



11217
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

13
2EJ
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ISSSTE

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA
OBSTETRICA

TESIS DE POSTGRADO
PRESENTADA POR EL DR.
JUAN PABLO BALSEIRO BERRIO
PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASESORA DE TESIS,

DRA. E. RAYMONDE CAJUSTE BONTEMPS



ISSSTE

México, D.F.

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México

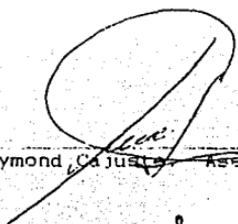


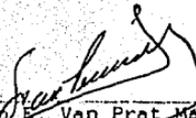
UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

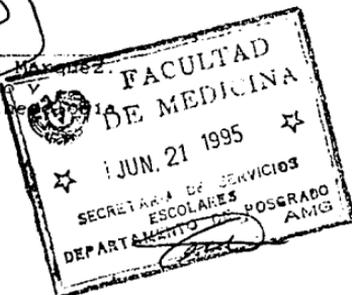
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

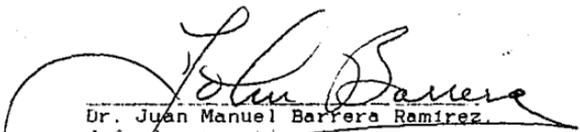
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

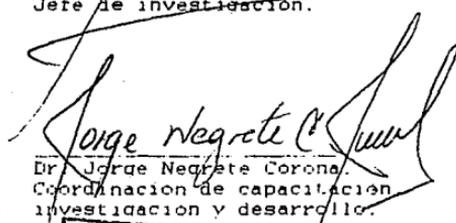

Dra. Raymond Cajuste. Asesora de tesis.

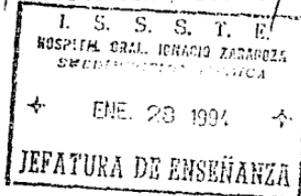

Dr. Ricardo Van Prat, Coordinador del servicio y titular del curso de Ginecología y Obstetricia.




Dr. Ramón Carpio Solís. Jefe de enseñanza; profesor adjunto del curso de Ginecología y Obstetricia. Coordinador de tesis.


Dr. Juan Manuel Barrera Ramírez. Jefe de investigación.


Dr. Jorge Negrete Corona. Coordinación de capacitación, investigación y desarrollo.



DEDICATORIA

A DIOS QUE ME DIO LA VIDA

A MIS PADRES QUE ME LA GUIARON

A MIS MAESTROS QUE ME LA ENSEÑARON

A LAS PACIENTES MEXICANAS

A MI HERMANA LINA:

POR HABERME

RESCATADO EN UNA ETAPA DIFÍCIL
DE MI VIDA.

INDICE

	PAG
INTRODUCCION.....	(1)
CONCEPTOS GENERALES.....	(2)
MARCO HISTORICO.....	(3)
HIPOTESIS.....	(5)
JUSTIFICACION.....	(6)
OBJETIVOS.....	(7)
MATERIAL Y METODOS.....	(8)
RESULTADOS.....	(9)
ANALISIS.....	(13)
CONCLUSIONES.....	(16)
RESUMEN.....	(17)
BIBLIOGRAFIA.....	(18)
ANEXO: GRAFICAS.....	()

I N T R O D U C C I O N

En la última década, las indicaciones de urgencia y elección de -
histerectomía han permanecido en controversia, ya que inicialmente
la cesárea-histerectomía se concibió como una medida para preservar
la vida materna. Con creciente experiencia técnica, el incremento
útil de antibióticos y modernos bancos de sangre; en algunos países
han modificado las indicaciones, en donde se incluyen las electivas
como la esterilización siendo ésta cuestionable por el alto índice
de complicaciones que pueden presentarse en este procedimiento.

Actualmente la histerectomía obstétrica no se hace solamente con el
fin de preservar la vida de la paciente, sino también con el propó-
sito de quitar un órgano enfermo que más tarde tendría que ser ex-
tirpado, ó de evitar un nuevo embarazo que por las malas condiciones
del útero pondría en grave peligro a la madre.

En el presente estudio se hará un análisis epimedológico identificando
cando las indicaciones y complicaciones, para encontrar nuevos lineam
mientos que serán útiles en la decisión de realizar una histerectomía
obstétrica.

CONCEPTOS GENERALES DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA

La histerectomía obstétrica se puede dividir en dos grandes grupos de acuerdo al estado gravídico ó puerperal, tomando en cuenta que el manejo y pronóstico varía notablemente según la edad gestacional en que se presente la complicación, de acuerdo a ésta clasificación, la histerectomía obstétrica puede realizarse en:

- La primera mitad del embarazo
- La segunda mitad del embarazo
- El puerperio

INDICACIONES:

- a) Absolutas: Procesos obstétricos graves que ponen en peligro la vida de la madre y cuyo único tratamiento para preservarla es la histerectomía, se incluyen: La atonía uterina, acretismo placentario, ruptura úterila, corioamniotitis, desgarrros uterinos y aborto séptico.
- b) Relativas: Son aquellos procesos en los cuales se juzgue - conveniente una histerectomía, pero sin indicación absoluta para ellos; es decir, que se puede realizar ó no, sin perjuicio para el pronóstico de la paciente; se incluyen: La miomatosis úterina, Ca Cu in situ y esterilización.
- Es importante tomar en cuenta algunos factores en el momento de decidir la histerectomía, tales como: La edad de la paciente, el número de gestaciones, deseo de un nuevo embarazo y el factor más importante "la vida de la paciente"

MARCO HISTORICO DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

La evolución de la histerectomía obstétrica inicia aproximadamente en el año 1700 cuando Cavallini con animales de experimentación - realizaba histerectomía en bloque.

Antes de 1863, la histerectomía abdominal había demostrado ser fátal en 78 pacientes; solamente en 3 casos se había llevado con éxi to en los Estados Unidos.

La primera histerectomía obstétrica realizada en humanos fué en - 1809 por Horatio Storer, en Boston, desgraciadamente la paciente - falleció al tercer día de postoperatorio.

En Pavía Italia, el 27 de abril de 1876 una mujer primigrávida de 25 años, enana, fué enviada a la Clínica del Doctor Eduardo Porro bajo la sospecha de tener una pelvis malformada, tenía todos los estigmas óseos del raquitismo y el conjugado diagonal de su pelvis estaba intensamente reducido midiendo solo 7 cm. Porro sabía que - existía una desproporción cefalopélvica absoluta y llevó a cabo los preparativos para realizar la operación cesárea y amputar el útero si se producía una hemorragia grave.

La paciente de Porro inició el trabajo de parto la mañana del 21 - de mayo de 1876, a primera hora de la tarde, todo estaba listo y - se llevó a cabo una operación cesárea con el nacimiento de una niña viva que pesó 3300 gramos, incapaz de controlar la hemorragia de los bordes de la herida uterina, Porro; procedió inmediatamente de acuey do con su plan, se colocó una lazada de alambre alrededor del útero y se anudó fuertemente a nivel del orificio cervical interno, después extirpó rápidamente el órgano junto con el ovario izquierdo.

La paciente tuvo una recuperación completa. Durante los años - siguientes, la cesárea hysterectomía se conoció con el nombre de operación de Porro.

En 1935 Lash y Cummings, citados por Dur-Fee, revisaron las inddicaciones de cesárea hysterectomía, ellos incluyeron la infección, anemia aguda, nefritis crónica, tuberculosis y necesidad de esterilización.

En los años 50 y 60 las indicaciones de urgencia fueron remplazadas con una tendencia hacia la esterilización electiva Davis proyectó el uso de cesárea hysterectomía por esterilización como un lógico desarrollo en obstetricia y como idea para la vida marital. Posterior a los años 60, algunos autores describen a la cesárea - hysterectomía como un procedimiento a realizarse con precaución.

H I P O T E S I S

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico de -
urgencia en situaciones obstétricas complicadas; rara vez previs-
tas, sin embargo, existen factores de riesgo o indicadores que
pueden precedir estas complicaciones, para poder detectar a tiem-
po estos factores. Es necesario determinar incidencia; tomando -
estas situaciones en consideración y jerarquizando su importancia
se elaborarán sistemas protocolizados de riesgo para predecir el
procedimiento y tratar de disminuir la morbimortalidad.

JUSTIFICACION

La histerectomía obstétrica es una cirugía poco frecuente, en México se tienen estadísticas exclusivamente de la cesárea - histerectomía (0.8%), sin englobar todo el período obstétrico desde el inicio de la gestación hasta 42 días después del nacimiento. En nuestra unidad existen estadísticas del procedimiento (0.18%) pero no de las causas, por lo que es indispensable conocer los factores de riesgo que condicionan la morbimortalidad del procedimiento para analizar y corregir los factores que son susceptibles de serlo, además de prevenir y disminuir las complicaciones y costos de atención; contando con una valoración adecuada de los factores de riesgo para la histerectomía obstétrica, será posible prevenir las complicaciones y evaluar integralmente a las pacientes que cursen con embarazo de alto riesgo.

OBJETIVOS

1. Conocer la incidencia de la histerectomía obstétrica en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza.
2. Identificar las causas por las que se realizó la histerectomía obstétrica.
3. Identificar las complicaciones más frecuentes.
4. Concientizar al médico gineco-obstetra de la evaluación integral de los factores de riesgo, para disminuir con lo anterior la morbimortalidad.
5. Protocolización de toda mujer embarazada, para conocer los antecedentes gineco-obstétricos, edad, paridad, número de cesáreas previas, peso calculado de los productos, ultrasonogramas para localización placentaria, toma de piloto para banco de sangre, para poder integrar un equipo multidisciplinario para con ello brindar les un mejor pronóstico, a todas aquellas pacientes con factores de riesgo.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron expedientes del archivo clínico de la unidad en el período comprendido del 1ro. de marzo de 1991 al 30 de octubre de 1993, buscando las causas que motivaron la cirugía, la técnica utilizada y las complicaciones que se presentaron en el - trans y postoperatorio.

Se tomaron como parámetros, la edad de las pacientes, los antecedentes gineco-obstétricos, complicaciones en el embarazo, vía de terminación del embarazo, las condiciones de los productos al - nacer, las indicaciones de la histerectomía, técnica utilizada, 0 complicaciones transoperatorias, sangrado transoperatorio, cantidad de sangre y/o plasma que se transfundió, complicaciones en el postoperatorio, manejo postquirúrgico y reporte histopatológico.

RESULTADOS

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y biomédico buscando en la revisión de expedientes del archivo clínico de la unidad, durante el período comprendido del 1ro. de marzo de 1991 al 30 de octubre de 1993. Se realizaron 51 histerectomías obstétricas, con un promedio de 17 al año (0.06%). Del total de 51 pacientes a 40 se les realizó cesárea (78.4%) 6 pacientes postaborto (11.8%), 2 postparto (3.9%) y en 3 casos se encontró embarazo ectópico (5.8%), el sitio de implantación fue a nivel cervical en tres casos. (Fig. 1).

Las indicaciones más frecuentes para la histerectomía fueron el acretismo placentario en 15 casos (29.4%) y la atonía uterina en 14 casos (27.4%). El acretismo placentario se corroboró histopatológicamente en 6 casos y en 9 el diagnóstico se hizo por clínica. Otras indicaciones fueron la infiltración uterina en 7 casos (útero de Couvelaire) 13.7%, perforación postlegrado uterino instrumental en 3 casos (5.8%), embarazo ectópico en 3 casos (5.8%), miometosis uterina de grandes elementos y Ca Cu en 2 casos cada uno, para un porcentaje (3.9%), la ruptura uterina, mola recidivante, aborto séptico, hematoma intraligamentario y el desgarró del ligamento ancho se presentaron en 1 caso para cada uno, con un porcentaje de (1.9%) Cuadro I.

Las edades de las pacientes osciló entre los 22 y 45 años encontrándose con mayor frecuencia en el grupo de 31 a 35 años (15 pacientes) 29.4%, de estas 5 pacientes tenían 33 años (9.8%) con una media de 32.4, mediana de 33. (Fig. 2)

De los 51 casos, 21 pacientes (41.2%) tenían como antecedente de 1 a 3 gestaciones, 22 casos (43.1%) cursaban entre la cuarta y sexta gestación, 7 pacientes (13.7%) se encontraban entre la 7ma. y 9a. gestación y sólo una paciente tenía el antecedente de 11 gestaciones. (cuadro 2)

Se encontró que el mayor número de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica tenían el antecedente de 0 a 2 partos en 34 casos (66.7%) y de 3 a 5 partos en 14 pacientes (27.4%) (Cuadro 3.) 26 pacientes (50.1%) no contaban con el antecedente de cesárea previa, en 12 casos (23.5%) se les había realizado previamente una cesárea 13 pacientes contaban con 2 ó más cesáreas. (cuadro 4) 11 pacientes (21.6%) tenían el antecedente de uno ó dos abortos previos y 2 pacientes (3.9%) habían abortado de 3 a 4 veces.

Como complicación durante el embarazo se observó con mayor frecuencia la preclampsia en 7 pacientes (13.7%) y el aborto en 6 pacientes (11.8%), entre otras la amenaza de parto preterminó y la RPM en tres casos (5.8%) el DPPNI junto con la amenaza de aborto se presentaron en dos casos (3.9%) (cuadro 5).

Se cuantificó el sangrado transoperatorio encontrando que en 3 pacientes la hemorragia fué menor de 500 cc y no requirieron de transfusión, en 9 pacientes (17.6%) el sangrado se calculó entre 500 a -- 1000 cc, en 5 pacientes entre 1000 a 1500 cc 9 pacientes sangraron -- aproximadamente entre 1500 a 2000 c.

En 12 pacientes (35%), se cuantificó entre 2000 a 2500 cc, 10 pacientes (19.6%) el sangrado fué de más de 2500 cc (Fig.3).

A nueve pacientes se les transfundió de 1 a 2 unidades de sangre (17.6%), a 22 pacientes de 3 a 4 (43.1%); y a 12 pacientes de 5 a 6 unidades (23.5%), en 13 casos se transfundieron de 1 a 2 U. de plasma (25.4%), en 3 casos de 3 a 4 unidades (15.6%), y en 2 casos de 5 a 6 U. (Fig. 4).

Las complicaciones transoperatorias fueron: Shock hipovolémico en 12 pacientes (23.5%), lesión vesical en 2 pacientes (3.9%), lesión intestinal en una paciente, esta se presentó en el momento del legrado útero instrumental en que accidentalmente se perforó el útero; para cardiorespiratorio por falla renal y CID en una paciente (1.9%) Cuadro 6.

La técnica utilizada con mayor frecuencia fué de extrafacial con salpingo-oufrectomía unilateral en 30 casos (58.8%), en 15 pacientes (29.4%) fué total con salpingo-oufrectomía bilateral y en 4 pacientes (7.8%) fué subtotal, con salpingo-oufrectomía unilateral, a 2 pacientes (3.9%) se les realizó histerectomía total sin salpingo-oufrectomía (Cuadro 10).

El cuidado postoperatorio se realizó en la UTQ a 29 pacientes (56.9%), en UCI 17 pacientes (33.3%) de estas pacientes 4 presentaban preclampsia severa y una aborto séptico, en tres pacientes fué necesario reintervención quirúrgica, observándose sangrado del lecho quirúrgico, por lo que se realizó ligadura de las arterias hipogástricas. (Cuadro 7).

La complicación más frecuente en el postoperatorio fué el sangrado del lecho quirúrgico presentando Shock hipovolémico en 2 casos (3.9%). Dos pacientes desarrollaron CID y una infarto agudo del miocardio (las tres fallecieron), otras complicaciones fueron la insuficiencia renal, Ileó parafítico, sangrado del pedículo de la arteria úterina que ameritó reintervención y ligadura del pedículo sangrante. (Cuadro 8).

En ésta serie se presentaron cinco defunciones (0.02%) tasa por el total de nacimientos vivos; cuyos diagnósticos fueron: Tromboembolia del líquido amniótico (corroborado por estudio histopatológico), paro cardiorespiratorio por Shock hipovolémico (embarazo cervical), infarto agudo del miocardio, CID en 2 casos.

Del total de 51 casos, hubo 42 nacimientos; de estos 29 fueron del sexo masculino (69%) y 13 del sexo femenino (30.9%) 22 niños (52.3%) pesaron más de 3 kg. y 20 pesaron menos de 3 Kg. 12 recién nacidos se les valoró con Apgar menor de 6 al minuto y 30 niños se les valoró con Apgar con 7 ó más. De los recién nacidos se presentaron 2 obitos (4.7%).

El promedio de estancia hospitalaria fué de 6 días, con un máximo de 11 días y un mínimo de 4 días.

ANALISIS

El antecedente de una ó varias cesáreas tiene importancia pues se ha demostrado el hecho de que las pacientes con este antecedente presenta con mayor frecuencia placenta previa y diversos grados de acretismo placentario, factores que influyen directamente en la indicación de histerectomía; además la presencia de cicatriz anterior favorece la dehiscencia de la misma, con la consiguiente complicación quirúrgica que predispone a la histerectomía obstétrica. (5)

En nuestro estudio, a las pacientes que con mayor frecuencia se les realizó histerectomía obstétrica fueron aquellas cuyo procedimiento inicial fué la cesárea, teniendo otras indicaciones más frecuentes para la histerectomía el acretismo placentario (29.4%), la atonía uterina (27.4%) y la infiltración uterina secundaria a LPPNI, dato que coincide con lo reportado en otros estudios. En segundo lugar como causa de histerectomía obstétrica encontramos el aborto, la indicación fué la perforación uterina postlegado uterino instrumental accidental.

La edad de las pacientes en las que se realizó esta intervención corresponde al grupo de 31 a 40 años en un 56%, época en que es más frecuente la multiparidad e historial obstétrico que han llevado a intervenciones como cesáreas, legado por abortos incompletos.

Las pacientes con gestaciones de 1 a 3 en el 41% tenían como antecedente importante de una a dos cesáreas previas, el 23% cursaba con miomatosis uterina de grandes elementos; de estas pacientes, las indicaciones de histerectomías fueron el acretismo placentario en el 29.4%. de los casos, la atonía uterina, la miomatosis uterina y el LPPNI en el 19%.

cont...

Tomando en cuenta de que el acretismo placentario tiene como posible etiología las cesáreas previas. El 67% de las pacientes tenían el antecedente de por lo menos 2 partos, pero estas pacientes tenían la característica de que sus embarazos previos, habían terminado en cesáreas ó aborto.

En este estudio, de las 51 pacientes el 50% no tenían antecedentes de cesáreas. Al contrario de lo que se esperaba estas pacientes eran grandes multiparas y cuya indicación de histerectomía fué la atonía uterina en el 38% de los casos, la perforación postlegado uterino instrumental y el acretismo placentario en el 15% (7) (11).

El antecedente de aborto es importante porque puede condicionar anemias en la implantación del huevo fecundado, contrariamente a lo que obtuvimos en nuestra serie, las pacientes tenían de uno ó dos abortos previos en la mayor parte de los casos, esto se explica porque las pacientes eran grandes multiparas y la principal indicación de histerectomía fué la atonía uterina.

En dos pacientes portadoras de Ca Cu in situ, se procuró una intervención que resolviera ambos problemas.

La hemorragia es una de las complicaciones que ocurre en el transoperatorio llegando al shock hipovolémico en el 23.5% de las pacientes el 41% las pérdidas sanguíneas se cuantificaron entre 1500 a 2500 cc y el 43% se les transfundió de 3 a 4 unidades de sangre.

La causa más frecuente de ingreso a la UCI fueron las complicaciones transoperatorias, siendo la más frecuente el Shock hipovolémico en 12 pacientes y 5 ingresaron por su problema de base, que fue la preclampsia severa en 4 casos y el aborto séptico en uno.

La mortalidad materna fue del 0.02, tasa tomada por total de nacimientos. La mortalidad neonatal fue de 0.009, siendo estos obitos intrahospitalarios.

De los recién nacidos calificados con apgar menor de 6 las indicaciones de histerectomía fueron la atonía uterina en el 38% el DPPNI en el 21.6 y el acretismo placentario en el 16%, que tienen como antecedente madres añosas y mitigestas, además de otros factores que condicionan embarazo de alto riesgo.

CONCLUSIONES

1. Las causas más frecuentes de histerectomía obstétrica en este estudio al igual que en la literatura fué el acretismo placentario y la atonía uterina, dando un porcentaje de 29.4 y 27.4%.
2. La incidencia de histerectomía obstétrica en nuestra unidad es del 0.2% del total de nacimientos.
3. La complicación trans y postoperatoria más frecuente fué el sangrado.
4. El procedimiento que más frecuente condicionó la histerectomía obstétrica, fué la cesárea en un 78%.
5. La mortalidad directa registrada en este estudio fué de 0.02%
6. La evolución de las pacientes fué favorable en el 90.2% de todos los casos.
7. Es necesario cuantificar objetivamente el sangrado transoperatorio y postoperatorio en forma individual, así como las transfusiones recibidas durante el transoperatorio para tener idea de las condiciones hemodinámicas de las pacientes al momento de salir de la sala de operaciones.
8. Debido a las múltiples complicaciones maternas observadas y la elevada portalidad es indispensable realizar una valoración integral de los riesgos de toda mujer embarazada.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y biomédico sobre epidemiología de la histerectomía obstétrica, se revisaron los -- expedientes del archivo clínico del Hospital, de las pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica, en el período comprendido del 1ro. de marzo de 1991 al 30 de octubre de 1993.

Durante este período se realizaron 51 histerectomías obstétricas, - con un promedio de 17 procedimientos al año, se encontró una incidencia del 0.2%, la mayor parte de las pacientes (78.4%) a quienes se les realizó histerectomía, el procedimiento inicial fué la cesárea.

La indicación más frecuente para la histectomía obstétrica fué el acretismo placentario y la atonía uterina, se observó que la complicación trans y postoperatoria fué el Shock hipovolémico. En el estudio se encontró una mortalidad de 0.02%.

Se realizó un análisis de los factores de riesgo, para una mejor - evaluación integral de la mujer embarazada.

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

<u>INDICACIONES</u>	<u>Nº DE CASOS</u>	<u>%</u>
Acretismo placentario	15	29.4
Atonía Uterina	14	27.4
Infiltración uterina	7	13.7
Perforación post LUI	3	5.9
Embarazo cervical	3	5.9
Miomatosis uterina	2	3.9
CaCu	2	3.9
Mola residivante	1	1.9
Aborto séptico	1	1.9
Hematoma intraligamentario	1	1.9
Desgarro del ligamento ancho	1	1.9
Ruptura uterina	1	1.9
TOTAL	51	100

Periodo comprendido:

Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

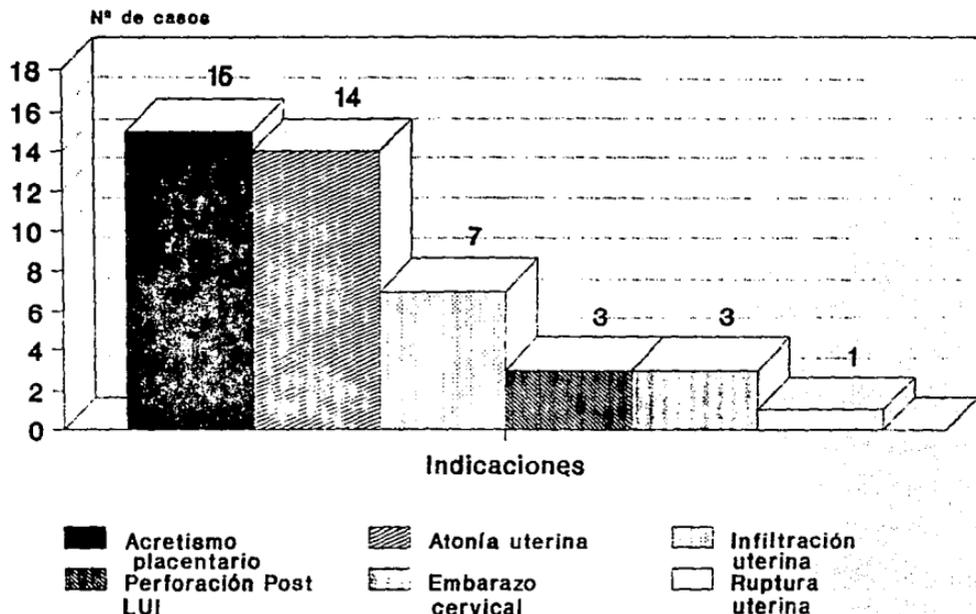
I S S S T E

Cuadro Nº 1. Indicaciones de histerectomía obstétrica

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA

I S S S T E



Periodo comprendido: Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

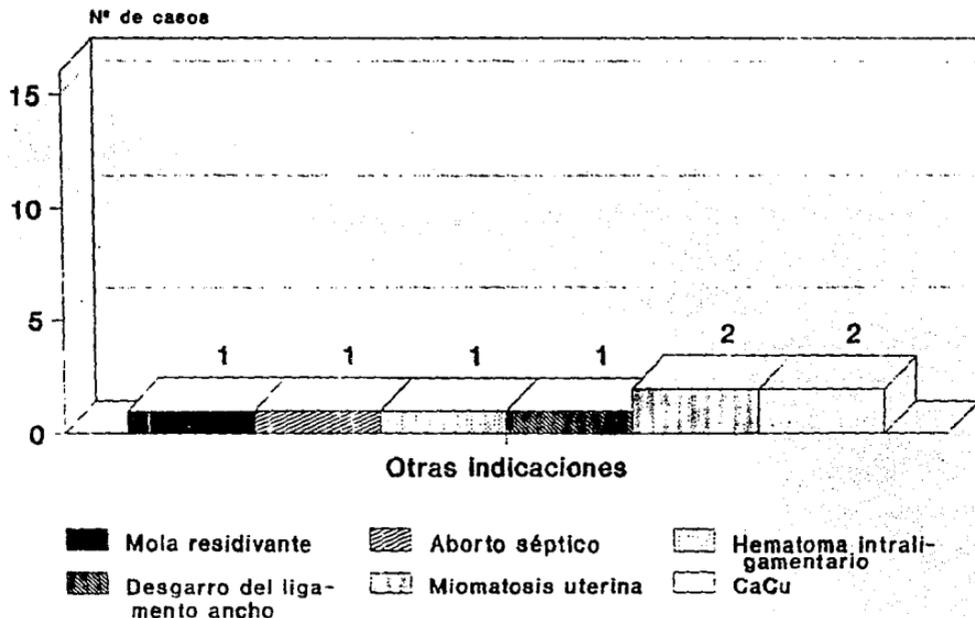
Gráfico Nº 1 (1ª parte)

Indicaciones de histerectomía obstétrica

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA

I S S S T E



Periodo comprendido: Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

Gráfico N° 1 (2ª parte) Indicaciones de histerectomía obstétrica

HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

I S S T E

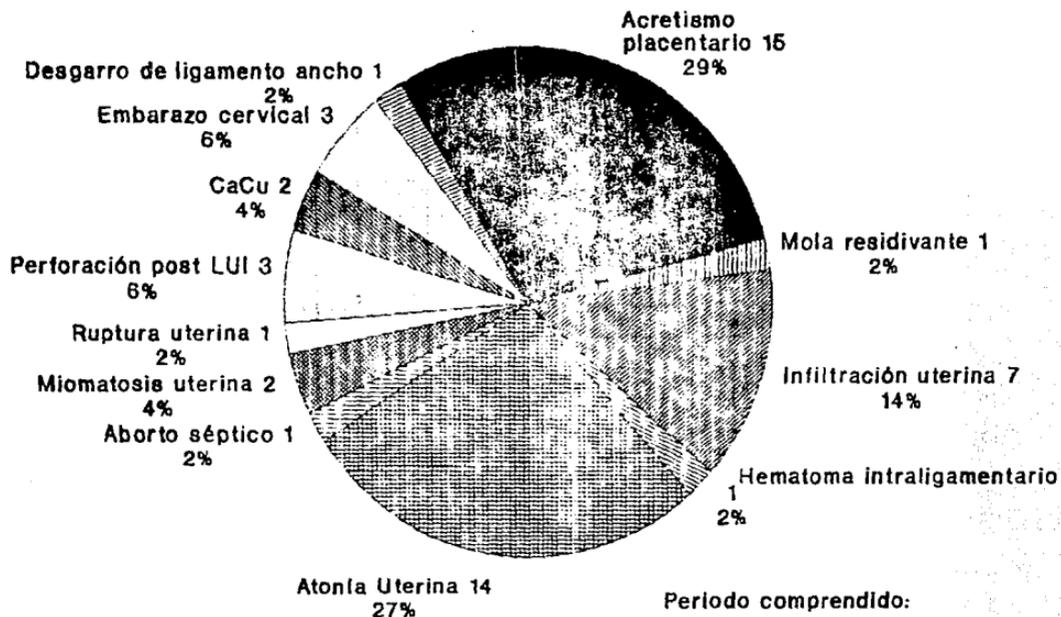


Gráfico N° 1a.

Indicaciones de histerectomía obstétrica

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

<u>GESTACIONES</u>	<u>Nº DE CASOS</u>	<u>%</u>
1-3	21	41.2
4-6	22	43.1
7-9	7	13.7
10-11	1	1.9
<hr/>		
TOTAL	51	100

Periodo comprendido:

Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

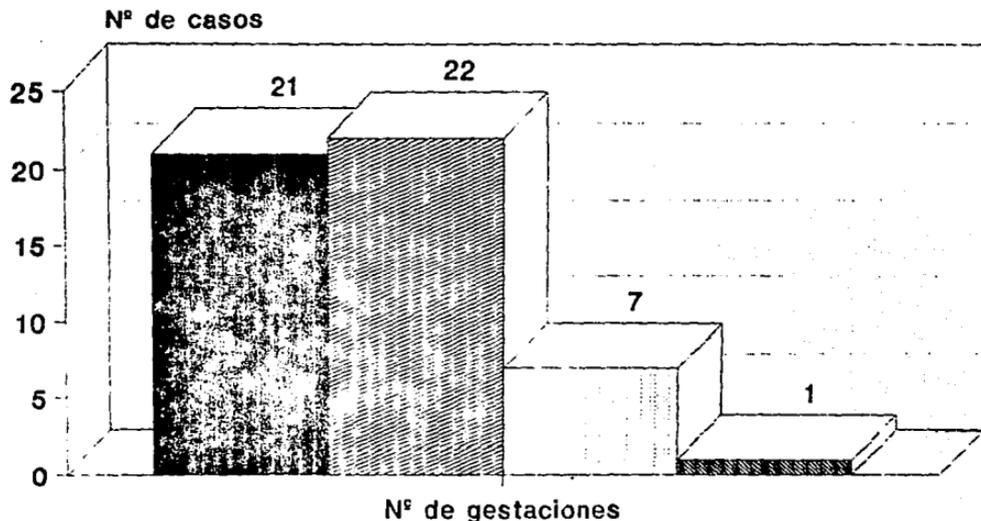
I S S S T E

Cuadro Nº 2. Distribución de pacientes de acuerdo a número de gestaciones previas

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

· EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

ISSSTE



■ 1-3 ▨ 4-6 □ 7-9 ▩ 10-11

Gráfica Nº 2

Periodo comprendido: Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

Distribución de pacientes de acuerdo a número de gestaciones previas

HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

ISSSTE

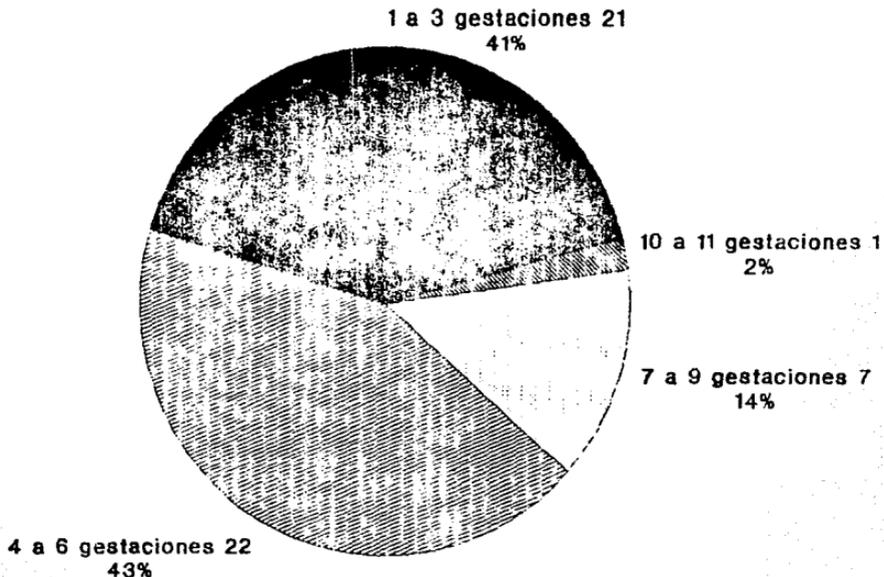


Gráfico 2a.

Periodo comprendido:

Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

Distribución de pacientes de acuerdo a número de gestaciones previas

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

<u>PARTOS</u>	<u>Nº DE CASOS</u>	<u>%</u>
0-2	34	66.7
3-5	14	27.4
6-8	3	5.97
<hr/>		
TOTAL	51	100

Periodo comprendido:

Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

I S S S T E

Cuadro Nº 3. Distribución de pacientes de acuerdo al antecedente de partos

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

ISSSTE

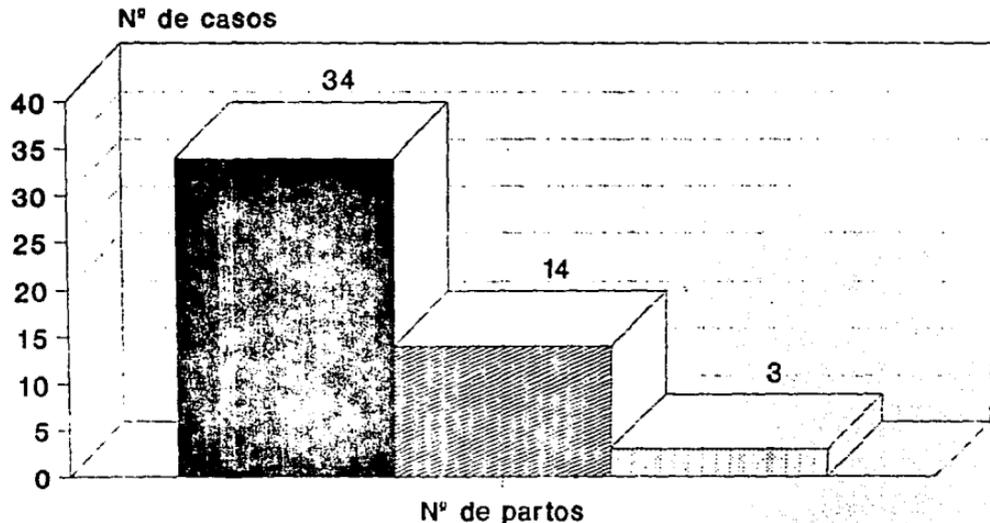


Gráfico Nº 3

■ 0-2 ▨ 3-5 □ 6-8

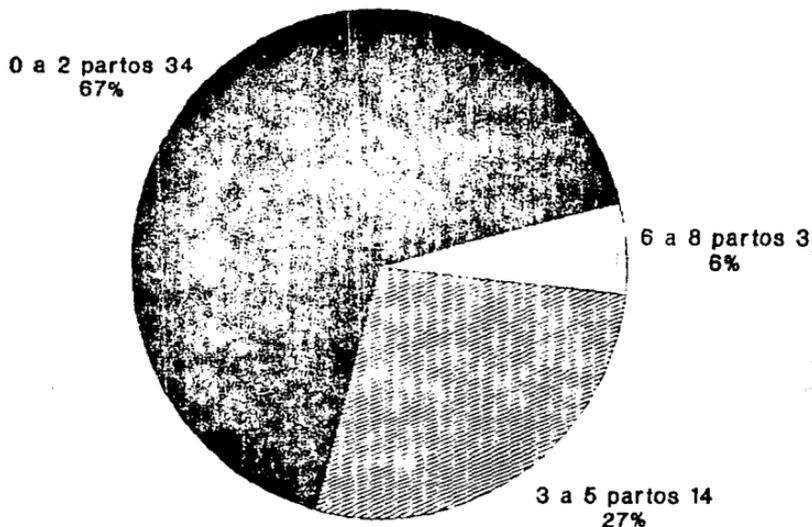
Periodo comprendido: Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

Distribución de pacientes de acuerdo al antecedente de partos

HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

I S S S T E



Periodo comprendido:

Gráfico 3a.

Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

Distribución de pacientes de acuerdo al antecedente de partos

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

<u>Nº CESAREAS</u>	<u>Nº DE CASOS</u>	<u>%</u>
0	26	50.1
1	12	23.5
2	9	17.6
3	3	5.9
4	1	1.9
<hr/>		
TOTAL	51	100

Periodo comprendido:

Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

I S S S T E

Cuadro N° 4. Distribución de pacientes de acuerdo al antecedente de cesarea anterior

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICIA

ISSSTE

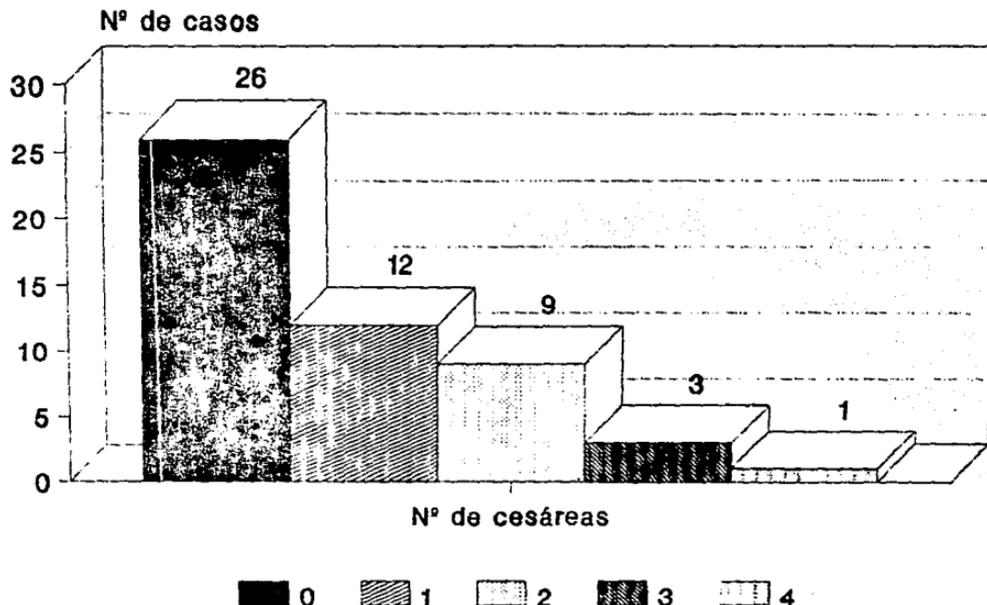


Gráfico N° 4

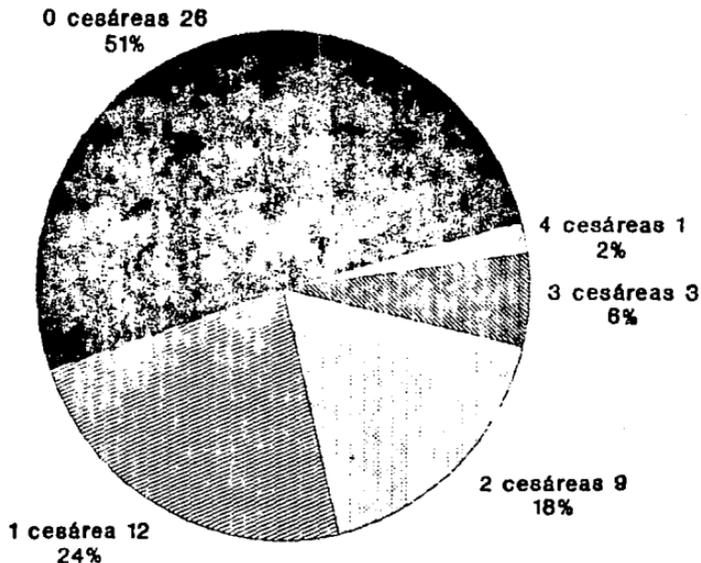
Periodo comprendido: Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

Distribución de pacientes de acuerdo al antecedente de cesárea anterior

HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

ISSSTE



Periodo comprendido:

Gráfico N° 4a.

Del 1° de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

Distribución de pacientes de acuerdo al antecedente de cesárea anterior

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

<u>COMPLICACION</u>	<u>Nº DE CASOS</u>	<u>%</u>
Preeclampsia	7	13.7
Aborto	6	11.8
Amenaza de parto pretermino	3	5.9
R.P.M.	3	5.9
DPPNI	2	3.9
Amenaza de aborto	2	3.9
Embarazo molar	1	1.9
Urosepsis	1	1.9
TOTAL	25	49.1

Periodo comprendido:

Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

I S S S T E

Cuadro Nº 5: Distribución de las pacientes de acuerdo a las complicaciones que presentaron durante el embarazo

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

ISSSTE

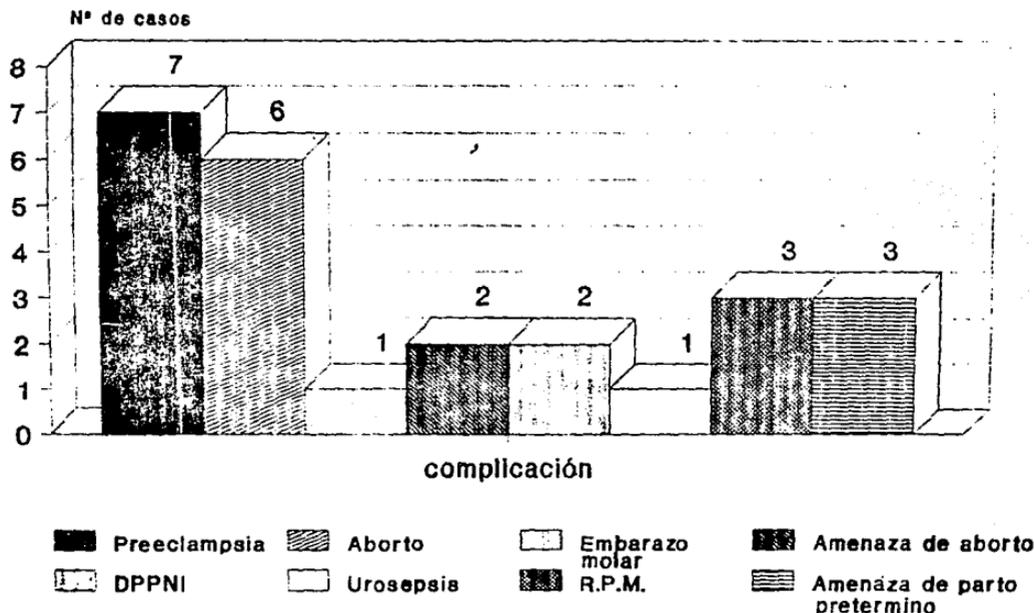


Grafico N° 5 Periodo comprendido: Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993
 Distribución de pacientes según las complicaciones que presentaron durante el embarazo

HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

ISSSTE

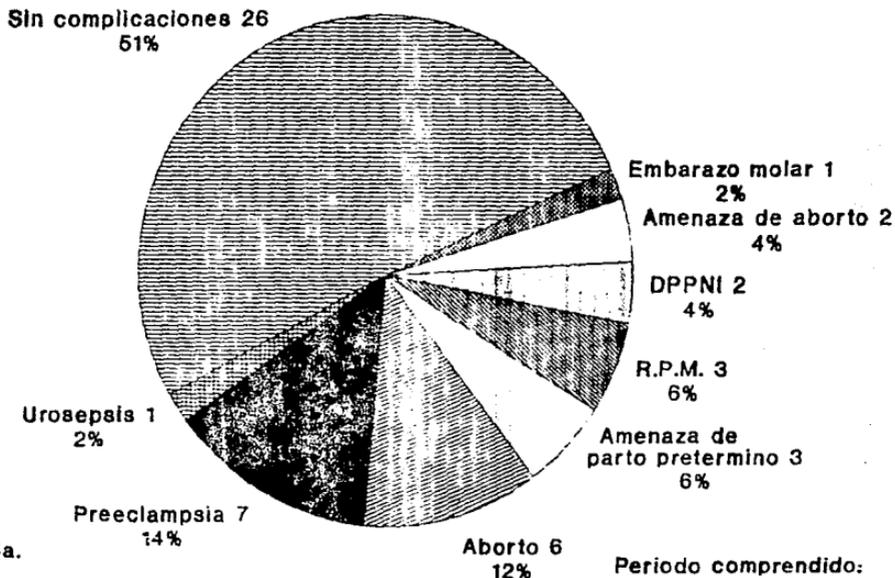


Gráfico N° 5a.

Distribución de las pacientes

de acuerdo a las complicaciones que presentaron durante el embarazo

Periodo comprendido:
Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

<u>COMPLICACION</u>	<u>Nº DE CASOS</u>	<u>%</u>
Choque hipovolémico	12	23.5
Lesión vesical	2	3.9
Lesión Intestinal	1	1.9
Paro cardiorespiratorio	1	1.9
Coagulación Intravascular d.	2	3.9
<hr/>		
TOTAL	18	35.1

Periodo comprendido:

Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

I S S S T E

Cuadro N° 6. Complicaciones transoperatorias

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICAS

I S S S T E

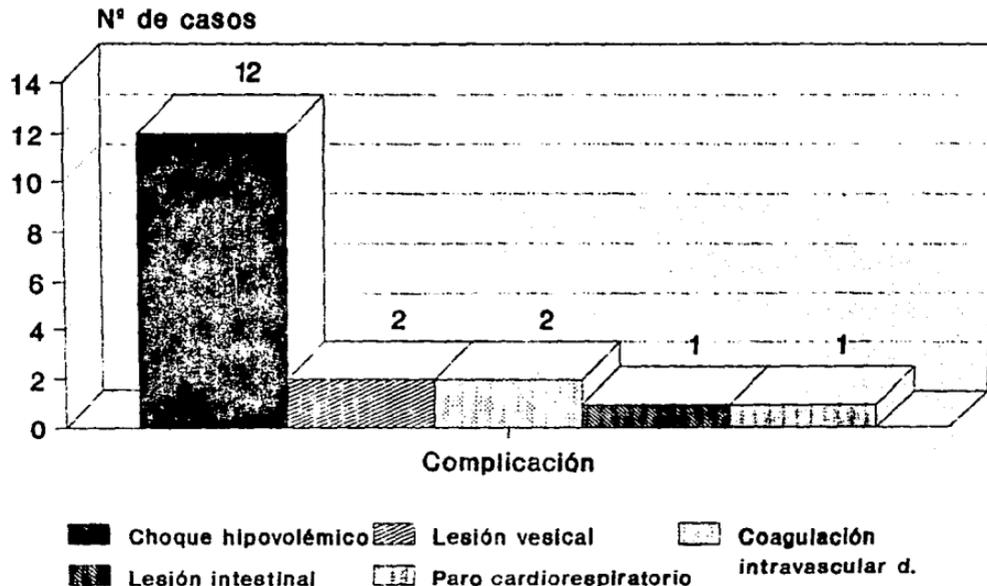


Gráfico N° 6

Periodo comprendido: Del 1° de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

Complicaciones transoperatorias

HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

ISSSTE

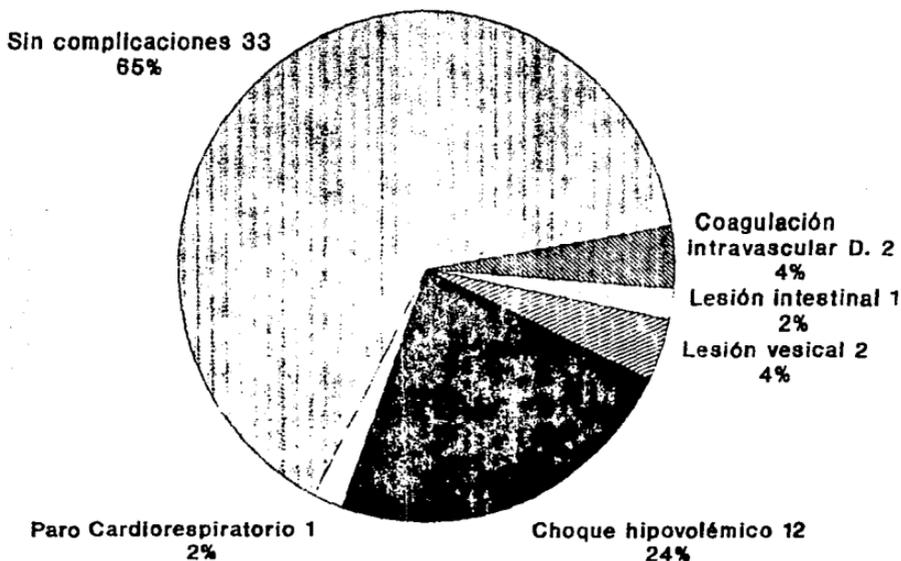


Gráfico N° 6a.

Complicaciones transoperatorias

Periodo comprendido:

Del 1° de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

<u>LUGAR</u>	<u>Nº DE CASOS</u>	<u>%</u>
Unidad tocoquirúrgica	29	56.9
Unidad de cuidados intensivos	17	33.3
<hr/>		
TOTAL	46	90.2

Periodo comprendido:

Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

I S S S T E

Cuadro Nº 7 Distribución de pacientes de acuerdo al sitio de recuperación posoperatorio

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICAS

I S S S T E

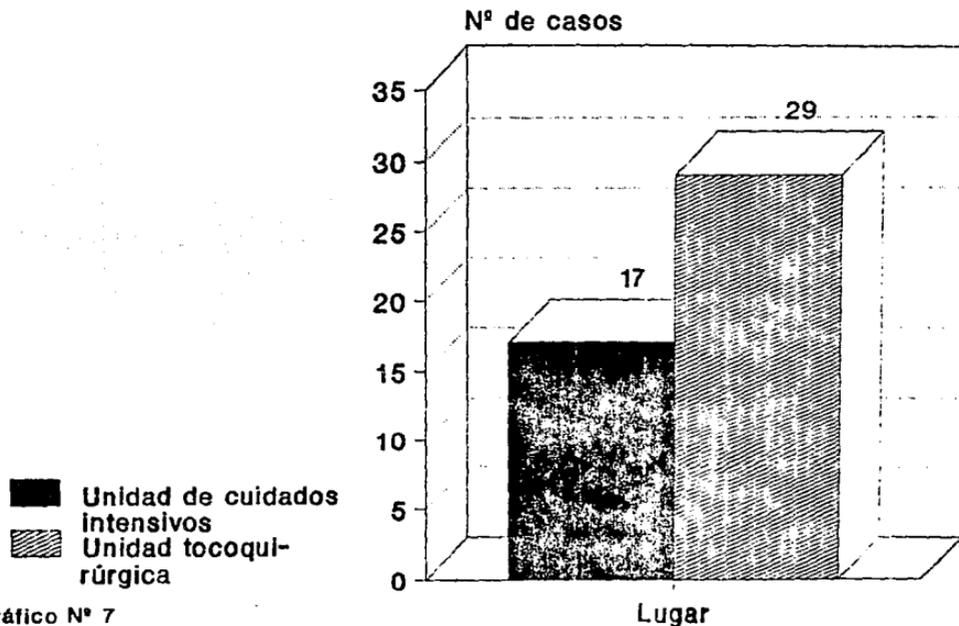


Gráfico Nº 7

Periodo comprendido: Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

Distribución de pacientes de acuerdo al sitio de recuperación posoperatoria

HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

ISSSTE

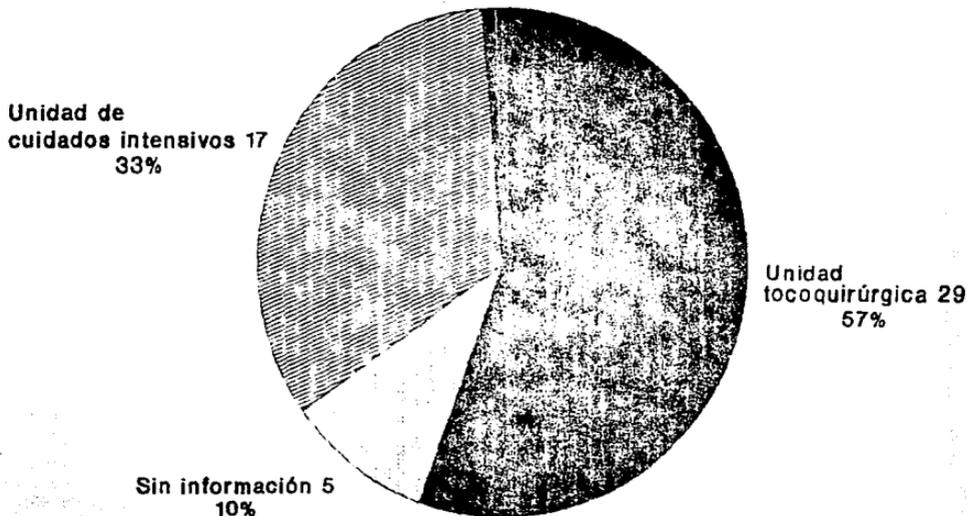


Gráfico N° 7a.

Distribución de las pacientes de acuerdo al sitio de recuperación posoperatorio

Periodo comprendido:

Del 1° de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

<u>COMPLICACION</u>	<u>Nº DE CASOS</u>	<u>%</u>
Sangrado lecho quirúrgico	3	5.9
Choque hipovolémico	2	3.9
C.I.D.	2	3.9
I.A.M.	1	1.9
Insuficiencia renal aguda	1	1.9
Trombocitopenia	1	1.9
Sangrado del pedículo	1	1.9
Ileo paralítico	1	1.9
TOTAL	12	23.5

Periodo comprendido:

Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

I S S S T E

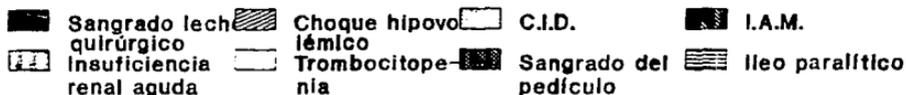
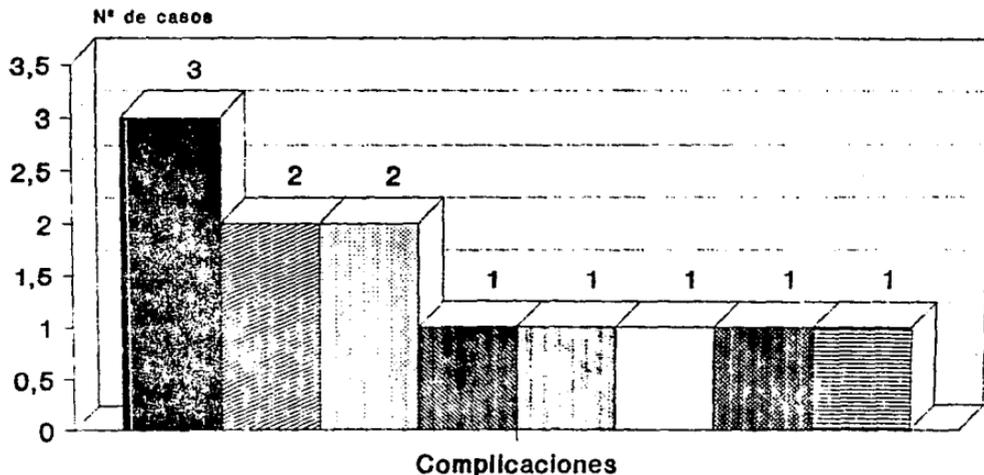


Gráfico N° 8 Período comprendido: Del 1° de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993
Complicaciones posoperatorias

HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

ISSSTE

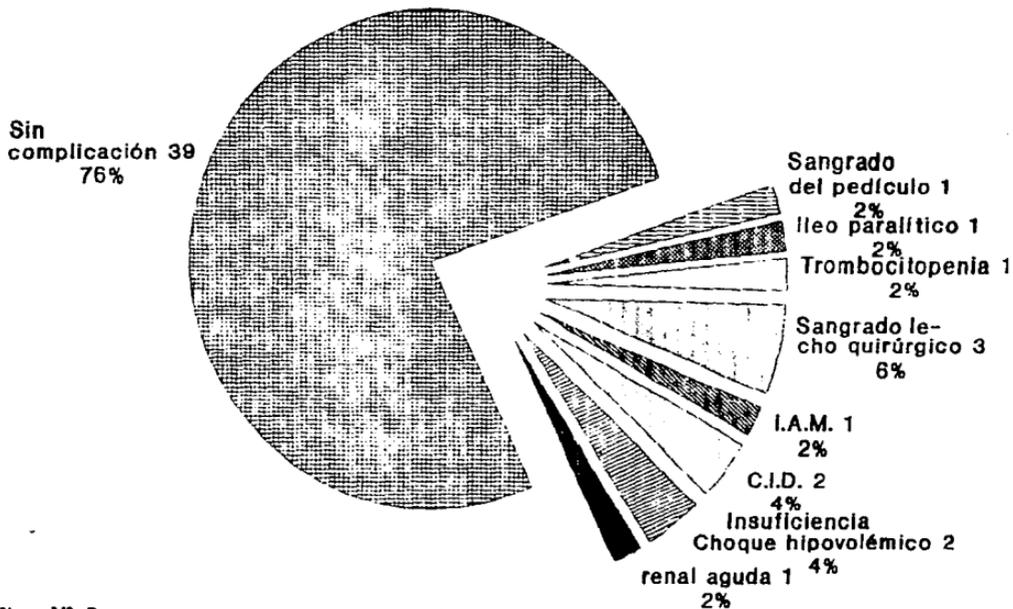


Gráfico N° 8a.

Complicaciones postoperatorias

Periodo comprendido:

Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

<u>CAUSAS</u>	<u>Nº DE CASOS</u>	<u>% del Total de Nac.</u>
Coagulación intravas- cular diseminada	2	0.0095
Tromboembolia de lí- quido amniótico	1	0.0047
Paro cardiorespira- torio sec. A shock hipovolemico (E. Cer- vical)	1	0.0047
Infarto al miocardio	1	0.0047
<hr/>		
TOTAL	5	0.023

I S S S T E

Periodo comprendido:

Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

Cuadro Nº 9. Causas de mortalidad por nacidos vivos

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

<u>TECNICA</u>	<u>Nº DE CASOS</u>	<u>%</u>
Total + S O U	30	58.8
Total + S O B	15	29.4
Subtotal + S O U	4	7.8
Subtotal + S O B	0	0.0
Total sin ooforec- tomía	2	3.9
TOTAL	51	100

Periodo comprendido:

Del 1º de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

I S S S T E

Cuadro Nº 10

Distribución de la pacientes de acuerdo a la técnica utilizada en la histerectomía

HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICAS

I S S S T E

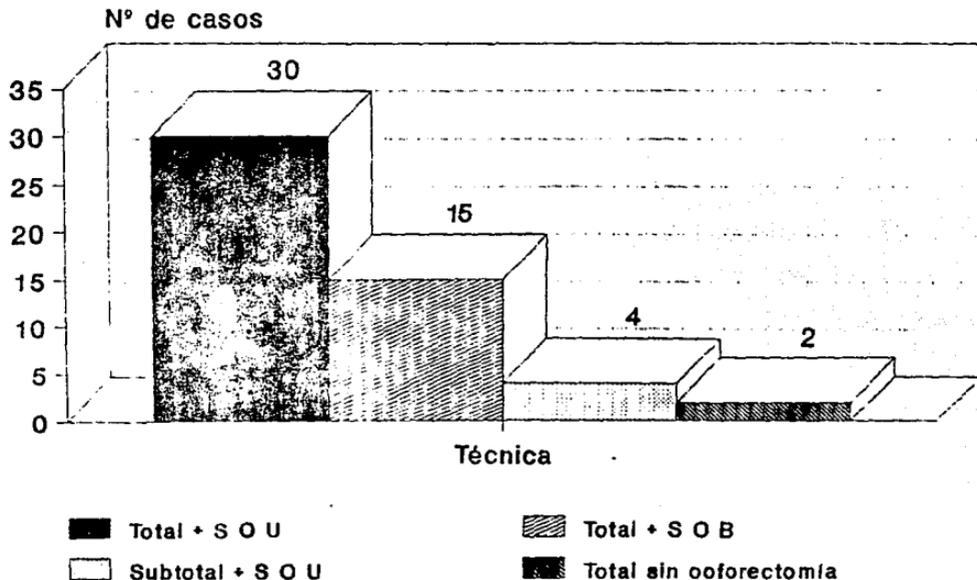


Gráfico N° 10 Periodo comprendido: Del 1° de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993
 Distribución de pacientes de acuerdo a la técnica utilizada en la histerectomía

HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

ISSSTE

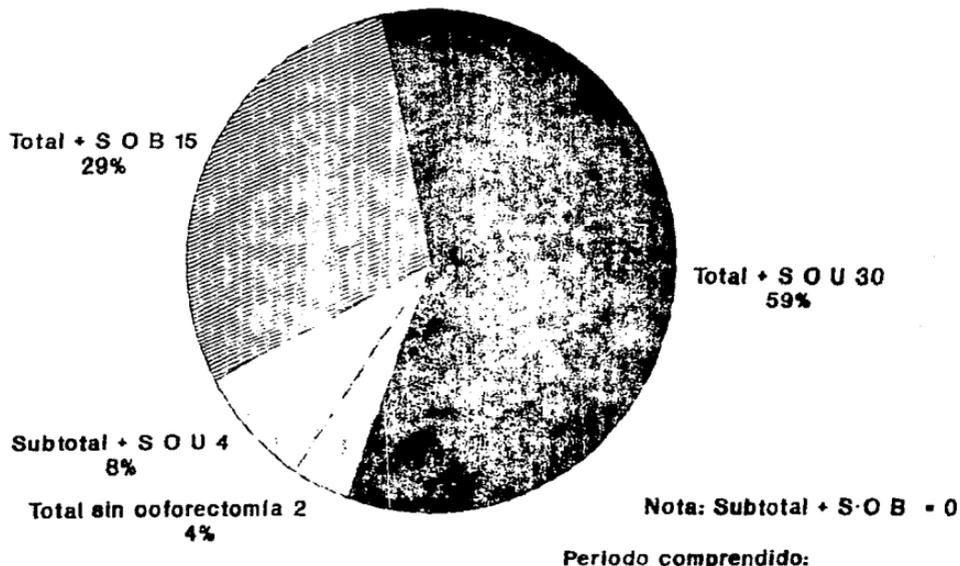


Gráfico N° 10a.

Del 1° de marzo de 1991, al 30 de octubre de 1993

Distribución de pacientes de acuerdo a la técnica utilizada en la histerectomía

BIBLIOGRAFIA

1. Ahued Ahued; cesarea hysterectomia
Ginecología y obstetricia de Mex. 1991. Vol. 55, P 47-51
2. Bond M.D. Michael R. et al; cesarean delivery and hysterectomy using an absorbable stapling device. Obstetrics and Gynecology Jul. 1991. Vol. 74 No. 1 P25-28
3. Bulouiski I; Scheider et al; elective cesarean hysterectomy. indications and outcome; a 17 years experience of 140 cases, obst gynecol 1.992, Aug. 29 (3) pt2; P 287-90
4. D N Danforth; tratado de ginecología y obstetricia edit. Inter-Americana.
5. Huang Y; Dai Z; cesarean section in placenta previa; Chung 1990 Jan; 70 (1); P12-15.
6. Howar W Jones, tratado de Ginecología de Novack. Edit. Inter-Americana 1988, P 321-324
7. Kozouski I et al; abrupto placentae in the data from the obstetrical clinics in Varma, tolbukkin and shumen during 1984-1988 Ginecol (Soffia); 1989; 28 (3); P 25-30.
8. Mc. Nucty, MD and willians R. Elective cesarean hysterectomy, - versus hysterectomy vaginal for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia; American Medical Journal, 1988 August Vol. 80, P 984.6.
9. Moroni A. Mossa Best al destructive cesarean section hysterectomy for obstetrics reasons and post abortive hysterectomy. Analysis of 35 cases. Gynecol; 1990 oct; 41(10) P497-501.

10. Pritchard, Mc Donald, obstetricia de Williams 1988
P 430-435.
11. Sidorova Is, Sosnous Kairna et al; hysterectomy following a
cesarean section complicated by hipotonic hemorrhage. Gynecol
(Mosk) 1990 nov (11) P 42-45.
12. Strickland, M D et al; cesarean hysterectomy a procedure for
modern obstetrics. 1990, Oct 10, Vol. 82; F 1246-8.
13. Szczurowicz A et al; Perinatal hysterectomy, 1990 Jun 15, 42
(12) P 800-4
14. Yaspick F y cols, cesarea hysterectomía en CH'20 de Noviembre,
ginecología y obstetricia de Mex. Sep. 1987. Vol. 55 P 234-238