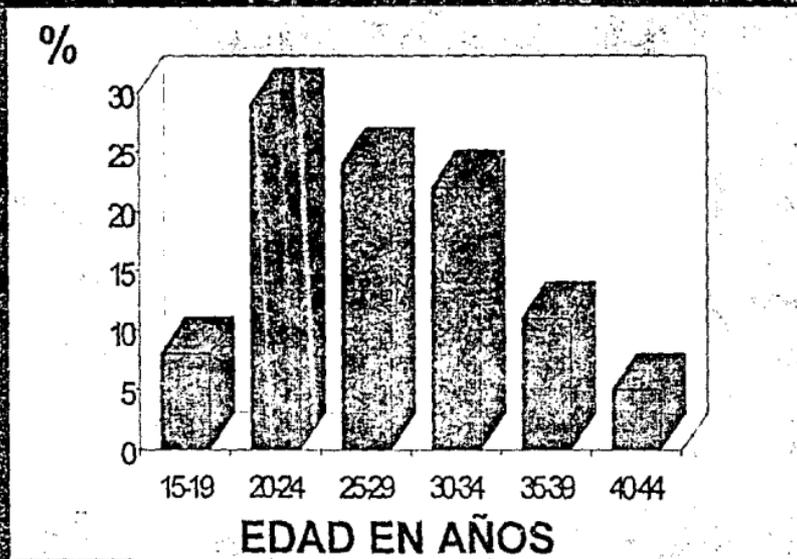
TABLA No. 1

**DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD
DE LAS PACIENTES CON CESAREA HISTERECTOMIA.
HOSPITAL DE LA MUJER.
1.989 A 1.993**

EDAD	No.	%
15 A 19	8	8
20 A 24	30	29
25 A 29	25	24
30 A 34	23	22
35 A 39	11	11
40 A 44	5	5
TOTAL	102	100

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES CON CESAREA HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER, 1989 - 1993



LHMM

NUMERO DE GESTACIONES

Con respecto al número de gestaciones previas se encontró un promedio de 3.9, el 47 % de las mujeres tenían entre 4 y 3 embarazos previos correspondiendo al 26 y 21% respectivamente, siguiendo en orden de frecuencia encontramos 2 y 5 gestaciones previas o sea 16 y 13% y por último las pacientes en quienes se encontró 1, 6 y 8 ó mas embarazos previos presentaron un porcentaje similar. (TABLA No.2).

TABLA No. 2

ANTECEDENTES DE GESTACION EN LAS MUJERES CON CESAREA HISTERECTOMIA. HOSPITAL DE LA MUJER. 1.989 A 1.993

GESTACIONES	Nº.	%
G 1	7	7
G 2	16	16
G 3	22	21
G 4	27	26
G 5	13	13
G 6	6	6
G 7	4	4
G 8 Y MAS	7	7
TOTAL	102	100

ABORTOS PREVIOS

En cuanto a antecedente de abortos se encontró que el 20% de las mujeres habían presentado un aborto, el 9% 2 abortos y el 3 % entre 3 y 4 abortos previos a la cesárea histerectomía.

GESTACIONES PREVIAS EN MUJERES CON CESAREA HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER, 1989 - 1993



PARTOS PREVIOS

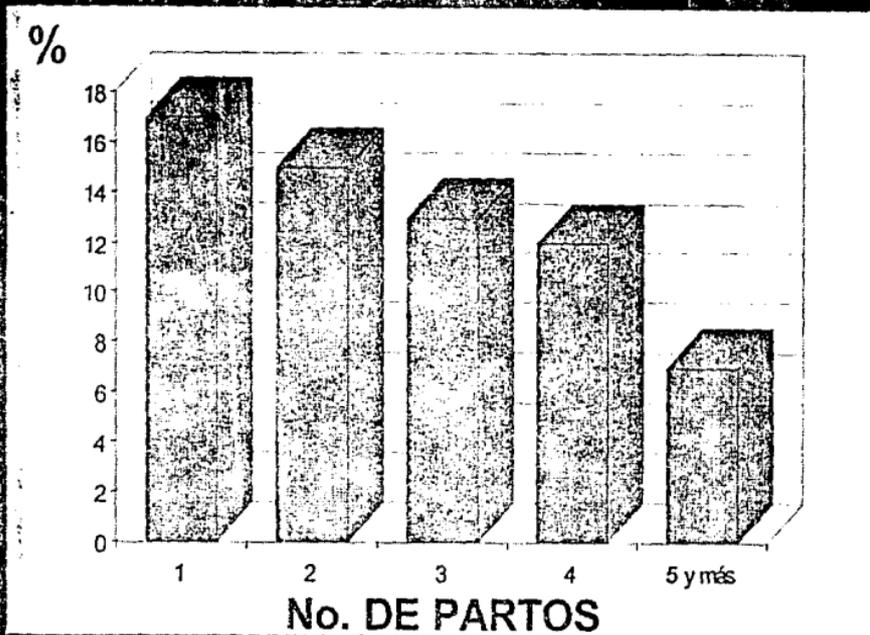
De las 102 pacientes el 64% o sea 66 habian tenido partos previos. La mayoría de ellas estuvieron entre 1 y 2 partos previos correspondiendo al 17 y 15% respectivamente y la frecuencia va disminuyendo a medida que aumenta el número de partos como observamos en la tabla número 3.

TABLA No.3

ANTECEDENTE DE PARTOS PREVIOS. HOSPITAL DE LA MUJER. 1.989 A 1.993

PARTOS	No.	%
P 1	18	17
P 2	16	15
P 3	13	13
P 4	12	12
P 5 Y MAS	7	7
TOTAL	66	64

**ANTECEDENTE DE PARTOS EN PACIENTES
CON CESAREA HISTERECTOMIA
HOSPITAL DE LA MUJER. 1989 - 1993**



CESAREAS PREVIAS

De los 102 casos, 51 presentaron como antecedente cesáreas previas que corresponden al 50% del total de pacientes, de éstas 27% tuvieron cuando menos una cesárea, 21% tuvo 2 cesáreas y solo el 2% tuvo 3 cesáreas.

TABLA No. 4

ANTECEDENTE DE CESAREAS PREVIAS. HOSPITAL DE LA MUJER. 1.989 A 1.993

CESAREAS	No.	%
C 1	28	27
C 2	21	21
C 3	2	2
TOTAL	51	50

ANTECEDENTE DE CESAREAS EN PACIENTES CON CESAREA HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER. 1989 - 1993



SEMANAS DE GESTACION

El mayor número de casos ocurrió en mujeres con productos de término o sea el 61%, 28 fueron productos pretérmino que representan el 27% en nuestra casuística, el menor número de casos se presentó en las pacientes con productos postérmino solo 5%. (TABLA No. 5).

TABLA No. 5

**DISTRIBUCION DE LOS PRODUCTOS SEGUN
EDAD GESTACIONAL EN PACIENTES
CON CESAREA HISTERECTOMIA.
HOSPITAL DE LA MUJER.
1.989 A 1.993**

EDAD GESTACIONAL	No.	%
INMADUROS 21 A 27 SEM.	7	7
PRETERMINO 28 A 36 SEM.	28	27
TERMINO 37 A 42 SEM.	62	61
POSTERMINO	5	5
TOTAL	102	100

PRODUCTOS DE PACIENTES CON CESAREA HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER. 1989 - 1993

EDAD GETACIONAL



INDICACION DE LA CESAREA

En relación a la indicación de cesárea, se consideró la indicación principal, esto quiere decir que una paciente pudo tener varias indicaciones para realizar ésta cirugía, pero para ésta descripción se consideró la indicación absoluta por la que se llevó a quirófano. De las 102 pacientes que se estudiaron, la causa más frecuente de cesárea fué la placenta previa con 22 casos que corresponden al 21%, seguido del desprendimiento de placenta normoincorta con 20 casos correspondientes al 20%, la presentación fetal anormal y el antecedente de cesáreas previas ocupan el mismo lugar en frecuencia 15%, las demas indicaciones presentaron una frecuencia similar, si las agrupamos el 44% de las indicaciones fueron por sangrado .(TABLA No.6).

TABLA No.6

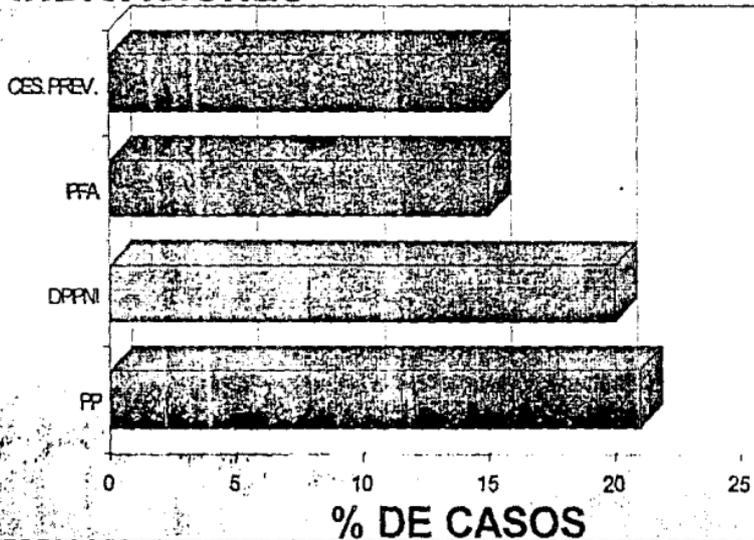
INDICACION PRINCIPAL DE CESAREA EN 102 CASOS DE CESAREA HISTERECTOMIA. HOSPITAL DE LA MUJER. 1.989 A 1.993

INDICACION	No.	%
PLACENTA PREVIA	22	21
DPPNI	20	20
PRESENT. FETAL ANORMAL	15	15
1 O MAS CESAREAS PREVIAS	15	15
SUFRIMIENTO FETAL	5	5
EMBARAZO GEMELAR	5	5
EHAE	4	4
DCP	4	4
RUPTURA UTERINA	3	3
INFECCION OBSTETRICA	2	2
OTRAS	7	6
TOTAL	102	100

INDICACION DE CESAREA EN PACIENTES CON CESAREA HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER. 1989 - 1993

INDICACIONES



INDICACION DE LA HISTERECTOMIA

Las indicaciones para realizar la histerectomía fueron todas absolutas, teniendo el 98% como causa directa sangrado secundario a: acretismo placentario que ocupó el primer lugar correspondiendo al 39%, la atonia uterina fué la segunda indicación más frecuente y representa el 32%, en orden descendente las otras indicaciones se presentaron con frecuencia similar, el resto, o sea el 2% su causa fué infección. (TABLA No.7).

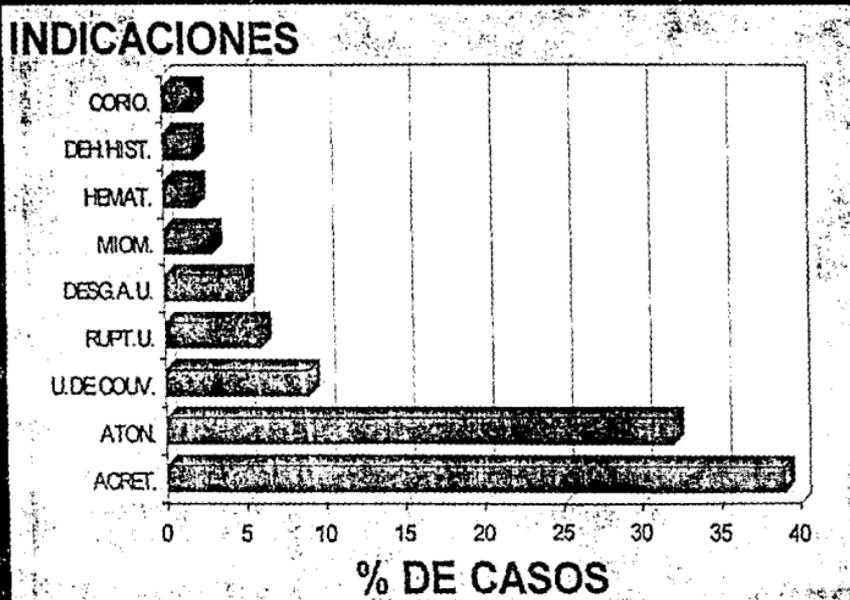
TABLA No. 7

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA EN 102 CASOS DE CESAREA HISTERECTOMIA. HOSPITAL DE LA MUJER. 1.989 A 1.993

INDICACION	No.	%
ACRETISMO	40	39
ATONIA	33	32
UTERO DE COUVALIERE	9	9
RUPTURA UTERINA	6	6
DESGARRO A. UTERINA	5	5
MIOMATOSIS	3	3
HEMATOMA	2	2
DEHISC. HISTERORAF.	2	2
CORIOAMNIONITIS	2	2
TOTAL	102	100

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA EN PACIENTES CON CESAREA HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER. 1989 - 1993



PROCEDIMIENTO REALIZADO

Los procedimientos realizados en las pacientes estudiadas fueron clasificados de acuerdo al tipo de cesárea hysterectomía: total y subtotal, de las cuales ocupó el primer lugar la cesárea hysterectomía total con 94 pacientes que correspondieron al 92% y de la cesárea hysterectomía subtotal se encontraron 8 casos que correspondieron al 8%. (TABLA No. 8).

TABLA No. 8

PROCEDIMIENTOS EN CESAREA HISTERECTOMIA. HOSPITAL DE LA MUJER. 1.989 A 1.993

PROCEDIMIENTO	No.	%
HISTERECTOMIA TOTAL	94	92
HISTERECTOMIA SUBTOTAL	8	8
TOTAL	102	100

SANGRADO DURANTE LA CIRUGIA

Solo un poco más de la tercera parte de las pacientes tuvieron sangrado dentro de lo normal, (hasta 1500 cc segun Williams (18)) casi la mitad tuvo un sangrado entre 1.501 y 3.000 cc y el 20% más de 3.000 cc como se observa en la tabla número 9.

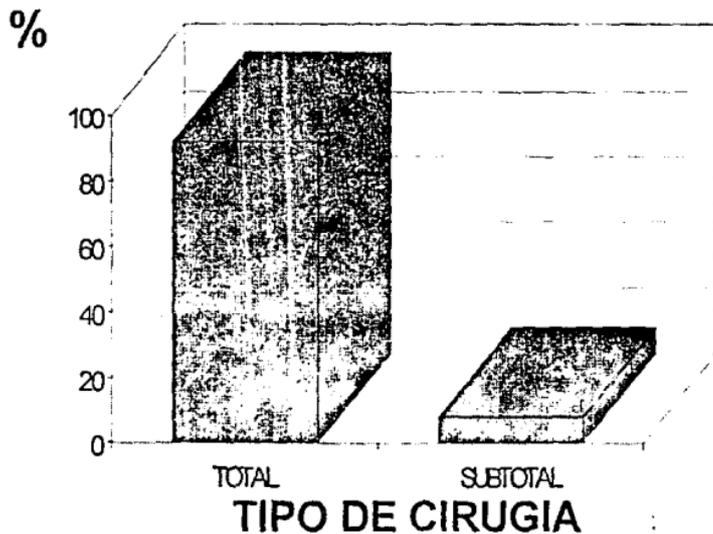
TABLA No. 9

SANGRADO EN 102 CASOS DE CESAREA HISTERECTOMIA. HOSPITAL DE LA MUJER 1.989 A 1.993

SANGRADO en cc	No.	%
500 a 1500	36	35
1501 a 3000	46	45
3001 o MAS	20	20
TOTAL	102	100

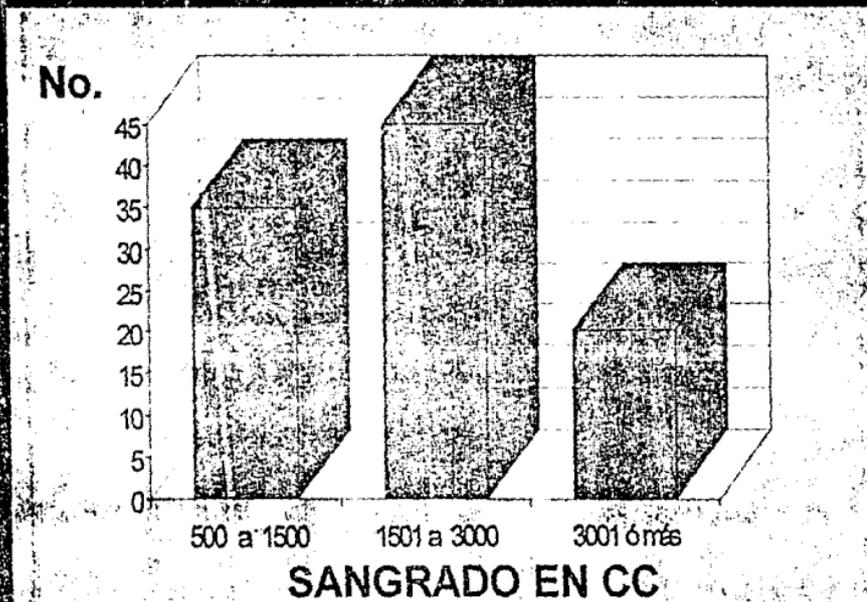
PROCEDIMIENTOS EN CESAREA HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER, 1989 - 1993



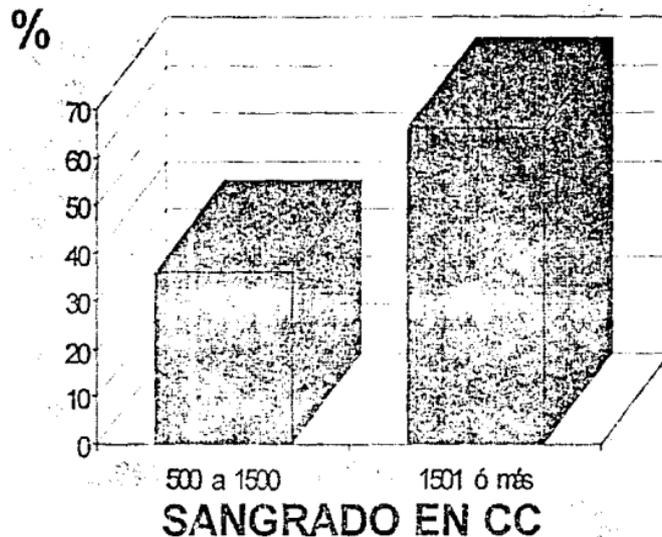
SANGRADO TRANSOPERATORIO EN CESAREA HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER, 1989 - 1993



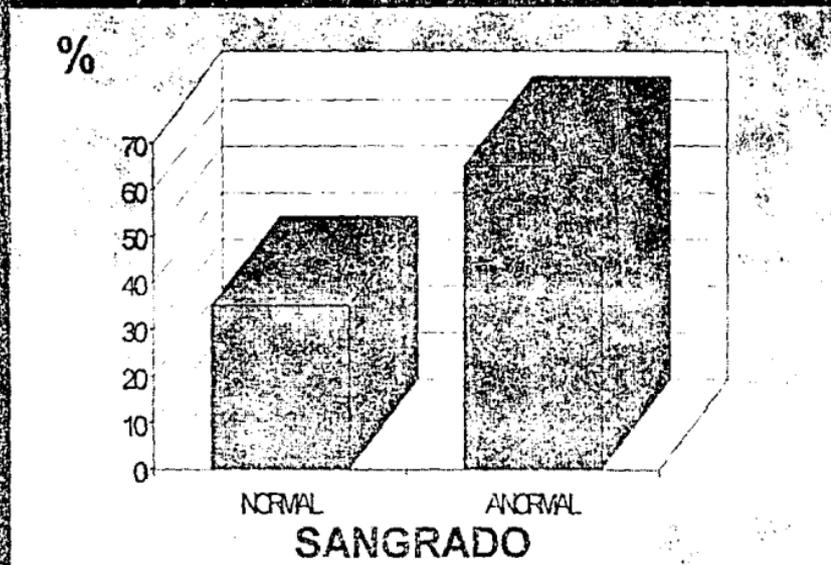
SANGRADO TRANSOPERATORIO EN CESAREA-HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER, 1989-1993



DISTRIBUCION DE SANGRADO DE ACUERDO A NORMALIDAD EN CESAREA HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER. 1989 - 1993



COMPLICACIONES

De las 102 pacientes casi la mitad presentaron complicaciones, de éstas la más frecuente fué shock hipovolémico correspondiendo al 68%, tuvieron abscesos 6 pacientes que corresponde al 12%, el 8% tuvo lesión urológica y el 4% presentaron como complicación hematoma.(TABLA No.10).

TABLA No. 10

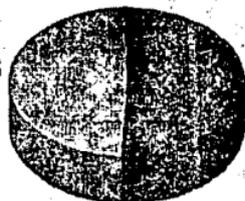
**COMPLICACIONES MAS FRECUENTES
EN 102 CASOS DE CESAREA HISTERECTOMIA.
HOSPITAL DE LA MUJER.
1.989 A 1.993**

COMPLICACIONES	No.	%
SHOCK HIPOVOLEM.	34	68
ABSCEOS	6	12
LESION UROLOGICA	4	8
HEMATOMA	2	4
OTROS	4	8
TOTAL	50	100

DISTRIBUCION DE ACUERDO A EVOLUCION EN PACIENTES CON CESAREA HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER. 1989 - 1993

COMPLICADOS
49%

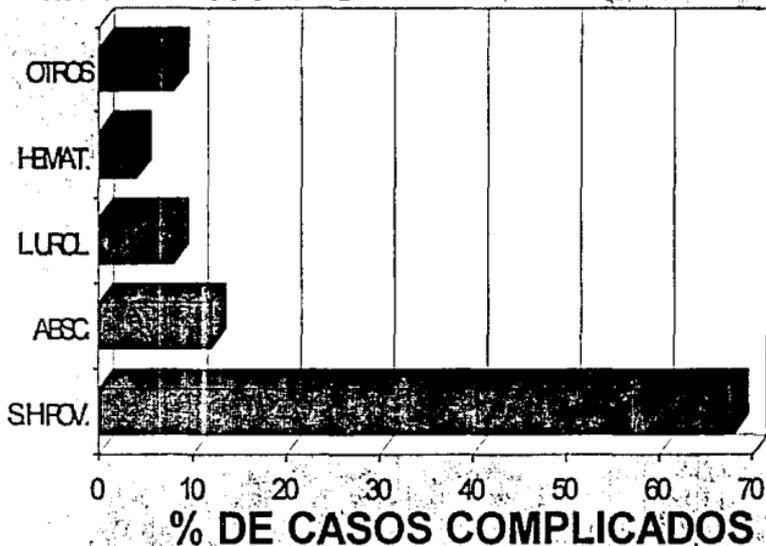


NO
COMPLICADOS
51%

COMPLICACIONES EN PACIENTES CON CESAREA HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER. 1989 - 1993

COMPLICACIONES



DIAS DE ESTANCIA

De los 102 casos del estudio se observó que sólo una cuarta parte de las pacientes estuvieron hospitalizadas en un periodo de tiempo de 3 a 4 días considerado normal, el 23% permanecieron en el hospital durante 4 a 5 días, 16 estuvieron entre 7 y 8 días, 42% permanecieron más de 9 días en el hospital y 9 sólo estuvieron 1 día, todas fallecieron. (TABLA No. 11).

En cuanto al tipo de hospitalización 47 pacientes ameritaron ingreso a la unidad de cuidados intensivos (46%), el resto fueron hospitalizadas en sala de cuidados generales.

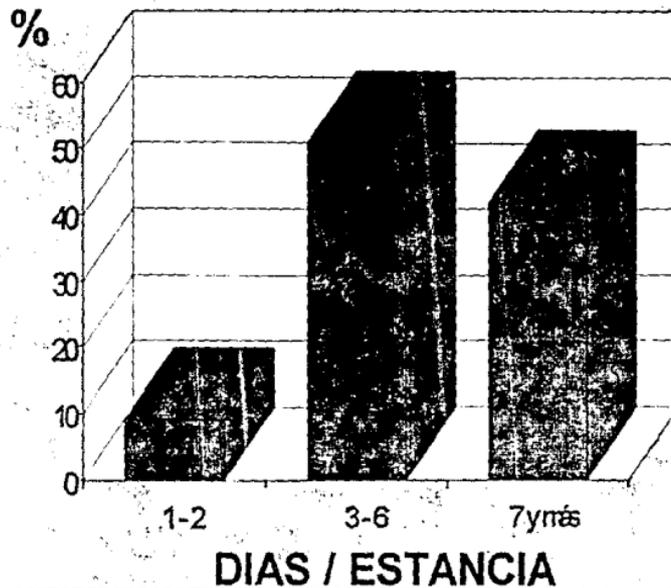
TABLA No. 11

DIAS DE ESTANCIA POR CESAREA HISTERECTOMIA. HOSPITAL DE LA MUJER. 1.989 A 1.993

DIAS	No.	%
1-2	9	9
3-4	27	26
5-6	24	23
7-8	16	16
9-10	8	8
11-12	5	5
13-14	3	3
15 y MAS	10	10
TOTAL	102	100

CESAREA HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER. 1989 - 1993



MORTALIDAD

La mortalidad general encontrada fué del 13.7%. La causa más frecuente fué por shock hipovolémico en un 77.8%, seguido de tromboembolia pulmonar con 11.1%, y shock anafiláctico con 11.1%. (TABLA No. 12).

Es importante mencionar que ésta mortalidad corresponde al 18% de las pacientes con complicaciones.

TABLA No. 12

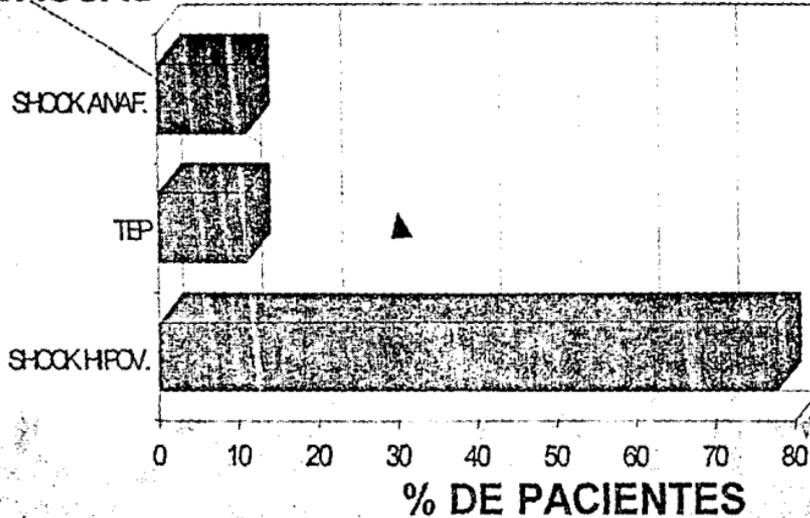
**CAUSAS DE MORTALIDAD EN 9 CASOS
DE CESAREA HISTERECTOMIA.
HOSPITAL DE LA MUJER.
1.989 A 1.993**

CAUSAS	No.	%
SHOCK HIPOVOLEMICO	7	77.8
TROMBOEMBOLIA PULM.	1	11.1
SHOCK ANAFILACTICO	1	11.1
TOTAL	9	100.0

MORTALIDAD EN PACIENTES CON CESAREA HISTERECTOMIA

HOSPITAL DE LA MUJER. 1989 - 1993

CAUSAS



ANALISIS DE RESULTADOS

Las características de las mujeres de éste estudio no difieren de las características reproductivas nacionales dado que la mayor proporción se encontró entre los 20 y 34 años con una mayor frecuencia de gestaciones previas entre 3 y 4; si bien el 50% de las pacientes tenían como antecedente una o más cesareas previas no hubo correlación estadística por lo que tampoco debemos descartar en el otro 50% los factores de riesgo asociados a otros eventos reproductivos que pueden ser tanto o más importantes, puesto que el 93% de las pacientes eran multiparas, como serian legrados y otro tipo de cirugias uterinas que no pudieron ser analizados por no tener datos suficientes.

Está reportado que en grandes multiparas la tasa de placenta previa puede llegar al 5%, y en nuliparas a 0.2% otra de las relaciones clínicas que se han reportado con ésta patología son: mayor edad de la mujer, antecedente de cesárea previa, aborto inducido previo, dilatación y raspado anteriores (diagnósticos o terapéuticos), embarazo múltiple y posición anormal del feto (en el tercer trimestre); así mismo aumenta de forma impresionante la posibilidad de que se practique cesárea hysterectomía con las complicaciones que conlleva (16% en comparación con 3.6%) por hemorragia notable y presencia de placenta acreta en los casos en que se ha intervenido a la paciente previamente por cesárea.

En relación a la edad gestacional no se encontró ninguna relación significativa. Con respecto a las principales indicaciones de cesárea las de mayor frecuencia fueron placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoincorta las que a su vez se complicaron en una proporción de 2:1 siendo ésta relación estadísticamente significativa .

Así mismo las dos indicaciones mas frecuentes de hysterectomía fueron acretismo y atonia que se correlacionan directamente con las indicaciones de cesárea; La asociación encontrada entre acretismo y placenta previa fué altamente significativa (p mayor que .001) no habiendo asociación entre atonia y desprendimiento prematuro de placenta normoincorta.

Llama la atención que en relación a la cantidad de sangrado que tuvieron las pacientes estudiadas, 2/3 partes tuvieron un sangrado mayor de 1.500 cc lo que a su vez nos explica porque la complicación más importante fué shock hipovolémico encontrando asociación estadística entre éste con acretismo y placenta previa, no siendo significativo con atonia, DPPNI, y presentación anormal. En 1927 A.H. Bill recomendó la transfusión materna en casos de sospecha de placenta previa para estabilizar su estado en forma directa y el del feto de manera indirecta: disminuyendo así las tasas de mortalidad a menos del 1% (21), sin embargo el riesgo de una transfusión en la época actual hace que no se realice de manera sistemática.

Si bien en la literatura se reportan diferencias entre el tipo de cirugía y las complicaciones y mortalidad, en éste estudio no encontramos asociación estadísticamente significativa, pues solo hubo un caso de mortalidad en hysterectomía subtotal y 8 en hysterectomía total.

En relación a la estancia hospitalaria la mayoría de las pacientes permanecieron más del tiempo esperado para éste tipo de cirugía, llama la atención que si solo la mitad de las pacientes tuvieron alguna complicación sólo el 26% permaneció entre 3 y 4 días en el

hospital que es el tiempo considerado como adecuado para esta cirugía. Sin embargo el promedio total fué de 7.5 días pese a que otros estudios reportan 7-8 y 9,5 (10 y11).

La mortalidad encontrada fué más alta que la reportada en otros estudios mexicanos: 6.82% en el Hospital 20 de Noviembre y 0% en el Instituto Nacional de Perinatología lo mismo que la reportada a nivel mundial 0.71% , 1.04 % y 1.85 % (19,18,7).

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de la cesárea histerectomía en el Hospital de la Mujer es de 0.16% la cual es menor que la reportada por otras instituciones de salud, a nivel nacional en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE fué del 1.06% y en el Instituto Nacional de Perinatología del 0.93%, a nivel internacional Clark reportó una incidencia de 0.7%. (11, 16, 10)

2. Las indicaciones más frecuentes que se presentaron en el Hospital de la Mujer para realizar la cesárea histerectomía fueron: acretismo placentario en el 39%, atonía uterina en el 32%, útero de couvaliere en el 9% y ruptura uterina en el 6% de todos los casos; Al comparar éstos datos con el reporte de Quesnel en el cual el 95% de las pacientes fueron intervenidas por indicación absoluta (característica similar a nuestra población), se presentaron en igual frecuencia las primeras tres indicaciones; de la misma manera es reportado por Arzola en 1993 siendo de su casuística el 83.7% por indicación absoluta, así mismo Ahued reporta como causa principal en un 75% hemorragia. (1,16,11)

3. En el Hospital de la Mujer el 49% de las pacientes con cesárea histerectomía presentaron alguna complicación, la más frecuente que se presentó en éstas pacientes fué el shock hipovolémico debido a que las indicaciones para realizar ésta cirugía fueron en su mayoría por causa hemorrágica. Clark publicó que en pacientes con cesárea histerectomía de urgencia la pérdida sanguínea media fué de 3500cc volumen considerado anormal para ésta cirugía, Plaudé reportó que la mayor complicación en éste procedimiento es la pérdida de sangre, Chesnut sostuvo que la hemorragia es la mayor complicación en pacientes en quienes se les practica cesárea histerectomía de urgencia ó por indicación absoluta y Arzola encuentra en su revisión que el 40.6% de las pacientes sometidas a éste procedimiento se complicaron, de éstas el 46.4% presentaron shock hipovolémico. (10, 9, 12, 16)

4. La mortalidad encontrada durante los 5 años fué del 13.7%. Ahued reporta una mortalidad del 6.82%, Arzola 0%, y Strickland en su estudio encontró que la mortalidad en aquellas pacientes sometidas a cesárea histerectomía por indicación absoluta o de emergencia fué del 14%. (11, 16, 7)

En general podemos concluir que los resultados encontrados no difieren de manera importante con los reportados por otros estudios, si bien la mortalidad es más alta el tipo de pacientes es diferente, puesto que en éste hospital la mayoría de ellas no tiene control prenatal, de ahí las diferencias en cuanto a que todas las indicaciones fueron absolutas, así mismo las características socioeconómicas hace que dichas pacientes se encuentren en malas condiciones generales, considerando ésto último es importante destacar que la morbilidad no difiere grandemente de otros estudios donde la cirugía electiva ocupa un lugar importante.

Cabe destacar que en 5 años de 60,981 nacimientos el 29.64% correspondió a cesáreas con un índice de cesárea histerectomía de 0.16% que es menor a los estudios incluyendo los nacionales.

RECOMENDACIONES

En vista de que las pacientes que llegan a éste hospital tienen características especiales: sin control prenatal, sin diagnóstico previo, en malas condiciones generales etc, debe optarse por tener cuidados preventivos extremos como toma de pruebas cruzadas desde el momento en que ingresa a urgencias, dar un soporte de líquidos adecuado, tomar la desición a tiempo logrando evitar el deterioro por pérdida sanguínea, y llevando a cabo una cirugía corta aunque no completa sino mas bien salvadora (asi como se ha reportado en la literatura).

BIBLIOGRAFIA

1. Quesnel BC: *Perspectiva actual de la cesárea histerectomía Obstétrica*. México Karchmer KS: *Temas Selectos en reproducción humana*. México D.F. : 383-89 1.989.
2. Durffee R: *Evolution of cesarean hysterectomy*. Clin. Obstet. Gynecol. 12:575-589, 1.969.
3. Park RC, Duff WP: *Papel de la cesárea con histerectomía en la práctica obstétrica moderna*; en: Clin. Obstet. Ginecol. Ed. Interamericana Madrid Esp. 2: 611-31, 1.980.
4. Pletsch TD, Sandberg EC: *Cesarean Hysterectomy for sterilization*. Am J Obstet. Gynecol. 85: 254, 1.963.
5. Creasy and Resnik: *Maternal-Fetal Medicine*; en: *Emergency hysterectomy for Obstet. Gynecol.* 64: 376, 1.984.
6. Niswander KR: *Manual de Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento*. Ed. Salvat. 123-132, 1.990.
7. Strickland JL y cols: *Cesarean hysterectomy: procedure for modern obstetrics?*. South-Med-J. 82 (10): 1245-9, 1.989.
8. Instituto Nacional de Perinatología: *Normas y Procedimientos de Obstetricia*. México OP5, 1990.
9. Plaude WC y cols: *Hysterectomy at the time of cesarean section: Analysis of 108 case*. Obstet. Gynecol. 58: 459, 1.981.
10. Clark SL: *Emergency hysterectomy for Obstetric hemorrhage*. Obstet. Gynecol. 64: 376, 1.984.
11. Ahued JR: *Cesarea histerectomía*. Gin. Obst. Mex. 55: 47-52, 1.987.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA.

12. Chesnut DH y cols: Anesthetic management for obstetric hysterectomy: A multi-Institutional study. *Anest.* 70: 607-10, 1.98
13. Huang YD: Cesarean section in placenta previa. *Chuno-hua-I-Hsueh-tsa-chih.* 70: 13-15, 1.990.
14. Hsu TY y cols: Emergency Obstetric Hysterectomy report of fifteen cases. *Chang-Keng-I-Hsueh.* 14: 111-16, 1.991.
15. Wang DF: Analysis of hysterectomies in 118 obstetric cases. *Chuno-Hua-fu-chan-ko-tsa-chih.* 26: 221-3, 1.991.
16. Arzola MA: Cesarea histerectomia experiencia de 5 años dentro del INPer. Tesis. 1.993.
17. Yancey MK, Harlass FE, Benson W, Brady K: The Perioperative morbidity of scheduled cesarean hysterectomy. *Obstet. Gynecol.* 81: 206-10, 1.993.
18. Pritchard JA., Mc Donald PC, Gant NF.: *Williams Obstetricia*, tercera Edic. Edit. Salvat. 852-854, 1986.
19. Barclay DI.: Cesarean Hysterectomy, 30 years experience. *Obstet. Gynecol.* 35: 120-131, 1.970.
20. Park RC, Duff WP: Role of Cesarean Hysterectomy in modern Obstetric Practice. *Clin. Obstet. Gynecol.* 23: 601-620, 1980.
21. Crenshaw C., Darnell DE., Parker R.: Placenta Previa: A survey of twenty years experience with improved perinatal survival by expectant therapy and cesarean delivery. *Obstet. Gynecol. Surv.* 28: 461, 1973.