



11217 27
31-

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
Dpto. de Estudios de Postgrado

HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"
MORELIA, MICH.

HISTERECTOMIA OBSTETRICA
1987 - 1993

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Dra. Guadalupe Hurtado Cervantes

MORELIA, MICH.

FEBRERO DE 1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACION VARIA

COMPLETA LA INFORMACION

HISTERECTOMIA OBSTETRICA

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE :

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Dra. Guadalupe Hurtado Cervantes

Morelia, Mich. Febrero de 1994.

H I S T E R E C T O M I A

O B S T E T R I C A

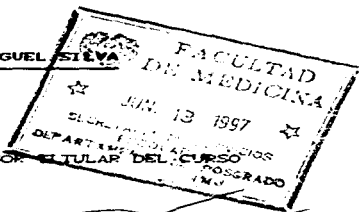
A U T O R E S : DRA. GUADALUPE HURTADO CERVANTES
DR. ALFONSO MARTINEZ GARCIA (ASESOR)

HOSPITAL GENERAL DR. MIGUEL SIÉVA

MORELIA, MICH.

JEFE DE ENSEÑANZA

PROFESOR




DR. JUAN IGNACIO CARDENAS


DR. JOSE ANTONIO SERENO COLO


DRA. GUADALUPE HURTADO CERVANTES



SERVICIOS COORDINADOS
- DE SALUD PÚBLICA -
MICH O A C A N
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
Hospital Gen. "Dr. Miguel Siéva"
MORELIA, MICH.

JEFE DEL SERVICIO DE G/O

ASESOR RESPONSABLE


DR. ROGELIO VALLEJO CASTRO


DR. ALFONSO MARTÍNEZ GARCÍA

Dra. Guadalupe Hurtado Cervantes. Originaria de Tinguandato, Mich.
egresada de la Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo.
Curso de Especialidad en Ginecología y Obstetricia de 1971 a
1974, en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia, Mich.

Dr. Alfonso Martínez García. Gineco-Obstetra del Hospital General
"Dr. Miguel Silva"

UNA DEDICATORIA ESPECIAL:

A UN GRAN HOMBRE.....

UN GRAN MEDICO.....

UN GRAN MESTRO.....

AL DR. EDUARDO ROLANDO MEDINA CESPEDES

POR SER FUENTE Y EJEMPLO INAGOTABLE DE SUPERACION POR SU GENUINO
INTERES Y AFECTO NI RECONOCIMIENTO INFINITO

! UN EJEMPLO A SEGUIR !

A MI ESPOSO:

ARMANDO

POR SOPORTAR LA SOLEDAD. SIN ESTAR PREPARADO PARA ELLO.

POR SU INQUEBRANTABLE APOYO.

POR ENTENDER EL VALOR DE MI TRABAJO.

POR SU CARINO Y PACIENCIA A TODAS LAS HORAS NO COMPARTIDAS.

MI AMOR Y GRATITUD ETERNA.

A MIS PADRES:

REBECA Y CIRILO: A MI MADRE POR HABER CREIDO EN MI Y A AMBOS POR
SU APOYO Y COMPRESION Y POR HABER IMPULSADO MIS ESTUDIOS. LES
AGRADEZCO CON TODO MI AMOR Y RESPETO.

A MIS HERMANOS

JUAN

ROBERTO

ESPERANZA

A MIS SOBRINOS:

MONTZERRAT

SOBEIDA

REBECA MARISOL

VIRIDIANA

Y ROBERTO DE JESUS.

A MIS TEACHERS:

DR. ROGELIO VALLEJO CASTRO
DR. ALFONSO MARTINEZ GARCIA
DR. MARIO TRIGUEROS VALAZQUEZ
DR. ARTURO VALENCIA CASTRO

Por ser maestros y amigos y además por su apoyo y Enseñanzas.

A MIS PROFESORES:

DR. CARCO E. ARAIZA RIUZ
DR. JOSE ANTONIO SERENO COLO
DR. J. LUIS GONZALEZ TAPIA
DR. VICTOR CORONA ALVA
DR. MANUEL AYALA TAMEZ
DR. RAFAEL MARQUEZ CARDENAS
DR. GUSTAVO MARTINEZ ALCARAS
DRA. YARA FINELA MARQUEZ
DR. RICARDO CARRANZA

Con profundo agradecimiento a quienes contribuyeron a mi
formacion como Especialista, por su paciencia y dedicacion.
GRACIAS.

I N D I C E

P A R T E I

REVISION MONOGRAFICA SOBRE HISTERECTOMIA OBSTETRICA CAPITULO PRIMERO.

Introduccion.....	1
Historia.....	2
Frecuencia.....	3
Definicion.....	3
Clasificacion.....	4
Factores de Riesgo.....	5
Indicaciones.....	6
Indicaciones Absolutas.....	9
Indicaciones Relativas.....	11
Indicaciones Electivas.....	13
Tipos de Histerectomia.....	15
Complicaciones.....	16

P A R T E I

REVISION MONOGRAFICA

D E

HISTERECTOMIA OBSTETRICA

A U T O R E S : DRA. GUADALUPE HURTADO CERVANTES
DR. ALFONSO MARTINEZ GARCIA (ASESOR)

INTRODUCCION

El proposito de realizar un Estudio de Investigacion sobre este tema, es debido a que en la Literatura se menciona como Primera causa de Histerectomia Obstetrica al SANGRADO.

El Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia, Mich. sirve tanto a la Ciudad como a sus zonas aledañas para resolver problemas Obstetricos y Ginecológicos de la poblacion mas necesitada; por este motivo se reciben frecuentemente pacientes que han sido manejadas en forma inadecuada por personal empirico en la atención Obstetrica y por lo tanto las complicaciones infecciosas constituyen la indicacion principal observada en los pacientes a las que se les realiza Histerectomia Obstetrica en Nuestro Hospital. Quise hacer una revision retrospectiva de todos los pacientes para intentar establecer los factores que retrasan el envio oportuno de estas pacientes con el objeto de disminuir el numero de esta intervencion y por lo tanto la Mortalidad, ya que mas de 70% de las pacientes ingresaron en condiciones muy graves.

Otro objetivo es normar criterios con el personal medico del servicio para mejorar la calidad de atención en beneficio de la poblacion que atendemos.

A T T E .

Dr^a. Guadalupe Hurtado Cervantes.

INTRODUCCION

El termino Histerectomia Obstetrica se refiere unicamente a aquella intervencion en la cual se extirpa el organo después de haber realizado la atencion de un evento obstetrico, llamado Cesarea, Parto o Aborto. No incluye aquellas Histerectomias programadas por patologia Ginecologica, aunque se siga una tecnica quirurgica similar; ya que en esta la Morbi-Mortalidad es poca, en cambio la Histerectomia Obstetrica es un procedimiento de urgencia, con la paciente en malas condiciones generalizadas y que por lo tanto tiene una Morbi-Mortalidad mas elevada.

HISTORIA:

La primera Cesarea Histerectomia reportada, data del 21 de junio de 1863 efectuada por Hernando Robinson en una paciente con hemorragia en un utero atretico en la cual muo la madre y el hijo.

En 1875 Edouard Bonn efectua la primer Cesarea Histerectomia con exito; reportandose ya para 1883, 104 casos con una Mortalidad del 55 %.

En 1901, de 1,097 casos reunidos, la mortalidad era solo del 24,6%.

En Mexico la primera Cesarea Histerectomia reportada fue el 12 de marzo de 1904 por el Dr. Jose Ma. Rodriguez con muerte materna y producto vivo.

Para 1904 el Dr. Fernando Garraga ya habia efectuarla con exito.

FRECUENCIAS:

En el Hospital de Boston en Massachusetts, en un estudio realizado del primero de Octubre de 1903, al primero de Julio de 1991 en el cual se evaluaron una incidencia de 1.55 \times 1000 Nacimientos. 1

En el Hospital de Ramathibodi en Tailandia, reportan 1 \times 675 nacimientos y de estos el 51 % tuvieron una indicación de Urgencia. 2

En 1991 en el Hospital de Lang-Pu de la Universidad de Pien en China, reportan una incidencia de 27.63 \times 10000 nacimientos. 4 y en el Hospital de Chao-quang de Taihen reportan una incidencia de 26 \times 100 000 nacimientos en 1991. 3

En el Centro Médico del Sur de California, en los EEUU de Enero de 1965 de Junio de 199, encontraron una incidencia de 1.1 \times 1 000 nacimientos. 24

En el Hospital General de Morelia, Mich. Dr. Miguel Silva, la frecuencia de 1917 a 1997 fue del 0.44 % de los 102 casos \times 21 662 nacimientos, lo que corresponde a 4 \times 1 000 nacimientos.

DEFINICIONES:

La histerectomía Obstétrica es la extirpación del útero que se realiza después de un evento Obstétrico.

CLASIFICACION:

CESAREA HISTERECTOMIA.- Procedimiento operatorio en el cual despues de efectuar una operacion cesarea, se procede a la extirpacion del utero en el mismo acto quirurgico y con una sola anestesia.

HISTERECTOMIA POST-CESAREA O POST-PARTO.- Procedimiento quirurgico de urgencia que consiste en la extirpacion del utero, posterior a la extraccion del producto (ya sea abdominal o vaginal); que por lo general implica dos actos quirurgicos, la cesarea o el parto y despues, la histerectomia en un lapso corto para efectuar la extirpacion del utero, casi siempre con una nueva anestesia.

HISTERECTOMIA POST-ABORTO.- Procedimiento quirurgico de urgencia en el cual se extrae el utero, antes de las 20 semanas de gestacion, sobre todo en el aborto septico.

HISTERECTOMIA EN BLOQUE.- Es una variante de distrosectomia que consiste en extirpar por via abdominal al utero gravido y su contenido, esta se realiza en:

- 1.- EMBARAZO MOLAR de repetidor o en pacientes de edad avanzada o gran multiparas.
- 2.- Embarazo del primer trimestre coincidentes con cancer cervico-uterino.
- 3.- Huevo muerto y retenido o aborto diferido complicado con un proceso septico.
- 4.- Obito fetal con infeccion amniotica severa. 26

FACTORES DE RIESGO:

- 1.- Cirugía uterina previa ya sea Ginecológica u Obstétrica.
- 2.- Multiparidad.
- 3.- Hipertensión arterial sistólica.
- 4.- Miomatosis uterina.
- 5.- Infección.
- 6.- Diabetes Mellitus.
- 7.- Destreza del Cirujano.
- 8.- Bajo nivel socioeconómico.
- 9.- Tipo de anestesia.
- 10.- Trabajo de parto.

1.- CIRUGIA UTERINA PREVIA GINECOLÓGICA U OBSTÉTRICA: Porque toda cicatriz en el cuerpo uterino disminuye su tolerancia o resistencia al T. de P., toda vez que la fibra colágena no distiende en forma similar a la fibra muscular. Siendo esta la genesis de la ruptura uterina; además de que aumenta el riesgo de implantación anormal de la placenta. 23

2.- MULTIPARIDAD: Ya que el utero no responde de igual forma después de varias e posiciones de embarazo a la administración de ocitocicos; en virtud de que fibra muscular se estado en eventos obstétricos anteriores y no contrae con la misma energía. tienen el mismo origen de la sobredistensión los embarazos gemelares o múltiples, el polihidramnios, etc. 23

3.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ya que el incremento de presión en los vasos sanguíneos, aumenta el riesgo de lesión y ruptura de la pared vascular, con el consecuente sangrado que pone en peligro la vida de la madre; sobre todo si se forma hematoma retroplacentario y desprendimiento prematuro de placenta.

4.- MIOMATOSIS UTERINA.- Porque disminuye el potencial contractil del musculo uterino, en virtud de la existencia de dichos tumores, donde no se llevan a cabo la accion de los Flexos Dielexiformes.

5.- INFECCION.-En virtud de que el utero es un órgano sumamente vascularizado, siendo estas estructuras el camino de diseminación de tremores septicos que van a desencadenar cuadros de Pelvicoperitonitis o Septicemia y alteración de los Factores de coagulación, por lo que esta complicación es una de las mas temidas en el área obstetrica por su alta morbilidad y mortalidad.

6.- Diabetes Mellitus.- Por el daño vascular que ocasionan los Hiperatos de carbono, generando lesion micro y macrovascular que predispone tanto a la hemorragia como a la infección siendo esta ultima la principal causa de Morbilidad y mortalidad en el paciente diabetico.

7.- GESTACION DEL CIRUJANO.- Indudablemente la habilidad dependera de si el cirujano tiene o no a experiencia en este tipo de cirugía.

8.- BAJO NIVEL SOCIOECONOMICO.- Las condiciones precarias de nutrición con las que frecuentemente nos encontramos en pacientes obstetricas, favorecen las infecciones, las cuales son mas importantes y requieren de tratamiento quirurgico para eliminar el foco septico. Tambien el bajo nivel cultural de estas pacientes impide que acudan con regularidad al control prenatal por lo que es practicarsense imposible detectar patologia antes del parto.

9.- TIPO DE ANESTESIA.- En cirugía obstetrica la anestesia general obliga al cirujano a realizar manobras mas rapidas que facilitan que la Histerotomia se pueda cometer, lesionando los vasos uterinos o la vagina, favoreciendo hemorragias que en

- HOJA 7 -

ocasiones son difíciles de combatir. Además anestésicos halogenados producen relajación del músculo liso uterino, por lo que los sacudidos por hipotonía son frecuentes.

10.- TRABAJOS DE PARTO.- La sola presencia de trabajo de parto en una paciente es factor de riesgo para que las posibilidades de una distrofia obstétrica aumenten, esto en relación de procesos infecciosos uterinos, que se observan frecuentemente en caso de pacientes con trabajo de parto prolongado, con tactos vaginales múltiples. Otra causa de trabajo de parto que incrementa el riesgo de esta cirugía es el desconocimiento del tipo de iniciación uterina previa en aquellas pacientes que se les da oportunidad de trabajo de parto. También por el alto consumo calórico que genera depósitos de ácido láctico con la subsecuente fatiga muscular que conlleva la incapacidad de contracción de útero. 6 11 23

INDICACIONES:

En los últimos años debido a la gran experiencia que se ha tomado en relación con la histerectomía, y por lo tanto con la disminución de la mortalidad, las indicaciones para realizar una histerectomía subtotal se han incrementado considerablemente y en algunos lugares incluso se ha preconizado como método de esterilización definitivo. Sin embargo no hay que olvidar que la morbilidad y mortalidad en algunas series va del 33 % y del 5.04 % respectivamente; por lo que hay que reconsiderar las indicaciones, las cuales son: ABSOLUTAS, RELATIVAS y ELECTIVAS.

INDICACIONES RELATIVAS:

- 1.- SANGRADO.- a) Aftura uterina o existencia de cicatriz previa.
 - a) Utero de Couvelaire (ecolepia uteroplacentaria).
 - c) Adherencia anormal de la placenta.
 - d) Atonia uterina incontrolable.
- 2.- INFECCION.- Deciduoendometritis.
- 3.- ACCIDENTES OPERATORIOS DURANTE LA CÉSAREA.

INDICACIONES RELATIVAS:

- 1.- CICATRIZ UTERINA.- (numero excesivo o en mal estado).
 - a) Operaciones cesáreas.
 - b) Cirugía Ginecológica.

2.- TUMORES UTERINOS:

- a) Cáncer del cuello uterino.
- b) Miomatosis.

3.- TUMORES OVARICOS BILATERALES.

4.- PROLAPSO UTERINO.

5.- PADECIMIENTO CERVICAL (amputación, leucoplasia, etc.)

6.- TOXEMIA GRAVE REPETIDA.

7.- CARDIOPATIA.

8.- NEFROPATIA.

9.- DIABETES MELLITUS.

INDICACIONES SELECTIVAS:

- 1.- CICATRICES UTERINAS (numero determinado)
- 2.- ANEXOS PEQUENOS.
- 3.- ESTERILIZACION.

INDICACIONES ABSOLUTAS.- Se incluyen los procesos obstetricos agudos graves que ponen en peligro la vida de la Madre y cuyo unico tratamiento para salvarles la vida es la extirpacion inmediata del utero.

a) ROTURA UTERINA.- La rotura del utero puede presentarse en forma espontanea, durante el parto, sobre todo cuando existe una cicatriz uterina previa o bien puede ser traumatica cuando se intenta una version e tierra o con mucha mas frecuencia por el uso inadecuado de botricoides o instrumentos que aprovechan el periodo expulsivo como son los forceps, en cuyo caso la histerectomia es la unica forma segura de combatir la hemorragia. 3 12 13 14 14 25

3118 41 22 2000

b) UTERO DE COUVELAIRE.- Derivado de un desprendimiento masivo de la placenta, en la cual hay infiltración sanguínea del musculo uterino, motivo por el cual este no se contrae, favoreciendo con esto la hemorragia y por lo tanto su tratamiento es la Histerectomia. 23

c) SANGRANCO.- En la mayoría de los trabajos que he visto sobre este tema encuentro que la indicación principal de Histerectomia Obstetrica es por SANGRANCO. En sus variedades de atonia uterina, la cual se presenta con mas frecuencia en aquellas pacientes que han tenido trabajo de parto prolongado; el utero se encuentra sobredistendido por ejemplo: embarazos multiples, macrosomias fetales y polinidamientos; y en los cuales después del manejo medico el utero no responde con contracción y la unica manera de conibir el sangrado es la extirpación del organo. 1 10 12 13 24

d) ADHERENCIA ANORMAL DE LA PLACENTA.- Placenta Adherida la placenta esta adherida patologicamente al miometrio, debido a la escasos o ausencia de decidua subplacentaria, se revela cuando se hace un intento de extracción manual; de la placenta reconocida que se creia se debía a hipotonia uterina, hecho que no se pudo realizar, si esto no se logra con una maniobra suave, porque la separación parcial se acompaña de una hemorragia torrencial..

TIPOS DE PLACENTA ADHERIDA PATOLOGICAMENTE:

- Placenta Adherida.- donde invade escasos milímetros del Miometrio.
- Placenta Increta.- invade todo el musculo uterino.
- Placenta percreta.- La invasión alcanza la serosa del utero y puede causar ruptura uterina. 1 3 4 10

11 12 13 22 24 25

2.- INFECCION.- Un buen número de casos requieren de la Histerectomía como manejo principal, ya que el útero es un órgano muy vascularizado, tanto de vasos sanguíneos como linfáticos y por tal motivo las infecciones se diseminan rápidamente del endometrio al miometrio y de este sitio a otros órganos y aparatos de la economía. Una vez que la infección ha penetrado el endometrio y se adquiere miometritis el tratamiento médico es insuficiente y la única forma de salvarle la vida es con esta operación sustituta. 22

3.- ACCIDENTES OPERATORIOS DURANTES LA CESAREA.- En cualquier tipo de incisión que se realiza sobre el útero, para extraer a un producto, se tiene el riesgo de que ésta se corra sin control, provocando lesión de vasos importantes con la consecuente hemorragia de difícil control, o bien, que quede la inseguridad de que la hemorragia pueda volverse a presentar, una vez que las condiciones hemodinámicas de la paciente hayan mejorado, en tales casos se recurre a la extirpación del útero como un método más seguro. 12 13

INDICACIONES RELATIVAS :

Dentro de estas indicaciones está comprendidos aquellos padecimientos casi siempre consistentes con la gestación y que originan extirpación o cesárea y casi siempre antes del término del embarazo. 23

INDICACIONES UTERINAS RELATIVAS. En la operación cesárea aquí están comprendidos los casos de mujeres de 40 o más años, con varios hijos vivos, que teniendo múltiples cicatrices uterinas, se considera sería innecesario dejar el útero con posibilidad de ruptura en una nueva gestación. Así mismo son indicaciones los casos en los cuales al efectuar la operación, se ve que la

Cicatriz previa esta dehiscente o en mal estado, y que en caso de repararse, el peligro de desunión será mayor. Todo ello en relación a los conocidos Factores medicosociales, del número de hijos, edad y deseo de conservar la función reproductiva y la menstruación.

b) De operación ginecológica.- Los mismos casos antes mencionados se aplican a las pacientes con cicatrices de cirugía ginecológica, como de miomectomía, olistias por malformaciones congénitas, o adenomiosis. 1 7 9 10 13 14 15 16 22 23 24.

2.- TUMORES UTERINOS: a) Cáncer del cuello uterino y otros tumores malignos.- Los cánceres de cuello uterino en estadíos iniciales, con estadíos del tercer trimestre, en cicatrices quirúrgicamente adquiridas, son tributarias de este tipo de Cesárea historeológica, clasificada según el grado de invasión. Decisionalmente otros tumores como Sarcoma o adenocarcinoma corporal, indican la intervención quirúrgica. 23.

b) Miomatosis uterina.- Es la indicación más frecuente en las estadísticas 28 29 30 31 42

Esto se basa en que una mujer portadora de fibroides uterinos que se sometida a una cesárea cesárea y a veces indicada por las mismas indicaciones o una vez a traído el feto y si no hay ninguna contradicción, se le debe extirpar el útero, pues de otro modo necesitaría años más tarde, ser sometida a esta operación mutilante, lo que significaría una nueva intervención, con sus desventajas de nueva hospitalización, nuevo tiempo anestésico quirúrgico, nuevo gasto, etc. Es difícil decidir cuando se tiene o no que realizar este tipo de operación, máxime que el embarazo, por aumento del tamaño y disminuir la consistencia de estas tumoraciones, hace problemático determinar con certeza su grado de desarrollo. En general fuera de los casos

con degeneración de los miomas que si indican su extirpación, deben hysterectomizarse aquellos casos en que por la magnitud de la enfermedad tumoral, se juzgue sea forzosa una operación mutiladora posterior.

El resto de las indicaciones relativas son esporádicas, por lo que su importancia general es menor.

Se piensa que cuando una toxemia de retención, una cardiopatía descompensada o una insuficiencia insuficiente, una nefropatía grave o glomerulonefritis u o una diabetes intensa, se presentan en un nuevo embarazo y por su gravedad pueden poner en peligro la vida de la paciente, deben ser consideradas como una indicación preventiva, es decir relativa de una operación cesárea con hysterectomía.

INDICACIONES RELATIVAS:

Aquí quedan incluidos todos aquellos procesos en los cuales se juzga conveniente una esterilización, en un paciente ya embarazada, pero sin necesidad absoluta para ello. Es decir se puede hacer o dejar de hacer la operación, sin perjuicio de ninguna clase a la enferma. 26 30 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41.

Cuando la paciente tiene ya tres o más ciclos uterinos; un problema psiquiátrico que puede agravarse con una nueva gestación; en pacientes con variadas intensas en los miembros inferiores que aumentan con cada embarazo y por último como procedimiento voluntario de esterilización.

Por nuestra manera de pensar, no estamos de acuerdo con los autores Seignos, ya que, aunque el riesgo sea pequeño, siempre

existe y no justificamos someter a una persona a un acto de cirugía mayor, sin una indicación adecuada. Además como Burfee 45 también señala muy recientemente, las conclusiones actuales son: Que la operación no debe practicarse exclusivamente para esterilización, pues tiene riesgos mayores que la operación cesárea con salpingoclasia.

TIPO DE HISTERECTOMIA:

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL.- Hay preferencia por la mayoría de los autores de realizar una histerectomía Total Abdominal 3 7 9 10 13 15 16 18 19 20 22 23 cuando se requiere la extirpación quirúrgica del útero durante un evento obstétrico, argumentando que el cuello uterino en caso de no ser retirado, podría ser asiento de una neoplasia, o bien causar molestias posteriores a la paciente como: Dispareunia profunda, cervicovaginitis crónica y molestias abdominales bajas. También obligaría a llevar un control citológico semejante al de las pacientes no histerectomizadas.

La técnica quirúrgica en la histerectomía Obstétrica en manos experimentadas no incrementa la Morbi-Mortalidad; existen algunas indicaciones precisas para histerectomía Total Abdominal, como podrían ser: La presencia de un tumor cervical, placenta previa eceto, prolapso cervical del útero, rotura de la parte baja del órgano, etc.

HISTERECTOMIA SUBTOTAL.- 3 4 11 12 22 La histerectomía subtotal en los últimos años ha recuperado nuevos adeptos, argumentando que los riesgos comparados con los beneficios, son mayores en la histerectomía total, que en la subtotal. Hechos que el piso pélvico no se lesiona y por lo tanto el prolapso de cúpula vaginal y los trastornos de incontinencia urinaria no se ven favorecidos y que el control citológico de estas pacientes podría ser tratado en forma conservadora.

Nosotros consideramos que la histerectomía Subtotal no debe ser condenada y que el hecho de realizarla, está justificada en aquellas pacientes en las que las condiciones hemodinámicas no permiten prolongar más el tiempo quirúrgico.

CONFLICTACIONES:

1.- TRANSOPERATORIAS.- 1 2 11 17 22 23

- 1) Choque hipovolemico por sangrado profuso.
- 2) Lesiones vesicales.
- 3) Lesiones Uterales.
- 4) Lesiones Intestinales.
- 5) Falso cardiaco, etc.

2.- POSTOPERATORIAS.- 1 2 8 11 22 23

- 1) Sangrado.
- 2) Ileo paralitico.
- 3) Evetracion.
- 4) Infeccion pelvica y/o hematoma de Pared.
- 5) Anemia.
- 6) Ascenso de cupula.
- 7) Tromboflebitis.
- 8) Fístulas Vesico y ureterovaginales.
- 9) Infeccion Urinaria.
- 10) Fiebre de origen indeterminado, etc.

PROGNOSTICO:

El pronostico dependera del tipo de cirugía que se vaya a realizar y de la condiciones en que se encuentre la paciente. en el caso que se trate de una Cesarea histerectomia programada la Morbilidad debe ser semejante a una cesarea.

Pero en el caso de una Histerectomia de Urgencia y por lo tanto con una paciente en malas condiciones. la Morbilidad puede llegar de 30 % a 50 % 23 y la Morbilidad varia del 1 % al 11 %.

PARTE II

HISTERECTOMIA OBSTETRICA
EN EL HOSPITAL "DR. MIGUEL SILVA"
DE MORELIA, MICH.

AUTORES: DRA. GUADALUPE MURTADO CERVANTES
DR. ALFONSO MARTINEZ GARCIA (ASESOR)

I N D I C E

P A R T E I I

HISTERECTOMIA OBSTRICA EN EL HOSPITAL "DR. MIGUEL SILVA" DE
MORELIA, MICH

INTRODUCCION:

Objetivos.....	1
Materiales y metodos.....	1
Resultados.....	2
Conclusiones.....	12
Bibliografía.....	14

Morelia, Michoacan. Febrero 1994.

INTRODUCCION PARTE II

Una de las Situaciones que ponen a prueba la destreza quirúrgica del cirujano, es la realización de una Histerectomía Obstétrica, definiendo a esta, como aquella intervención en la cual se extirpa el útero después de haber realizado la atención de un evento Obstétrico, llamado Cesárea, Parto o Aborto ya que esta operación tiene un alto índice de Morbi-Mortalidad, como se puede observar en la literatura a Nivel Mundial. La Morbi-Mortalidad se ve muy incrementada debido a las malas condiciones de Salud de las Pacientes en el momento en que se decide la Intervención quirúrgica.

Esto lo puede observar durante su residencia, por este motivo decida realizar un Estudio que le permitiese detectar los factores de Riesgo, el Perfil y las complicaciones que se presentan durante esta intervención, con el objeto de formar criterios de Diagnóstico y Manejo de las pacientes complicadas que requerirán esta operación y así mismo corregir, por los medios adecuados, los errores que se cometen fuera del Hospital, para disminuir, en lo posible, el número de Histerectomías Obstétricas. Basado en que el 71.5 % de las Pacientes Histerectomizadas provienen, en esas condiciones de otros Centros Hospitalarios.

MATERIALES Y METODOL. - Con este criterio se hizo un estudio Longitudinal y Aleatorio en el Servicio de Obstetricia del Hospital General " Dr. Miguel Silva ", que cuenta con 40 camas y un promedio de Hospitalización Obstétrica de 150 pacientes mensuales en los últimos 7 años; promedio que de tres años a la fecha es de 300 ingresos.

El Estudio comprendido del 1er. de Enero de 1987 al 31. Diciembre de 1992; en el estudio se incluyeron todas las pacientes a las cuales se les realizó una Histerectomía después de un evento Obstétrico.

El total de pacientes que se admitieron durante este periodo fueron de 21.682, de estas, 106 requirieron Histerectomía Obstétrica, con una prevalencia del 0.48 %.

RESULTADOS: Dentro de los datos generales se revisaron: La Edad, Paridad y Procedencia.

Edad.- Los datos relativos a la edad, se especifican en el cuadro 1.

CUADRO 1:

HISTERECTOMIA OBSTÉRICA.
GRUPO DE EDADES

EDAD	CASOS	%
19-23	15	17.8
24-28	14	19
29-33	18	24.5
34-38	17	26
39-43	0	0.2
45-46	4	5.4

Como Puede Observarse, la Cesárea Histerectomía no respeta edades, pues esta operación se realizó en pacientes jóvenes, pero también hay pacientes en el estudio de 46 años. Sin embargo el 51.4 % se presentó en mujeres no mayores de 35 años; este hecho está en relación a que es la edad de mayor reproducción de la Mujer.

FARIDAD:

CUADRO 2

HISTERECTOMIA OBSTETRICA
FARIDAD

GESTACIONES	CASOS	%
1-3	16	21.6
4-6	25	34.1
7-9	18	24.2
10-12	9	12.1
13-15	7	9.5

En este rengion pudimos observar que en 6 pacientes hubo necesidad de realizar esta intervencion quirurgica en primigestas, hecho por demas transcendental, para el futuro psicologico y Obstetrico. Pero el mayor numero, el 71.1 % fueron pacientes eran multigestas.

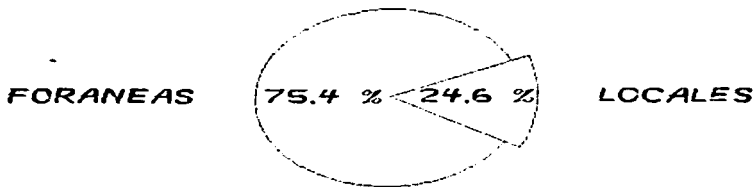
PROCEDENCIA

En cuanto al tercer factor analizado que fue la procedencia se observa en el cuadro siguiente:

PROCEDENCIA:

CUADRO 3

**HISTERECTOMIA OBSTETRICA.
PROCEDENCIA.**



El Tercer Factor analizado y quizás el de mayor importancia refleja que el 75.4 % fueron enviadas de otros centros hospitalarios; manejadas en su mayoría por Médicos en adiestramiento.

También observamos que el 100 % de las pacientes analizadas no tuvieron ninguna consulta prenatal, o estas eran realizadas por parteras empíricas.

CUADRO 4

HISTERECTOMIA GINECOLÓGICA
EVENTO DE TETRICHO PREVIO.

EVENTO	CASOS	%
CESÁREA	33	45.2
PARTOS	24	32.6
L.O.I.	6	8.0
EMBARAZO NO RESULTO	6	8.0
E.T.G.	4	5.4

CESÁREA.- Esta intervención es la que ocupa el primer lugar como factor de riesgo, ya que esta, implica un mayor porcentaje de infección puerperal, comparado con el parto o aborto; como lo reflejan las diversas estadísticas; en nuestro hospital, de las 73 pacientes analizadas, el 45.2 % sufrieron a una cesárea. También esta intervención favorece la implantación baja de placenta, Ruptura uterina, Placenta Acreta, Etc. que son causas frecuentes de sangrado.

ENFERMEDADES ASOCIADAS:

CUADRO 5

HISTERECTOMIA OBSTETRICA.
ENFERMEDADES ASOCIADAS.

ENFERMEDAD	No. CASOS	%
DIABETES MELLITUS	3	4
H. I. P. E.	4	5.4
H. T. A. G.	1	1.3
I. P. A.	1	1.3
POCICO	1	1.3
HIPERTIROIDISMO	1	1.3
ANEMIA APLASTICA	1	1.3

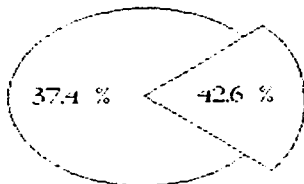
ENFERMEDADES ASOCIADAS: De este cuadro podemos inferir que las complicaciones o enfermedades maternas asociadas con el embarazo no incrementan el riesgo de histerectomía obstétrica, pero también podemos suponer, que en nuestro hospital las enfermedades asociadas con el embarazo no son frecuentes; como causa de esta intervención.

PACIENTES QUE REQUIRIERON U.C.I.

CUADRO 6

HISTERECTOMIA OBSTETRICA
PACIENTES QUE REQUIRIERON U.C.I.

TOTAL DE
PACIENTES 26



FALLECIERON 11

Como se observa en la grafica anterior, 10 pacientes o sea el 38.6 %, requirieron de la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que significa un gasto muy fuerte para el Hospital; tomando en cuenta que son pacientes de muy escasos recursos economicos y que ademas requirieron de multiples transfusiones sanguineas.

De estos 10 pacientes, 11 fallecieron, lo que representa un 42 %.

ESTANCIA HOSPITALARIA:

CUADRO 7

HISTERECTOMIA GINECOLÓGICA:
ESTANCIA HOSPITALARIA.

DÍAS	NO. DE PACIENTES	%
1-5	17	36.9
6-10	19	36
11-15	10	17.5
16-20 "	3	4.1
21-25	3	4.1
26-30	1	1.3

Este cuadro nos muestra que el 41 % de los pacientes requirieron en promedio entre 5 y 15 días de estancia hospitalaria, muchos de ellos en la U.C.I., pero también nos muestra que un 36 % pueden egresar en un tiempo corto, sobre todo aquellas pacientes que son Histerectomizadas por sangrado.

DIAGNOSTICO

CUADRO 8

HISTERECTOMIA OBSTETRICA
DIAGNOSTICO.

DIAGNOSTICO	NO. DE CASOS	%
DECIDUOENDOMETRITIS	42	57.5
RUPTURA UTERINA	10	13.6
ADHERENCIA ANORMAL PLACENTARIA	6	8.1
APENICITIS Y ABSCESES PERIUTERINOS	1	1.3
EMBARAZO ECTOPICO	1	1.3
UTERO DE LOUVALIERE	2	2.7
L.T.S.	4	5.4
ATONIA UTERINA	2	2.7

La principal indicacion que en nuestro estudio pudimos observar como causa de histerectomia Obstetrica fue la DECIDUOENDOMETRITIS, con un 57.5 %; todos corroborados con estudio histopatologico. La hemorragia Anormal fue la segunda causa con un 31 %.

CUADRO 9

HISTERECTOMIA OBSTETRICA.
REPORTES DE CULTIVOS.

GERMEN	No. DE CASOS	%
ECHERICHIA COLI	29	27.9
STAFILOCOCCUS AUREUS	6	8.2
STAFILOCOCCUS COAGULANS NEGATIVO	5	6.8
CANDIDA ALBICANS	3	4.1
GRAM-NO FERMENTADOR	2	2.7
STAFILOCOCCUS SP LPO.D	1	1.3
TRICHOMONAS V.	1	1.3
GARDNERELLA V.	1	1.3
SERRATIA MARCESCENS	1	1.3
CULTIVOS NEGATIVOS	8	10.9
SIN REALIZAR	25	34.2

Tomando en cuenta que la causa No. 1 fue la infección, quisimos analizar el reporte Microbiológico, encontrado que a 48 pacientes les fue realizado el estudio; en el cual predominó la Echerichia Coli como agente causal en un 27.9 %.

MANEJO MEDICO:

CUADRO 10

HISTERECTOMIA GINECologica
MANEJO MEDICO

MANEJO	No. DE CASOS	%
HEMOTRANSFUSION	53	72.6
FENICILINAS	52	71
AMICOGUCOSIDOS	55	75.7
METRONIDAZOL	40	54
QUINOLONAS	17	21.9
OTROS	14	26

En este cuadro se observa que el 72.6% de las pacientes requirieron de una o más transfusiones sanguíneas; ya que 65 pacientes a su ingreso tenían anemia con hemoglobina menor de 9 gr/dl. También podemos observar que la mayor combinación de antibióticos fue Fenicilinas + Aminoglicosidos; medicamentos que se iniciaron en forma empírica, pero que cubren el mayor porcentaje de germen que frecuentemente se encuentran involucrados. En un 54 % se agregó Metronidazol como anaerobio, sabiendo que germen como Bacteroides Fragilis y melaninogenicus son resistentes a penicilinas.

CUADRO 11

HISTERECTOMIA OBSTETRICA
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

COMPLICACIONES	No. DE CASOS	%
C. I. D.	10	13.9
I. R. A.	9	8.2
S. I. R. P. A.	4	5.4
NEUMONIA	1	1.3
T. E. F.	2	1.3
FLEBITIS	1	1.3
CHOCUE ANAFILACTICO	1	1.3
HEMORRAGIA CEREBRAL	1	1.3
FISTULA VESICOVAGINAL	1	1.3

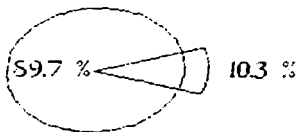
Observece en este cuadro que las complicaciones no son secundarias a defectos o mala tecnica quirurgica, sino que mas bien son por el problema de Base de la paciente. Solamente en una se observo una fistula vesicovaginal que pudo haberse favorecido por el Proceso Septico y adherencial de los Tejidos.

MORTALIDAD:

CUADRO 12

HISTERECTOMIA OBSTETRICA
MORTALIDAD.

106 PACIENTES



MORTALIDAD:

De las 106 pacientes Histerectomizadas, murieron 11. lo que corresponde a un 10.3 %. Todas ellas fueron etiquetadas con Diagnostico de Mortalidad de : FALLA ORGANICA MULTIPLE.

C O N C L U S I O N E S :

- 1.- La frecuencia de Histerectomia Obstetrica en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" es del 0.48 %.
- 2.- En contradiccion con lo reportado en la literatura, en nuestro hospital, la primera causa de Histerectomia Obstetrica es por proceso Septicos a nivel uterino.
- 3.- El Diagnostico de la Deciduoendometritis, no se establece con la prontitud necesaria en muchos centros hospitalarios, motivo por el cual, las pacientes que son enviadas a este Hospital, llegan en condiciones muy desfavorables, por lo que es necesario realizar esta cirugía mutilante y que ademas pone en grave riesgo la vida de la paciente.
- 4.- Como la primera causa de Histerectomia Obstetrica fue la inexcusable, observamos que la E. Coli continua ocupando el primer lugar en los reportes Microbiologicos, y muy probablemente unido a gérmenes anaerobios los cuales no fueron posible aislarlos debido a que en el Hospital se carecen de medios adecuados.
- 5.- En ultimas fechas y tomando en cuenta el estudio realizado por otra compañera Residente, se instituye la Aspiracion Manual Endouterina (A.M.E.U.) a todas las pacientes con Deciduoendometritis; desde pudimos observar que la

R E F E R E N C I A S :

- 1.- Zelop M.C., Harlow L.B., Frigoletto D.F., Safon E.L., and Saltzman M.D. Emergency peripartum hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1990; 168: 1443-8
- 2.- Suchartwasnachai C., Linasmita J., Chaturachinda P. Obstetric hysterectomy: Kamathibadi's experience 1969-1987 Int J Gynaecol Obstet 1991; 26:183-6
- 3.- Hsu T.Y., Hsieh C.C., Lo L.H., et al. Emergency obstetric hysterectomy: report of fifteen cases. Chang Feng I Hsueh 1991; 14:111-6
- 4.- Peng J.J. Thirty year's experience of obstetric hysterectomy. Chung Hua Fu Chang ko Tsa Chih 1991; 26:265-7 288-9
- 5.- Zelop C., Nadel A., Frigoletto F.D., Fauler S., Macmillan M., Benacerraf B.R. Placenta Accreta/percreta/indreta: A cause of elevated maternal serum alpha-fetoprotein. Obstet Gynecol 1992; 80: 873-4
- 6.- Placune W.C., Peripartum hysterectomy Obstet Gynecol clin North Am 1988; 15:733-95
- 7.- Chazotte C., Choen W.R. Catastrophic complication of previous cesarean section. AmJ Obstet Gynecol 1970;163:733-42
- 8.- Chestnut D.H., Eden R.D., Gail S.A., et al. Peripartum hysterectomy: A review of cesarean and postpartum hysterectomy Obstet Gynecol 1985; 65: 265-70
- 9.- Clark S.L., Fooning P.P., Phelan J.P. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. Obstet Gynecol 1985; 66: 89-92
- 10.-Sturdee D.W., Rushton D.I., Cesarean and postpartum hysterectomy 1968-1983 Br J Obstet Gynaecol 1986; 93: 270-4
- 11.-Thonet R.G. Obstetric hysterectomy-an 11 year experience Br J Obstet Gynaecol 1986; 93 794-8

- 12.-Abdelmagd M.S., Kasrawi F., Hathout H. Emergency hysterectomy in obstetric practice: Five year review. Int J Gynaecol Obstet 1987; 25: 437-40
- 13.-Clark S.L., Yen S.Y., Phelan S.F., et al. Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1984; 64 378-80
- 14.-Rahman J., Al-Sibai M.H., Rahman M.S. Rupture of the uterus in labor. A review of 96 cases. Acta Obstet Gynecol Scand 1985; 64 111-15
- 15.-Read J.A., Cotton D.B., Miller F.C. Placental accreta: a changing clinical aspects an outcome. Obstet Gynecol 1980; 56: 31-4
- 16.-Singh I.M., Rodrigues C., Gupta A.N. Placenta previa and previous cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand 1981; 60: 367-6
- 17.-Planché W.C., Gruchl F.G., Bourgeois M.O. Hysterectomy of the time of cesarean section: Analysis of 106 cases. Obstet Gynecol 1981; 58: 455-64
- 18.-Easterday C.L. Cesarean hysterectomy at the Boston Hospital for Women. Clin Obstet Gynecol 1969;12: 652-9
- 19.-Barclay D.L. Cesarean hysterectomy thirty year experience. Obstet Gynecol 1970; 35 120-31
- 20.-Haynes D.M., Martin E.J. Cesarean hysterectomy: a twenty five year review. Am J Obstet Gynecol 1979; 134: 393-6
- 21.-Park K.C., Duff W.F. Role of cesarean hysterectomy in modern obstetric practice. Clin Obstet Gynecol 1980; 23: 601-20
- 22.-Ahued A.J.R., Franco M.S., Rocha C.S., Gaviño A.S., Gaviño G.F. Cesárea Histerectomía: Una urgencia quirúrgica. Hospital regional "20 de Noviembre" ISSSTE. México, D.F.
- 23.-Cesárea Histerectomía; 162-84

- 24.-Stanco M.L., Schrimmer B.D., Paul H.R., Mishell R.D.
Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 879-83
- 25.-Cavanagh D., Woods R.E., O'Connor T.C.F. URGENCIAS OBSTETRICAS.
- 26.-Mondragon C.H.
Obstetricia Basica Ilustrada
- 27.-Kupferminc M.J., Tamura R.H., Wigton T.R., Glassenberg R., Socol M.L. PLACENTA ACCRETA IS ASSOCIATED WITH ELEVATED MATERNAL SERUM ALPHA-FETOPROTEIN. Obstet Gynecol 1993; 82: 266-7
- 28.-Schneider G.T., y Tirone C.H.: CESAREA TOTAL HYSTERECTOMY J. Louisiana M. Soc. 111: 456. 1959
- 29.-Schreiber H.: UBER HAUFIGKEIT, INDIKATION UND ERGEBNISSE DER HYSTEREKTOMIE BEI DER SECTIO CAESAREA. Zentralbl Gyna 87:1940. 1965
- 30.-Dieckmann W.J.: CESAREAN HYSTERECTOMY. J.A.M.A. 137:1017. 1948.
- 31.-Dosal de la Vega M., Mondragon M.L.: Analisis de 32 casos de Histerectomia durante el Estado Gravido Fuerperal. Ginec. Obstet. Mex. 18:21. 1963
- 32.-Greenhill F.C.: OBSTETRICS. Ed. Saunders. Filadelfia. 1963. Gynec. 73:1035. 1957
- 33.-Keith F.C.: HYSTERECTOMY IN GRAVID PATIENTS. Am J Obst. & Gynec. 73:1035. 1957
- 34.-McElin T.W., Buckingham J.C. y Johnson R.E.: TUBAL STERILIZATION: STUDY AT EVANSTON HOSPITAL. Am J Obstet & Gynec 97:479. 1967
- 35.-Meyer H., y Countiss, E: ELECTIVE CESAREAN HYSTERECTOMY. Am J. Obsts. & Gynec. 77:1240. 1959
- 36.-Montague C.F.: CESAREA HYSTERECTOMY. ITS VALUE AS STERILIZATION PROCEDURE. Obst. & Gynec. 14:28. 1959
- 37.-Morton J.H.: CESAREAN HYSTERECTOMY. Am J. Obst. & Gynec. 85:1422. 1962

- 38.-Pillabury S.J.: THE SAFETY SECTION. Am J. Obst. & Gynec. 86:580. 1963
- 39.-Sonderstrom K., Stipp C.: CESAREAN HYSTERECTOMY INOCUOUS OPERATION. Am J. Obst. & Gynec. 84: 1914. 1962
- 40.-Ward V.S., Smith H.A.: CESAREA HYSTERECTOMY: COMBINED SECTION AND STERILIZATION. Obst. & Gynec. 26:258. 1965
- 41.-Webb C.B., Gibbs J.V.: PREFLANNED TOTAL CESAREAN HYSTERECTOMIES. Am J. Obst. & Gynec. 101:22. 1968
- 42.-O'Leary J.A., Steer C.M.: A TEN YEAR REVIEW OF CESAREAN HYSTERECTOMY. Am J. Obst. & Gynec. 90:227. 1964
- 43.-Duffee R.B.: Evolucion de la Histerectomia Cesarea. Clin. Obst. Gynec. 12:575. 1969