

65
11217 ej.



HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESTUDIOS DE POSGRADO

**"CESAREA HISTERECTOMIA E
HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO. REVISION
DE VEINTE AÑOS"**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

E SPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

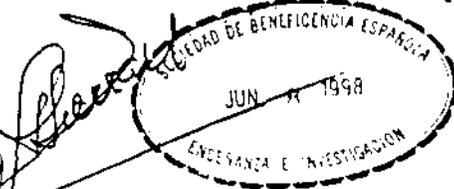
DR. JORGE FERNANDO GONZALEZ VARGAS



MEXICO, D. F.

1998

161
[Signature]



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 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.

**AL HONORABLE CUERPO DE PROFESORES DEL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE
MEXICO.**

DR. ALFONSO ALVAREZ BRAVO †
DR. EN CM. EFRAIN VAZQUEZ BENITEZ
DR. RICARDO QUIROZ VAZQUEZ
DR. ENRIQUE GUTIERREZ MURILLO
DR. TEOFILO GARCIA HIDALGO
DR. MANUEL ALVAREZ NAVARRO
DR. LEONARDO ORTEGA VELAZQUEZ
DR. JUAN MANUEL MEDINA LOMELI
DR. SERGIO PEDRAZA BARAGAS
DR. FRANCISCO BERNARDEZ ZAPATA
DR. PABLO GUTIERREZ ESCOTO
DR. JOSE EFRAIN VAZQUEZ MARTINEZ DE VELASCO

GRACIAS POR SUS INVALUABLES ENSEÑANZAS.

**A LAS PERSONAS QUE DEBO LO QUE SOY,
QUE REPRESENTAN LO MAS IMPORTANTE EN MI VIDA:**

**PADRE. CON CARIÑO Y RESPETO
PARA UNA VIDA EJEMPLAR**

**MADRE. EN JUSTO RECONOCIMIENTO
POR EL AMOR QUE ME HAS BRINDADO**

HERMANAS. POR SU APOYO DETERMINANTE

SOBRINO. POR EXISTIR

**AL DR. JOSE EFRAIN VAZQUEZ MARTINEZ DE
VELASCO
CON RESPETO Y ADMIRACION DE QUIEN
ME SEÑALO Y DIRIGIO ESTE TRABAJO.**

INDICE

I. INTRODUCCION.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
III. EVOLUCION HISTORICA.....	4
IV. ESTADISTICAS.....	8
V. INDICACIONES.....	10
VI. CLASIFICACION.....	14
VII. CAMBIOS ANATOMICOS DEL UTERO GRAVIDO.....	20
VIII. MEDIDAS MEDICAS Y QUIRURGICAS.....	22
IX. TECNICAS QUIRURGICAS.....	24
X. COMPLICACIONES.....	27
XI. MATERIAL Y METODOS.....	29
XII. RESULTADOS.....	30
XIII. DISCUSION.....	33
XIV. CONCLUSIONES.....	36
XV. BIBLIOGRAFIA.....	37
XVI. GRAFICAS.....	41

INTRODUCCION

Las hemorragias obstétricas constituyen siempre una urgencia, siendo además consideradas como una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal hasta nuestros días.

Se obtiene la eficacia máxima en el control de estas hemorragias por el empleo simultáneo de varios métodos terapéuticos, así como su pronóstico estará ligado esencialmente al tratamiento precoz y oportuno que se le brinde al binomio madre-hijo.

A pesar de los avances de la gineco-obstetricia en las últimas décadas, la CESAREA HISTERECTOMIA continúa siendo motivo de controversia, si bien fue ideada con el afán de disminuir la morbilidad materna debida a hemorragia y sepsis, es un procedimiento radical y mutilante empleado en mujeres durante la época reproductora.^{1,2}

Es necesario conocer las definiciones correctas entre los términos CESAREA HISTERECTOMIA e HISTERECTOMIA OBSTETRICA a los que nos estaremos refiriendo en el presente trabajo.

CESAREA HISTERECTOMIA: Se refiere única y exclusivamente a la extirpación previamente programada del útero posteriormente a la cesárea en un mismo tiempo quirúrgico y anestésico.

HISTERECTOMIA OBSTETRICA: El término incluye a la histerectomía postcesárea, postparto o postlegrado; y es aquella en la que se efectúan dos tiempos quirúrgicos y anestésicos: la cesárea, el parto o el legrado en un primer tiempo y después la reintervención en un periodo más o menos corto para efectuar la extirpación del útero.^{3,4,5} Para cualquiera de las dos definiciones la extirpación del útero podrá ser efectuada de manera subtotal o total según la gravedad del caso, la experiencia del gineco-obstetra así como de las dificultades técnicas que se presenten durante la cirugía.

La evolución histórica de la operación cesárea histerectomía ha sido interesantísima en las tres últimas centurias.

SPEERT, observa lo siguiente: "LA CESAREA HISTERECTOMIA SE CONVIERTE EN ALGO SEMEJANTE A UNA PARADOJA CUANDO SE CONSIDERA EN SU PERSPECTIVA HISTORICA. PUES SURGIO DE LOS EMPEÑOS PARA EVITAR EL PELIGRO MORTAL DE LA EXTRACCION ABDOMINAL AL AÑADIRLE UN PROCEDIMIENTO DE IGUAL MAGNITUD, LA EXTIRPACION DEL UTERO".

La histerectomía es actualmente, en la mayoría de los casos, la última medida que permite salvar la vida de una mujer, cuando los otros métodos médicos o quirúrgicos de hemostasis no han sido eficaces.

Aunque las indicaciones son actualmente excepcionales las técnicas deben ser conocidas

De acuerdo al periodo de embarazo en que se practica, la técnica de la intervención puede modificarse.

Una histerectomía sobre útero grávido durante el primero o segundo trimestre, a excepción de circunstancias particulares, difiere poco de una histerectomía realizada fuera del embarazo; a diferencia de la practicada durante el tercer trimestre o en el puerperio que son frecuentemente realizadas en un contexto hemorrágico, por lo que esta operación relativamente simple necesita de conocimientos anatómicos y quirúrgicos que deben ser aplicados para todos los obstétricos.

La estructura del presente trabajo se clasifica según la muestra a estudiar, el conocimiento de los investigadores sobre los factores de estudio, la participación de los investigadores y el tiempo que cubrió el estudio, como:

DESCRIPTIVO, ABIERTO, OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y TRANSVERSAL,
Cuyo diseño es el reporte de casos.

OBJETIVOS

- PRESENTAR LOS DATOS MAS RELEVANTES EN LA HISTORIA DE LA CESAREA HISTERECTOMIA E HISTERECTOMIA OBSTETRICA.
- CONOCER LA FRECUENCIA DE CESAREA HISTERECTOMIA E HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO EN LOS AÑOS COMPRENDIDOS DE 1975 A 1996
- ENUMERAR LAS PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA HISTERECTOMIA E HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.
- AGRUPAR LOS CASOS DE CESAREA HISTERECTOMIA E HISTERECTOMIA OBSTETRICA DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO SEGÚN LAS INDICACIONES Y CLASIFICACION ACTUALMENTE ACEPTADAS PARA ESTAS DOS ENTIDADES.
- CONOCER EL PRINCIPAL TIPO DE HISTERECTOMIA REALIZADA EN ESTA INSTITUCION, ASI COMO MENCIONAR LAS VENTAJAS DE UNA SOBRE LA OTRA.
- DESCRIBIR Y CONFIRMAR LOS CAMBIOS ANATOMICOS DEL UTERO GRAVIDO.
- DESCRIBIR LAS TECNICAS QUIRURGICAS MAS APROPIADAS QUE DEBEN CONOCER TODOS LOS OBSTETRAS PARA LA REALIZACION DE ESTE TIPO DE URGENCIAS MEDICAS.
- CONOCER LAS OTRAS MEDIDAS MEDICAS Y QUIRURGICAS ANTES DE LA REALIZACION DE CESAREA HISTERECTOMIA O HISTERECTOMIA OBSTETRICA.
- DETERMINAR CUALES FUERON LAS COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS DE LA CESAREA HISTERECTOMIA E HISTERECTOMIA OBSTETRICA Y COMPARARLAS CON LOS REPORTES DE LA LITERATURA MUNDIAL.
- COMPARAR LA MORBIMORALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO CON LA LITERATURA EXISTENTE.
- DESCRIBIR LA IMPORTANCIA DE ESTE TIPO DE URGENCIAS EN LA OBSTETRICIA.
- CONOCER LAS EDADES MATERNAS Y SEMANAS DE GESTACION EN EL MOMENTO DEL EVENTO.

EVOLUCION HISTORICA

EDUARDO PORRO NO FUE EL PRIMERO en concebir la idea de extirpar el útero al practicar operación cesárea. El primero fue **JOSEPH CAVALLINI**, de Florencia, quien en 1768 sugirió extirpar el útero fundándose en experimentación en animales, y se convenció de que esta operación no sólo era posible sino bien pudiera ser ventajosa para la madre. Propuso la posibilidad de usarla en la mujer embarazada, pero nunca llegó a efectuar la operación. Sin embargo, la audaz proposición de Cavallini animó a sus sucesores para tomar en cuenta las potencialidades de la operación ¹.

En 1809, en un artículo en Lucina de Siebold, **G.P. MICHAELIS**, señaló no sólo las posibilidades de cesárea hysterectomía después de extraer al producto, sino también afirmó que se había hecho inadvertidamente en más de una ocasión. Insistió en que, en la mayor parte de los casos, el restablecimiento materno pareció ser mejor que después del trabajo duradero y el nacimiento por la vía natural. Como resultado de sus observaciones, aconsejó utilizar la operación pero, al igual que Cavallini nunca pudo efectuarla en una mujer ¹.

Es sorprendente, considerando la alta mortalidad de la operación cesárea en Inglaterra, que nadie tuviera el valor de efectuar cesárea hysterectomía.

En 1863 **FESER**, logró salvar dos de cuatro perras después de extirpar el útero.

Los experimentos en animales aportaban indudablemente el desarrollo de la cesárea hysterectomía.

HORATIO STORER, efectuó y publicó su primera hysterectomía subtotal después de operación cesárea en 1869. En caso de que Storer hubiera tenido la fortuna de que la paciente sobreviviera a este empeño quirúrgico audaz, su nombre, y no el de Porro, hubiera sido registrado en los anales de la historia, ⁶

EDUARDO PORRO, era un hombre tranquilo, sensato y de 38 años de edad, cuando cuidadosa y concienzudamente pensó en la técnica y después efectuó operación cesárea seguida de hysterectomía subtotal en una enana que, cosa curiosa, se llamaba, **JULIA CAVALLINI DE CAMBOLÓ** ¹.

El parto comenzó el 21 de Mayo de 1876 en una primípara de 25 años de edad, de 142 cm de talla y pelvis notablemente deforme a causa del raquitismo. Estuvo en el hospital bajo vigilancia 24 días antes de la operación, que comenzó después que el trabajo de parto había estado en progreso siete horas. El útero se abrió in situ y se extrajo una niña viva de 3300g. Después de separar la placenta, sobre el cuello del útero se pasó un instrumento llamado constrictor de Cintrat, para incluir un ovario y una trompa de Falopio. El alambre se apretó lo suficiente para cohibir la hemorragia y el útero se seccionó; después se limpió la cavidad abdominal con compresas fenicadas y se introdujeron tubos de drenaje a través de la pared abdominal y del fondo de saco de Douglas; estos se sacaron a la vagina. El muñón o pedículo se sacó por la herida abdominal, la cual se suturó con alambre de plata. Se

practicaron toques con cloruro de hierro, del muñón y todo el aparato constrictor se dejó fuera de la herida.

La paciente fue cuidadosamente vigilada en el postoperatorio por el mismo Dr. Porro y durante las primeras 24hr se le administró champaña y láudano. Los puntos abdominales se quitaron después de una semana, la porción estrangulada del pedículo se desprendió y esfaceló al final de otros siete días, y la paciente curó en cuarenta días.

En 1876 el Profesor PORRO publicó su famosa monografía intitulada: "DEL " **AMPUTAZIONE UTERO-OVARICA COME COMPLEMENTO DI TAGLIO CESAREA**". Y desde entonces la operación se llama **OPERACIÓN DE PORRO** ⁷.

Como era lógico esperar, las nuevas de esta operación despertaron gran interés. En todos los casos, *la indicación principal para operación Porro fue impedir la muerte de la madre por infección y hemorragia después de operación cesárea.*

En los primeros meses de 1877, fue efectuada por el profesor Inzana de Parma, Italia, por Hegar de Freiburg, Alemania pero las pacientes murieron aunque se salvaron dos niños.

En 1878, **MÜLLER**, fue el primero en proponer una modificación importante, el profesor Müller de Berna, Suiza, sugirió **SACAR EL UTERO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL** antes de practicar una incisión en el mismo, al tiempo que hacía constricción de la base con un tubo elástico.

El propósito de extirpar el útero del abdomen antes de evacuar su contenido era cohibir la hemorragia en etapa más temprana y disminuir el peligro de que el contenido pútrido escapara hacia la cavidad abdominal. La principal desventaja era incisión abdominal extensa, también había peligro de asfixia del niño al utilizar el torniquete elástico ⁸.

La eventración del útero antes de abrirlo para extraer al feto indudablemente protegió a la cavidad abdominal de contaminación masiva por el contenido de la matriz. El uso del tubo elástico impidió hemorragia importante. Estas añadiduras a la operación original tuvo muchos partidarios según se manifiesta en la literatura de la época.

TARNIER, el inventor del fórceps de tracción axil, en 1879 efectuó la primera cesárea hysterectomía con éxito en Francia, valiéndose de un cierra nudos de Koeberle.

En 1879, **ROBERT P. HARRIS**, informó de 29 casos de operación Porro. En éste primer informe estadístico sobre C-H, señaló que su utilidad se consideraba bajo los siguientes aspectos

- 1 IMPIDE LA POSIBILIDAD DE ESCAPE DE LOQUIOS
- 2 ELIMINA TODAS LAS FISTULAS POR LAS CUALES PUDIERA OCURRIR INTOXICACION SEPTICA.
- 3 ELIMINA TODO PELIGRO DE INERCIA UTERINA SECUNDARIA Y DE HEMORRAGIA.
- 4 DISMINUYE EL PELIGRO DE PERITONITIS ORIGINADA EN EL UTERO.
- 5 PERMITE TRATAMIENTO ANTISEPTICO DIRECTO.
- 6 ELIMINA LA POSIBILIDAD DE PELIGRO DE PARTO ULTERIOR

En 1892, Müller, informó de una caso de **HISTERECTOMIA COMPLETA** con operación cesárea para cáncer de cuello uterino, valiéndose del método de **FREUND**. Más adelante el autor mencionó el mejor pronóstico para la madre la practicar hysterectomía vaginal en el posparto tardío ⁸

En 1900 **REED**, identificó patentemente la importancia de la C-H al enumerar una serie de indicaciones para la operación de Porro en estados Unidos de Norteamérica:

-Todos los casos en los cuales a causa del estado general, está indicada la operación cesárea y se necesita extirpar el útero.

-Cuando el niño está muerto y ha ocurrido infección del útero.

-Atresia intensa de la vagina, que impide la expulsión de loquios.

-Cáncer del cuello uterino.

-Atonia uterina y hemorragia incoercible del sitio placentario.

-Casos de rotura uterina en que la sutura de la matriz no brinda seguridad.

SOLIERI y ROGERS en 1922, usaron la HISTERECTOMIA PRECESAREA en casos de infección grave.

En esta época, el resumen de los métodos era como sigue:

1 OPERACIÓN CESAREA E HISTERECTOMIA POR LA VIA DE ACCESO ABDOMINAL UTILIZANDO LA TECNICA DE FREUND.

2 OPERACIÓN CESAREA Y SUTURA DE LA INCISION UTERINA CON CIERRE DE LA HERIDA ABDOMINAL, DESPUES DE HISTERECTOMIA VAGINAL PARA EL CANCER.

3 OPERACIÓN CESAREA SEGUIDA DE HISTERECTOMIA SUPRACERVICAL CIERRE DE LA HERIDA ABDOMINAL Y EXTIRPACION VAGINAL DEL CUELLO ENFERMO.

4 OPERACIÓN CESAREA SEGUIDA DE HISTERECTOMIA VAGINAL PARA LA LESION

5 PANHISTERECTOMIA CON EXTIRPACION DEL UTERO INTACTO. EL NIÑO Y LAS MEMBRANAS SE EXTRAIAN DESPUES DE LA HISTERECTOMIA.

J.W. HARRIS en 1922, informó acerca de 24 HISTERECTOMIAS SUPRAVAGINALES en 223 operaciones cesáreas en el Hospital Johns Hopkins, con mortalidad materna de 4.68%.

En 1941, **M. E. DAVIS**, hizo renacer gran interés en la histerectomía cesárea en un informe en que se aconsejaba modernizar la operación. Sugirió que considerando la tendencia del ataque quirúrgico sobre el útero *debería practicarse histerectomía completa* al efectuarse operación cesárea siempre que estuviera indicada la primera. La técnica fue descrita e insistió en los detalles de la operación para mejorarla e impedir los accidentes en el postoperatorio⁹

En 1953, **DYER** informó de 84 casos después de operación cesárea. Las indicaciones fueron semejantes a las aceptadas en general para el procedimiento subtotal, incluso para la operación de Porro.

La operación cesárea se efectuó valiéndose de una *INCISION CERVICAL TRANSVERSAL*. Se identificó la unión cervico-vaginal al introducir un dedo en la vagina a través del conducto cervical.

Se asentó que una *CICATRIZ INADECUADA EN LA PARED UTERINA* era indicación para C-H. La presentación de este trabajo justificó indiscutiblemente el apoyo para modernizar la C-H valiéndose de histerectomía total.

En México, la primera cesárea-histerectomía fue realizada el 12 de Marzo de 1884 por el **DR. JUAN MARIA RODRIGUEZ** en la cual madre falleció y el producto sobrevivió a la operación; intervinieron como ayudantes ilustres médicos como el **DR. EDUARDO VERTIZ**, el **DR. LICEAGA**, el **DR. LAVISTA** y el **DR. ANDRADE**. Dicha cirugía fue efectuada en el Hospital de San Andrés.

El **DR. FERNANDO ZARRAGA**, en 1904, en México realizó la primera Histerectomía-obstétrica con éxito ⁴⁷.

BRADBURY, en *Western Journal of Surgery*, en 1955, destacó mejoras de la técnica quirúrgica empleada hasta esos días en la histerectomía total, durante la operación que todavía son auxiliares importantes y valiosas hasta hoy.

Mickal A. y **Plauché W C.** En 1985, Publicaron un artículo de cesárea histerectomía en el que describen la técnica quirúrgica que es de mayor utilidad y de más uso hasta nuestros días ⁵⁷.

ESTADISTICAS

En 1880, **HARRIS** resumió la distribución geográfica de las primeras cincuenta operaciones cesáreas con ovariectomía e histerectomía, entre las cuales 21 madres se salvaron y sobrevivieron cuarenta y tres fetos ⁵⁵.

PAISES EN QUE SE EFECTUARON LAS PRIMERAS 50 OPERACIONES CESAREA-HISTERECTOMIA.

<u>PAIS</u>	<u>NUMERO DE CASOS</u>
ITALIA	23
AUSTRIA	11
FRANCIA	4
ALEMANIA	4
EUA	2
BELGICA	2
SUIZA	1

En 1945, **WILSON** publicó un informe acerca de cesárea histerectomía donde la frecuencia fue de 8.7 % en todas las operaciones cesáreas de la Universidad de Rochester. las indicaciones fueron miomatosis uterina, hemorragia uterina incoercible, infección intraparto y esterilización.

REIS y DE COSTA en 1947, informaron frecuencia de 2.5% de cesárea histerectomía de 2500 operaciones cesáreas.

El primer caso de **CESAREA HISTERECTOMIA TOTAL ELECTIVA** en Chicago, se practicó en 1947 según Davis. La frecuencia fue de diecinueve por cien histerectomías entre setecientas treinta y seis operaciones cesáreas, por las siguientes indicaciones:

- 1) Terminar la fecundidad.
- 2) Extirpar el útero anormal.
- 3) En toda mujer cerca de la etapa reproductora en quien el útero carecía de función normal o útil. ⁹

En la serie de revisión de "1000 OPERACIONES CONSECUTIVAS EN EL HOSPITAL DE CHARITY" se reporta de 1938 a 1959 ochocientas histerectomías por indicación electiva y doscientas por indicación urgente según la clasificación de **BOWMAN, BARCLAY y WHITE**

¹⁰, observándose un gran aumento de la indicación electiva para los años de 1952 a 1959 con 572 casos.

Entre 19.048 operaciones cesáreas incluidas en la revisión en colaboración de ESTADÍSTICAS OBSTÉTRICAS, dos punto nueve por ciento fueron C-H. Las cifras variaban en distintas clínicas según los conceptos que se utilizaban para esterilización.

En el Hospital Charity de Nuevo Orleans de 1975 a 1985 se realizaron 145 cesáreas histerectomías. De las cuales el 37% correspondió a indicaciones electivas y el 32% a indicaciones de urgencia, y un 31% a indicaciones de no urgencia pero asociadas a condiciones ginecológicas como miomas, cáncer cervicouterino, enfermedad aneural y dehiscencia de cicatriz uterina, ¹¹.

De 1980 a 1990 en el Hospital Mangiagalli, Milan. Se realizaron 50 histerectomías (0.12%), el 60% fueron C-H, el 28% H-O después del parto vaginal. Solo siete casos fueron por indicación electiva (cuatro por neoplásia y tres por miomas) ¹².

La incidencia de cesárea histerectomía fue de 2.7/1000 en el reporte de la Universidad de Budapest entre el periodo de 1990 y 1995 ¹³.

La incidencia de histerectomía periparto de urgencia ha variado mucho en informes de la experiencia de diferentes hospitales, por ejemplo:

La frecuencia es inferior al 0.5% de todos los partos en la mayoría de los servicios Españoles (Instituto Dexeus de 1965 a 1984).

Entre otros reportes se menciona una frecuencia de 1 en 331 partos de un total de 35.172 en los años de 1988 a 1992 ¹⁴.

Los estudios en Estados Unidos de Norteamérica señalan una tasa de casi 1.5 en 1000 partos siendo la cesárea un factor de riesgo principal ^{15,16}.

La histerectomía después de cesárea fue de 8.3 en 1000 y 0.087 en 1000 después del parto vaginal. En 94.5% de las pacientes se efectuó cesárea y 66.7% tenía antecedentes de cesárea previa.

INDICACIONES

La histerectomía inmediatamente después de la operación cesárea se aconsejó originalmente *para disminuir la mortalidad por hemorragia y sepsis* tras el parto por vía abdominal. La primera cesárea histerectomía se practicó hace más de una centuria. Después de 1882 aproximadamente disminuyó la necesidad para efectuar este procedimiento, por virtud del advenimiento del cierre del útero con puntos y de las técnicas quirúrgicas asépticas¹⁸.

La indicación principal para esta operación en lo pasado, según señaló **WILLIAMS** en 1921 era *OPERACIÓN CESAREA EN ETAPA AVANZADA DEL TRABAJO DE PARTO*, sobre todo si había signos de *INFECCION* intraparto. Sin embargo, en 1944, **BRISCOE** mencionó que la infección había dejado de ser la indicación más frecuente. Después de 1952, **KOBUY y COLS**. Prácticamente eliminaron la necesidad de C-H en el tratamiento de la infección puerperal, fuesen cuales fuesen su tipo e intensidad. Algunos médicos aun recordaban a la operación cesárea extraperitoneal y a la antibioticoterapia para los casos de infección intraparto masiva.

SCHNEIDER y COLS⁵⁶, empleaban la operación para dos grupos:

1. *Pacientes con anomalías uterinas.*
2. *Operaciones múltiples y mujeres que desean esterilización después de la cesárea exigida, por virtud de problemas obstétricos intercurrentes.*

H.L. **RIVA**³⁹ del Departamento de Ginecología y Obstetricia en Newark, Nueva Jersey. Publicó un artículo titulado 'INDICACIONES Y TECNICAS PARA CESAREA HISTERECTOMIA', donde menciona las indicaciones valaderas para el procedimiento obligado que serian en ese tiempo las siguientes:

- A) *Hemorragia uterina incoercible o hematomas voluminosos después de operación cesárea.*
- B) *Utero miornatoso que por si mismo exige histerectomía.*
- C) *Cicatrices netamente anormales de operaciones previas, miomectomías o resección de una trompa en su nacimiento, con rotura o sin ella; rotura no concomitante con embarazo previo sin concomitante con traumatismo externo o de tipo espontáneo.*
- D) *Carcinoma del útero o de la vagina en Estadio 0, I, IIa.*
- E) *Placenta accreta descubierta al efectuar operación cesárea*

F) Estenosis cervical o vaginal.

G) Casos poco frecuentes de sepsis intraparto fulminante y no susceptible.

H) Algunos estados médicos en que no conviene que continúe la menstruación. Quizá algunos casos de toxemia gravídica.

LASH y CUMMINGS, en 1935 revisaron las indicaciones para histerectomía al efectuar operación cesárea. Incluyeron las siguientes:

1. Infección.
2. Anemia aguda (HEMORRAGIA).
3. Nefritis crónica.
4. Tuberculosis.
5. Todo caso en que esta indicada la esterilización.

Este fue uno de los primeros trabajos en que se ampliaron las indicaciones de la operación con fundamentos que podían defenderse. Las ampliaciones anteriores habían sido bastante limitadas.

SANDBURG, HALLOT y HIRSCH, en 1958 aconsejaron abiertamente utilizar cesárea histerectomía para ESTERILIZACION y presentaron casos clínicos.

Cada uno de ellos destacó las posibles complicaciones y comparó el procedimiento con la ligadura tubaria.

En 1959 **MONTAGUE**, defendió la cesárea histerectomía como procedimiento de elección para esterilizar y **WEED** señaló la mayor frecuencia de problemas ginecológicos relacionados con el útero que se había sometido a operaciones cesáreas.

En el Hospital de Boston para mujeres se efectuaron en total 113 cesáreas histerectomías desde la primera operación en 1938 hasta 1968.

La indicación por operación cesárea en la primera paciente consistió en toxémia grave y placenta previa con hemorragia. Antes de 1959, doce de los trece casos se emprendieron para salvar la vida, y sólo uno para esterilización.

A partir de 1959, treinta y seis de las histerectomías se practicaron por indicaciones obstétricas semejantes, las 64 restantes fueron motivadas por esterilización.

En los primeros años del quinto decenio del Siglo XX disminuyó aun más esta necesidad al tener mejores procedimientos de bancos de sangre y disponer de antimicrobianos. En el decenio siguiente aumentó mucho la inocuidad de los procedimientos quirúrgicos selectivos, y en 1951 **DAVIS** informó que la cesárea histerectomía completa: Era un adelanto lógico en la cirugía obstétrica actual.

Aconsejó C-H para extirpación del útero enfermo para esterilización, por indicaciones médicas o sencillamente para extirpar el útero en mujeres maduras que no desean tener más hijos.⁹

Es interesante que la indicación original para la histerectomía al efectuar operación cesárea, extirpar el útero – fuente de infección o de hemorragia – con el propósito de disminuir la mortalidad materna fue substituida en el sexto y séptimo decenios del Siglo XX por el uso de histerectomías para impedir embarazos ulteriores y evitar exponer a la misma mujer al riesgo de operación cesárea dos o tres veces. Al mismo tiempo, se insistió en fomentar el concepto de *extirpar el útero enfermo fundándose en cicatrices múltiples quirúrgicas en la pared anterior, y en el mayor número de complicaciones ginecológicas* después de operación cesárea en estos úteros. Sin embargo, las conclusiones más recientes son que **LA OPERACIÓN NO DEBE PRACTICARSE EXCLUSIVAMENTE PARA ESTERILIZACIÓN,** pues entraña mayores riesgos y morbilidad que la operación cesárea con ligadura tubaria.

En el Hospital para Mujeres de Brigham de 1983 a 1991, las indicaciones de urgencia fueron: placentación con adherencia anormal en el 64%, atonía uterina 21%; otras causas 17%.

La ruptura uterina contribuyó con 10 de 117 casos, las otras indicaciones fueron sepsis, fibromas, y extensión de la cicatriz uterina. Los principales factores de riesgo según estos autores son **PARIDAD y PARTO PRETERMINO.** El primero dependiente de cesárea y placenta previa.

Las nulíparas tenían riesgo de histerectomía de 0.43 en 1000 partos y multiparas una tasa de 6.57 en 1000 partos, y en mujeres que han tenido partos esta tasa aumenta a 210 en 1000 si hay placenta previa y 65 en 1000 si existe antecedente de cesárea ¹⁵.

Estudios en los diez últimos años muestran un porcentaje creciente de histerectomía por placenta accreta y percreta. En un 49% en la Universidad de Southern, California de 1985 a 1990 un informe señaló a la atonía uterina como la indicación más frecuente de cesárea histerectomía con un 43%.

Entre otras de las publicaciones más recientes se encuentran la del Departamento de Ginecología Semmelweis en la Universidad de Budapest. Entre el 1º de Julio de 1990 y el 30 de Enero de 1995 se atendieron 12,227 nacimientos, el 22% por vía cesárea y se realizaron 34 C-H, nueve H-O por parto complicado, otros nueve casos durante la cesárea electiva y en dieciséis como C-H de urgencia, con una incidencia de 2.7/1000 casos de C-H. La placenta accreta, inccreta adherencia placentaria, placenta previa, atonía uterina, dehiscencia de cicatriz antigua, ruptura uterina, sepsis, DPPNI; fueron las indicaciones de urgencia y dentro de las electivas se menciona a los miomas uterinos, cáncer cervicouterino y tumor ovárico ¹³.

Para el Centro Médico Samaritan de Milwaukee, Wisconsin entre Junio del 84 y Enero del 94 la placenta accreta fue la indicación más común de histerectomía posparto. Siendo la placenta previa y la cesárea anterior los factores de riesgo considerados ¹⁹.

De 1981 a 1993 en la maternidad de Kuwait hubo 66 casos de placenta accreta. De los cuales en el 87.5% se requirió de cesárea histerectomía de urgencia ¹⁴.

En el INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA de 1985 a 1995 se presentaron 676 pacientes que requirieron H-O. El 34.8% tenía cesárea anterior y la placenta previa fue la

causa número 1 con un 34.5% para su indicación, seguida de atonía con un 32%, deciduometritis con 6.3% y ruptura uterina en un 4.5%¹⁷.

CLASIFICACION

No podemos dejar de mencionar que una de las CLASIFICACIONES más aceptadas en estos tiempos es la emitida por **BOWMAN, BARCLAY y WHITE** ¹⁰. Los cuales dijeron que las indicaciones para cesárea histerectomía debían clasificarse en dos grupos: ELECTIVAS Y DE URGENCIA.

INDICACIONES PARA CESAREA HISTERECTOMIA ELECTIVA

CICATRIZ UTERINA DEFECTUOSA
ESTERILIZACION
FIBROMAS UTERINOS
INFECCION INTRAPARTO
ADHERENCIAS MULTIPLES
CANCER
DIVERSAS
DAÑO EXTENSO DEL UTERO NO CONCOMITANTE CON
HEMORRAGIA

Según Bowman, Barclay y White ¹⁰.

INDICACIONES PARA CESAREA HISTERECTOMIA DE URGENCIA

UTERO DE COUVELAIRE
ROTURA UTERINA
HEMORRAGIA INCOERCIBLE POR PLACENTA PREVIA
ATONIA UTERINA
EXTENSION DE LA INCISION
PLACENTA ACCRETA
HEMORRAGIA INCOERCIBLE
OTRAS CAUSAS

Según Bowman, Barclay y White¹⁰.

En esta publicación de los Drs. Bowman, y cols. del reporte de 1,000 operaciones consecutivas en el Charity Hospital de Nueva Orleans. Encontraron que la histerectomía de urgencia se efectuó para cohibir hemorragia. En el 86% de los casos de estas cirugías fueron practicadas después de operación cesárea. La causa más frecuente (48%) de hemorragia incoercible fue útero de Couvelaire concomitante con Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta; en todos los casos el útero no se contrajo después de la administración de oxitócicos y dar masaje al fondo uterino.

Para la cesárea histerectomía electiva la indicación más frecuente fue de cicatriz uterina defectuosa, la esterilización en segundo lugar.

En cuanto a las **INDICACIONES DE HISTERECTOMIA POSPARTO** se han clasificado también en dos grupos: *INDISCUTIBLES* y *DISCUTIBLES*.

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA INDISCUTIBLES:

1. PLACENTA ACRETA.
2. PLACENTA PREVIA CON HEMORRAGIA QUE NO CEDE CON LOS RECURSOS HABITUALES.
3. ROTURA UTERINA (incluido desgarro cervical extendido al segmento inferior, lesiones parametriales).

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA DISCUTIBLES:

1. ATONIA UTERINA.
2. TRASTORNOS DE LA COAGULACION (hipofibrinogenemia, fibrinólisis).

Como hemos visto las clasificaciones de cesárea hysterectomía e hysterectomía obstétrica han variado desde su aparición hasta nuestros días debido a las mejoras en los procedimientos de bancos de sangre y disponer de nuevos y mejores antimicrobianos.

Siendo así que dos de las publicaciones más recientes hacen mención que deben ser clasificadas como: A) *LIGADAS AL EMBARAZO, AL PARTO O AL PUERPERIO* (Enciclopedia Médica Quirúrgica ³⁸). Y/o

B) *URGENCIA, NO URGENCIA Y ELECTIVAS* como la propuesta en las Clínicas Obstétricas de Norteamérica

INDICACIONES LIGADAS AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:

LESIONES TRAUMATICAS

- 1) RUPTURA UTERINA (Del 15 al 93% de histerectomías) ²⁰.
- 2) DESGARRO DEL TRACTO VAGINAL (del 9 al 37%) ^{21,22}.
- 3) HEMORRAGIAS ^{23 al 27}.
- 4) HEMATOMA RETROPLACENTARIO (del 4 al 60%) ^{28,29}.
- 5) PLACENTA ACCRETA (del 40 al 60%) ²⁰.
- 6) PLACENTA PREVIA (del 8 al 77%) ^{20,30}.
- 7) ATONIA UTERINA (del 5 al 43%) ^{31,32}.
- 8) INVERSION UTERINA ³³.
- 9) HEMORRAGIA DE ETIOLOGIA MEDICA (del 4 al 218%) ^{28,32}.
- 10) INFECCIONES (del 15 al 39%).
- 11) TROMBOFLEBITIS PELVIANA.
- 12) CESAREA.

En esta misma clasificación se hace mención de otros dos tipos:

EXTRA-OBSTETRICAS

1. AFECCIONES GENITALES BENIGNAS Y MALIGNAS.

Indicadas por una afección independiente del embarazo las cuales son imposibles de tratar
sissacrificar el útero.

DE INDICACION MIXTA

- 1) CESAREA Y MIOMAS
- 2) ESTERILIZACION
- 3) GRAN MULTIPARA

Son indicaciones relativas de histerectomía

INDICACIONES DE URGENCIA, NO URGENCIA Y ELECTIVAS

DE URGENCIA:

- A) HEMORRAGIA UTERINA: * **PROBLEMAS PLACENTARIOS**
(*Placenta previa, DPPNI, placenta accreta*).
* **RUPTURA UTERINA.**
* **ATONIA POSTPARTO.**
* **EXTENSION DE LA INCISION.**

NO URGENCIA:

- A) MIOMAS.
B) CANCER CERVICOUTERINO.
C) ENFERMEDAD ANEXIAL.
D) DEHISCENCIA DE CICATRIZ.

ELECTIVAS:

- A) ESTERILIZACION

CAMBIOS ANATOMICOS DEL UTERO GRAVIDO

Las modificaciones ligadas al embarazo son debidas inicialmente al volumen del útero y al aumento considerable de la vascularización de los órganos genitales. Es indispensable conocer la anatomía grávida de esta región:

AL FINAL DEL EMBARAZO

- Los cuernos uterinos son más bajos y extendidos.
- Los ligamentos redondos son alargados e hipertrofiados.
- Hay dextrorrotación del útero la cual extiende el ligamento redondo izquierdo.
- Los ligamentos uterosacros se verticalizan.
- La vejiga tiende a descender.
- El uréter esta pegado a la cara lateral sobre la cúpula vaginal, a la izquierda avanza sobre la cara anterolateral del segmento inferior.
- El cuello es maduro, blando y el trabajo de parto le hace perder en espesor y longitud.

LAS RELACIONES

- Adelante, la pared abdominal.
- Atrás, la columna y el Psoas sobre el cual corre el uréter.
- Arriba, el colon transverso, estómago, duodeno, páncreas e hígado.
- Lateralmente, las relaciones son cólicas.

VASOS SANGUINEOS

- El gasto sanguíneo es multiplicado por diez
- La arteria uterina está más alejada de la vagina y del uréter y su calibre aumenta

- La arteria ovárica dobla de volumen y su calibre es mayor.
- La arteria funicular es de menor importancia.
- Las venas presentan una hipertrofia considerable a nivel del cuerpo uterino.

MEDIDAS MEDICAS Y QUIRURGICAS

La histerectomía es practicada cuando las medidas médicas y quirúrgicas conservadoras no permiten frenar la hemorragia. En esas entidades antes de proceder debemos agotar los recursos conservadores.:

Debemos hacer todo lo practicable para que la paciente llegue a la cirugía en el estado médico óptimo. Se presta especial atención a corregir la anemia, es obligado disponer de 2 a 3 unidades de sangre.

En mujeres en quienes se planea C-H electiva debe hacerse lo posible para asegurar que *el feto este suficientemente maduro para sobrevivir.*

Es innecesario el ambiente de urgencia que a menudo se manifiesta en el quirófano cuando va a efectuarse C-H. Es importante proceder con la misma actitud tranquila, que al efectuar una histerectomía en la no embarazada.

Entre las medidas médicas la reanimación ocupa un lugar importante. Por supuesto que estas maniobras deben ir acompañadas de apoyo de un goteo oxitócico, masaje uterino, limpieza de la cavidad uterina llegando incluso a realizar un legrado uterino instrumentado, utilización de ergonovínicos, y de las más adecuadas medidas terapéuticas encaminadas a restablecer una normal coagulabilidad de la sangre (restitución de volémia, fibrinógeno en la hipofibrinogenemia, antifibrinolíticos, etcétera).

LA RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA sería la etapa siguiente, medio interesante ya que las embolizaciones arteriales son eficaces y no comprometen el futuro obstétrico. Sin embargo, en México son pocos los hospitales y aún menos la experiencia que se tiene en este tipo de tratamientos que en un futuro disminuirán aún más la utilización de histerectomía.

ROSENTHAL y COLS. Sugirieron esta embolización transcatéter selectiva en la hemorragia vaginal masiva, con esta técnica se consigue una ligadura no quirúrgica. Puede efectuarse por vía transfemoral, transbraquial o directamente en la aorta. El material embolizado es el Gelfoam, cuyo desplazamiento se sigue mediante arteriogramas secuenciales³⁴

Todos estos tratamientos dependen para su realización de ciertas condiciones.

Las posibilidades materiales, la disposición de un local adaptado y el tiempo disponibles. Son necesarios productos sanguíneos, reanimadores y un servicio de radiología vascular e intervencionista y de radiólogos experimentados en las técnicas de embolización

Como medios quirúrgicos alternativos han sido propuestos dos procedimientos:

2) **LIGADURA DE LAS ARTERIAS UTERINAS**, propuesta por WATERS en 1952³⁵ y posteriormete por BOISSELIER y COLS. En 1981. TSIRULNIKOV en 1970, 1979 y 1981 sugiere completar esta ligadura con la de los ligamentos redondos y úteroováricos³⁶

1) **LIGADURA DE LA ARTERIA ILIACA INTERNA (BINDER y MITCHELL en 1961)**. La cual permite detener la hemorragia sin provocar *necrosis* y evitando la mutilación del órgano. Tanto es así que se han descrito embarazos tras su ligadura bilateral. A veces, la ligadura pasajera o permanente, de la arteria iliaca interna puede combinarse con la histerectomía, al igual que la transfusión intrarterial (Riva, 1969). En las rarísimas ocasiones en que la mujer sigue perdiendo después de la histerectomía, la ligadura de las hipogástricas puede constituir un recurso heroico para intentar salvar la vida de la paciente.han descrito embarazos tras su ligadura bilateral. También tras la ligadura por Tsirulnikov.

Solo entonces después del fallo de este tipo de procedimientos se procederá a la extirpación del útero.

TECNICAS QUIRURGICAS

EDUARDO PORRO FUE EL PRIMERO en realizar la cesárea hysterectomía con éxito, y en su técnica original realizó una incisión abdominal, abrió el útero y extrajo al niño y la placenta, después ligó el útero con cierra nudos y lo extirpó. Fijo el pedículo pinzándolo a la herida abdominal y dejó tubos de drenaje por el fondo de saco de Douglas y la vagina.

Dos años más tarde en 1878 **MÜLLER** propuso modificaciones a la técnica original que consistían en realizar una incisión abdominal amplia, sacar el útero de la cavidad abdominal, ligarlo con cierra - nudos o lazo de metal; abrir el útero, extraer al producto y la placenta. Fijar luego el pedículo a la herida abdominal y dejar también tubos de drenaje al fondo de saco de Douglas.

En 1880 **TAYLOR** propuso **HUNDIR EL MUÑÓN** realizó también incisión abdominal, abría el útero y extraía exclusivamente al niño. Ligando el útero con cordón resistente de manera pasajera, luego con sutura de zapatero de 2.5cm por abajo para el cierre permanente. Extirpaba el útero con la placenta con tijera o bisturí y por último dejaba el pedículo en la cavidad abdominal sin dejar drenes.

SPENCER WELLS, también informo en 1881 la realización de cesárea hysterectomía en forma completa.

GODSON, en 1884 realizó una incisión uterina transversal que se amplió lateralmente por tracción y se practicó en la unión del cuerpo y el segmento inferior. La noción de practicar este tipo de incisión bien pudiera considerarse precursora de la incisión transversal en el segmento inferior, como se usa en la actualidad.

LAWSON TAIT, en 1890, introdujo varias modificaciones en la técnica original. Se aceptaron muy ampliamente en Inglaterra. En tal medida que la operación llegó a conocerse con el nombre de **TAIT-PORRO**.

Se practicaba una incisión de 10 cm de longitud, y una incisión pequeña en el útero, que permitiera introducir un dedo. Por desgarró suave con el dedo se agrandaba lo suficiente para extraer en primer lugar los pies del niño. Después de separar la placenta, el útero que entonces estaba contraído, se sacaba de la herida. Después de aseo completo del peritoneo, se ponían puntos de la manera corriente, para cerrar la herida abdominal con exactitud alrededor del muñón. Entonces se cortaba el útero, se aplicaba sobre el muñón percloruro de hierro y se cubría con una apósito.

VON WAERZ también describió su mejora en la técnica en 1892. En casos de operación cesárea temprana y aséptica. Se ligaba cada uno de los vasos, se cauterizaba el muñón cervical y se peritonizaba. La marsupialización del cuello se reservaba para los casos de infección o potencialmente infectados.

BRADBURY, en *Western Journal of Surgery*, en 1955, destacó mejoras de la técnica en la histerectomía total durante la operación que todavía son auxiliares importantes y valiosos de la técnica quirúrgica a saber:

1. Valerse de la vía de acceso del fondo de saco de Douglas, lo cual permite extirpar el cuello con menor manipulación.
2. Sutura continua entrelazada con catgut crómico en el fondo del manguito vaginal, que permita regular mejor la vascularidad.
3. Coaptación de los ligamentos uterosacros para cerrar el fondo de saco vaginal posterior y disminuir la posibilidad de enterocele.
4. Fijación de los ángulos de la vagina a los ligamentos cardinales.
5. La suspensión de los ovarios a los ligamentos redondos, impide la dispareunia.

Los cambios a la técnica original de Porro han sido aceptados a través de los años con miras a la mejora de la alta mortalidad materna y fetal reinante en esos días.

Hoy en día deben tomarse en cuenta las siguientes consideraciones más recientes y prácticas:

A) **VIAS DE ACCESO:** -La histerectomía es practicada durante o después de una cesárea la vía de acceso es la de la cesárea.

-La incisión es practicada fuera del parto, la incisión puede ser transversal (Pfannenstiel), o media en función de las preferencias del cirujano.

B) **INTERVENCION:** -La separación vesicouterina debe ser suficiente pero sin exageración debido a las condiciones anatómicas del útero grávido (separación de ureteres) y a los riesgos hemorrágicos.

-Dejar el lecho operatorio y una superficie de sección seca, ya sea subtotal, la cual es más rápida y "fácil" y es la de elección en las grandes urgencias, aunque ella puede dejar zonas potencialmente hemorrágicas.

-O bien histerectomía total que "dura" más tiempo y es más hemorrágica.

-Rápido pinzamiento de los ligamentos redondos, trompas, ligamentos uteroováricos y arterias uterinas. Sección de estos pedículos (aplicando pinzas del lado uterina y dobles ligaduras sobre todo en ligamentos redondos).

-Sección de la zona avascular de los ligamentos anchos hasta las uterinas.

-Al rechazar la vejiga identificar los uréteres. Extender la disección hasta llegar a la vagina, ligamentos cardinales y uterosacros.

-Apertura de la cúpula anterior y exéresis del órgano.

El resto de los tiempos quirúrgicos se practica de la manera habitual.

Si la hemostasis no es completa se aconseja dejar un drenaje subperitoneal o un ojal vaginal de unos 3 cm de diámetro.

Extraído el feto **debe procederse inmediatamente a la extracción de la placenta**. Es un error dejarla in-situ. **El mínimo tiempo que requiere el alumbramiento manual queda compensado con la menor pérdida que se logra con el útero vacío.**

En casos de **extrema urgencia, al renunciar a la histerectomía total, se efectuara la exéresis del cuerpo uterino con sólo prolongar la incisión histerotómica hacia atrás, previo pinzamiento bilateral de los vasos.**

Si resulta difícil localizar donde termina el cuello cosa corriente en los cérvices dilatados, es una maniobra útil introducir el dedo índice por la incisión segmentaria de la cesárea. Se identifican por tracción los labios del cuello, y la apertura de la cúpula vaginal se efectúa por debajo de aquel.

El procedimiento subtotal pudiera necesitarse como primer tiempo para la operación total.

BRADBURY, en Western Journal of Surgery, en 1955, destacó mejoras de la técnica en la histerectomía total durante la operación que todavía son auxiliares importantes y valiosos de la técnica quirúrgica a saber:

1. Valerse de la vía de acceso del fondo de saco de Douglas, lo cual permite extirpar el cuello con menor manipulación.
2. Sutura continua entrelazada con catgut crómico en el fondo del manguito vaginal, que permita regular mejor la vascularidad.
3. Coaptación de los ligamentos uterosacros para cerrar el fondo de saco vaginal posterior y disminuir la posibilidad de enterocele.
4. Fijación de los ángulos de la vagina a los ligamentos cardinales.
5. La suspensión de los ovarios a los ligamentos redondos, impide la dispareunia.

Los cambios a la técnica original de Porro han sido aceptados a través de los años con miras a la mejora de la alta mortalidad materna y fetal reinante en esos días.

Hoy en día deben tomarse en cuenta las siguientes consideraciones más recientes y prácticas:

A) VIAS DE ACCESO: -La histerectomía es practicada durante o después de una cesárea a vía de acceso es la de la cesárea.

-La incisión es practicada fuera del parto, la incisión puede ser transversal (Pfannenstiel), o media en función de las preferencias del cirujano.

B) INTERVENCION: -La separación vesicouterina debe ser suficiente pero sin exageración debido a las condiciones anatómicas del útero grávido (separación de ureteres) y a los riesgos hemorrágicos.

-Dejar el techo operatorio y una superficie de sección seca, ya sea subtotal, la cual es más rápida y "fácil" y es la de elección en las grandes urgencias, aunque esta puede dejar zonas potencialmente hemorrágicas.

-O bien histerectomía total que "dura" más tiempo y es más hemorrágica.

-Rápido pinzamiento de los ligamentos redondos, trompas, ligamentos uteroováricos y arterias uterinas. Sección de estos pedículos (aplicando pinzas del lado uterina y dobles ligaduras sobre todo en ligamentos redondos).

-Sección de la zona avascular de los ligamentos anchos hasta las uterinas

-Al rechazar la vejiga identificar los uréteres. Extender la disección hasta llegar a la vagina, ligamentos cardinales y uterosacros.

-Apertura de la cúpula anterior y exéresis del órgano.

El resto de los tiempos quirúrgicos se practica de la manera habitual.

Si la hemostasis no es completa se aconseja dejar un drenaje subperitoneal o un ojal vaginal de unos 3 cm de diámetro.

Extraído el feto debe procederse inmediatamente a la extracción de la placenta. Es un error dejarla in-situ. El mínimo tiempo que requiere el alumbramiento manual queda compensado con la menor pérdida que se logra con el útero vacío.

En casos de extrema urgencia, al renunciar a la histerectomía total, se efectuara la exéresis del cuerpo uterino con sólo prolongar la incisión histerotómica hacia atrás, previo pinzamiento bilateral de los vasos.

Si resulta difícil localizar donde termina el cuello cosa corriente en los cérvices dilatados, es una maniobra útil introducir el dedo índice por la incisión segmentaria de la cesárea. Se identifican por tracción los labios del cuello, y la apertura de la cúpula vaginal se efectúa por debajo de aquel.

El procedimiento subtotal pudiera necesitarse como primer tiempo para la operación total.

COMPLICACIONES

Es difícil precisar la magnitud del peligro de cesárea hysterectomía fundándose en la lectura de un trabajo, por las grandes variaciones en cuanto indicaciones para hysterectomía estado socioeconómico de la población clínica de varias instituciones y experiencia del cirujano.

Al revisar la literatura no pretendo incluir todas las publicaciones acerca de cesárea hysterectomía. Nuestra actitud ha sido selectiva e incluimos publicaciones de la literatura Estadounidense en que se informan series numerosas.

En primer lugar, hay acuerdo casi general que, de ser posible, conviene más la hysterectomía total que la subtotal. En segundo lugar, las indicaciones operatorias se han ampliado desde el ámbito de los casos indiscutiblemente indicados hasta aquel de la variante electiva.

El reporte de las primeras 1000 operaciones consecutivas en el Hospital Charity de Nuevo Orleans muestra que en el 90% de los casos no ocurrieron complicaciones transoperatorias y en el 5.9% hubo hemorragia excesiva dependiente de la técnica quirúrgica. En 4.2% hubo lesión vesical (41 casos de cesárea hysterectomía electiva y solo un caso de urgencia) En el 0-4% lesión ureteral así como complicaciones diversas en el 1.5% de las pacientes.

Para **Bowman, Barclay y White**, las complicaciones posoperatorias se vieron en un 15.7% por infección de vías urinarias, 5.8% infección de herida / dehiscencia; 5.7% íleo paralítico, 3.7% hemorragia posoperatoria, 3% absceso pélvico, etcétera. El 59.7% no presentó complicaciones ni morbilidad.

Otro de los reportes del hospital Charity muestra que en las complicaciones quirúrgicas de 384 casos, en el 13% se presentó choque hipovolémico, en 5.2% desgarró vesical, hematomas en un 4.3%. Llamando la atención que en más del 50% de los casos de choque hipovolémico fueron en cesárea hysterectomía electivas.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias reporta infección de vías urinarias en 28%, infección del manguito vaginal 14%, atelectasia 4-9%, infección de la herida 4.4% íleo 2.8% hematomas 3%, etcétera.

Las supuraciones profundas subperitoneales sobre la sección de la hysterectomía o intraperitoneales pelvianas pueden causar problemas de diagnóstico o de terapéutica.

Las complicaciones tromboembólicas son de toda cirugía pelviana y más frecuentes en caso de intervención hemorrágica y de inmovilización prolongada.

La cesárea hysterectomía de urgencia se vincula con tasas considerables de morbilidad. En muchos grupos se encuentra una pérdida de sangre promedio de 2 a 3 litros y casi todas requieren transfusión.

En el estudio de **STANCO y COLS**, 87% perdió más de 2000ml y en todas se requirió transfusión con un promedio de 2 unidades.

Varios grupos muestran menor pérdida sanguínea y requerimiento de transfusión cuando se compara la C-H electiva con la de urgencia.

La electiva rara vez se ha realizado en Estados Unidos en años recientes, por la preocupación de morbilidad adicional con respecto a la cesárea sola. Los investigadores señalan un riesgo de 5 a 10% de ovariectomía unilateral por hemorragia con la cesárea hysterectomía electiva.

Las complicaciones perioperatorias incluyen salpingo-ovariectomía en 17% y lesión urológica en 9%³⁴. Después de la operación ocurre morbilidad infecciosa hasta en 50% de los casos, aunque la tasa de infección de tejidos blandos no es peor que en la cesárea sola³⁷.

En México reportan los Drs. **GARCIA BENITEZ y ROBERTO AHUED** a las principales complicaciones: La hipovolemia, lesión ureteral, necesidad de transfusión en el trans y posoperatorio: la anemia, síndrome febril, íleo mecánico, absceso de pared, fístula vesíco vaginal; y una mortalidad de 1.2%¹⁷.

La mortalidad materna en la literatura mundial oscila del 0.62 al 2.3%, en las cirugías de urgencia. Y de 0.5% para las electivas; así como una mortalidad perinatal del 18-26%

MATERIAL Y METODOS

Los datos para este trabajo fueron obtenidos con autorización de los DEPARTAMENTOS DE PATOLOGIA Y ARCHIVO CLINICO del HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO, en el periodo comprendido del 1° de Enero de 1975 al 30 de Abril de 1996.

Durante este periodo se realizaron 19,424 operaciones cesáreas, de las cuales a 63 se les realizó cesárea hysterectomía, además se presentaron 18 casos de hysterectomía obstétrica, seis de los cuales correspondieron a hysterectomía poslegrado, ocho más a hysterectomía posparto y en los cuatro restantes los expedientes habían sido depurados. Sumando entonces, un total de 81 casos para el presente estudio, sin embargo, por haberse depurado cuatro expedientes consideraremos únicamente 77 casos presentados para los objetivos de nuestro estudio.

Dividimos la muestra del estudio en dos grupos:

GRUPO 1, CASOS DE CESAREA HISTERECTOMIA.

GRUPO 2, CASOS DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA.

Definiendo al grupo 1 como la extirpación del útero posterior a la cesárea en un mismo tiempo quirúrgico y anestésico.

Para el grupo 2, la hysterectomía postcesárea, posparto o postlegrado realizada en un segundo tiempo quirúrgico y anestésico, en un periodo más o menos corto posterior al primer tiempo quirúrgico y anestésico.

Tomando en cuenta estas dos definiciones todos los casos que no reunían estas características fueron excluidos.

Los datos se obtuvieron únicamente por el investigador a través del análisis de los expedientes de cada uno de los casos reportados, de donde se obtuvieron las variables como son la edad materna, el número de gestaciones, las semanas de amenorrea, las indicaciones de hysterectomía, el tipo de hysterectomía así como su conservación o no de anexos, el tipo de complicaciones, la mortalidad materno fetal, el tipo de incisión quirúrgica y la necesidad o no de transfusión.

Los datos así obtenidos se capturaron en una noja de datos diseñada previamente por el investigador.

El análisis de los resultados serán presentados en forma estadística descriptiva, por medio de medias, modas y porcentajes, los cuales serán en la mayoría de los casos representados en tablas y gráficas.

RESULTADOS E INTERPRETACION

Durante el 1° de Enero de 1975 al 30 de Abril de 1996, se realizaron 19,424 operaciones cesáreas en el HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO. Dentro de las cuales a 63 casos se les practicó cesárea hysterectomía (GRUPO 1) y a 14 casos hysterectomía obstétrica (GRUPO 2), haciendo un total de 77 casos.

En la gráfica 1 se resume la distribución por edades de las pacientes en quienes se practicó cesárea hysterectomía e hysterectomía obstétrica. La edad promedio para ambos grupos fue de 31 años.

Los caso del grupo 1 los clasificamos según las indicaciones propuestas por los autores **Bowman, Barclay y White** en DE URGENCIA Y ELECTIVAS.

Se advirtió que la mayoría habían tenido tres hijos o más (94%), y sólo el 55 eran primigestas pertenecientes todos a los casos de C-H de urgencia. Observándose dos multigestas hasta con diez embarazos, el promedio fue de 3 hijos para cesárea hysterectomía de urgencia e hysterectomía obstétrica, y 4 hijos para cesárea hysterectomía efectiva. Se habían sometido a dos o más operaciones cesáreas en el 69% de los casos de urgencia; en 36% para C-H electiva y en el 14% para H-O.

La cesárea hysterectomía de urgencia se realizó a las 37 semanas en promedio. A las 38 5/7 para la cesárea hysterectomía electiva y a las 30 semanas para la hysterectomía obstétrica. Hubo un caso a las 20 semanas en la C-H de urgencia y seis casos de menos de 20 semanas para la H-O.

El grupo 1 se clasificó en indicaciones de urgencia con un total de 46 casos e indicaciones electivas con 17 casos (GRAFICA 2 y 3).

El grupo 2 se clasificó en indicaciones indiscutibles con diez casos e indicaciones discutibles con 4 casos. (GRAFICA 4 y 5).

La principal indicación en nuestra serie de casos de cesárea-hysterectomía de urgencia fue el ACRETISMO PLACENTARIO (56%), seguido del útero de couvelaire (13%), rotura uterina y atonía uterina (8.9%), etcétera.

El accretismo placentario se vió asociado a placenta previa en dos casos; en 22 pacientes (84%) existió el antecedente de cesárea anterior. Por otro lado en todos los casos de útero de Couvelaire hubo DPPNI.

La rotura uterina se asoció también a cesáreas anteriores en todos los casos.

Para la cesárea hysterectomía las principales indicaciones fueror: los miomas uterinos en el 47% seguidos de la esterilización en 24% de los casos. Haciéndose notar que este último

procedimiento se realizó en su gran mayoría de los años 1975 a 1985. La infección intraparto y el cáncer cervicouterino constituyeron el 12% cada uno.

En cuanto a la H-O, ocho casos se realizaron en el posparto y seis casos poslegrado. La indicación indiscutible principal fue la ruptura uterina en el 40% de los casos y en la mitad de ellos se habían utilizado fórceps por período expulsivo prolongado.

La hemorragia incoercible se presentó en un 30% y todos los partos se consideraron como partos distócicos. La indicación discutible y única para H-O fue la atonía uterina, en los 4 casos se realizó primero apoyo con medidas médicas llegando incluso a efectuarse legrado intrumentado, al igual que en dos casos de accretismo placentario.

Se efectuaron 33 histerectomías totales (42.8%) y 44 (57.2%) subtotales. (GRAFICA 6 y 7).

El 69% de las cesáreas histerectomías de urgencia se resolvieron de manera subtotal, así como el 94% de las C-H electivas fueron en forma total y para la H-O el 78% de manera subtotal.

En relación a la conservación de anexos esta se vió en el 83% de los casos ya sea de manera total o subtotal; y en el 7% de los casos se extirpó un anexo. Al 10% restante se le realizó salpingooforectomía bilateral, (GRAFICA 8 y 9).

En cuanto al tipo de incisión la media se efectuó en el 33%, siendo que la mitad de estas pacientes contaban con incisión media previa.

Se realizaron un total de 28 transfusiones sanguíneas (36.3%) de las cuales una paciente pertenecía al grupo de C-H electiva, a la cual se le administraron 4 unidades por presentar sangrado abundante en el transoperatorio.

El número de paquetes osciló de 2 a 6, y sólo una paciente requirió de 40 unidades, la cual falleció.

De las 77 pacientes, seis requirieron internamiento en la Unidad de terapia Intensiva en el posoperatorio, principalmente por choque hipovolémico; pero una de estas pertenecía al grupo de C-H electiva la cual presentó una pelviperitonitis así como encefalopatía puerperal. Evolucionando satisfactoriamente y dándose de baja hospitalaria dos semanas más tarde.

En cuatro pacientes se realizó ligadura de hipogástricas, tres pertenecientes al grupo de C-H de urgencia y una al de H-O posparto.

Las complicaciones halladas en la serie se dividieron como se reporta en la literatura mundial en transoperatorias y posoperatorias (GRAFICA 10, 11 y 12.).

La mayor complicación transoperatoria fue el choque hipovolémico con el 5.1% y de este una cuarta parte ocurrió en C-H electiva y el resto en C-H de urgencia.

En el grupo de urgencias se lesionó la vejiga tres veces y una paciente cayó en paro cardiorrespiratorio en dos ocasiones.

Las complicaciones posoperatorias se vieron únicamente en el grupo 1 y de éste, el de urgencias presentó un total de 10 casos encabezando la lista la fístula vesical, con un 6.3% seguida de la pelviperitonitis con un 3.1%. Para los casos de C-H electiva únicamente se presentó una complicación posoperatoria (7.1%) que fue la encefalopatía puerperal.

Ocurrieron dos muertes maternas, o mortalidad materna global de 2.5%, las dos muertes ocurrieron en el grupo de urgencias; resultado de hemorragia incoercible, infección y en un caso además embolia pulmonar.

En el grupo de C-H electivo y el grupo 2 no ocurrieron muertes.

La mortalidad perinatal fue de 6 casos, y todos estos se presentaron en C-H de urgencia, presentando la mitad de estos un APGAR inferior a 6 a los 5 minutos.

DISCUSION

Ya desde 1892, el DR: CHARLES en su libro "COURS D' ACCOUCHEMENTS", en la maternidad de Liège, señala en el segundo volumen 'LAS HEMORRAGIAS POSTPARTO SON LAS MAS IMPORTANTES DE TODAS PORQUE SON FRECUENTES, GRAVES Y PUEDEN AMENAZAR MUERTE EN CUALQUIER INSTANTE; SE PRESENTAN DE IMPROVISO Y EXIGEN UNA INTERVENCION INMEDIATA SIN TENER TIEMPO DE LLAMAR A ALGUIEN EN SU AYUDA.

La hemorragia del embarazo y del puerperio encabeza las cinco primeras causas de mortalidad materna en nuestro país, seguida de la enfermedad hipertensiva, las complicaciones del puerperio, el parto distócico y el aborto provocado.

Merced a los avances de la cirugía, anestesiología, el manejo cardiopulmonar y angiológico, así como la anestesia y el desarrollo de la farmacología y la fisiopatología han permitido una evolución menos dramática en este tipo de problemática.

La histerectomía debe ser practicada cuando las medidas médicas y quirúrgicas conservadoras no permiten frenar la hemorragia. Entre las medidas médicas la reanimación ocupa un lugar importante. La radiología intervencionista es la etapa siguiente procedimiento interesante ya que las embolizaciones arteriales son eficaces y no comprometen el futuro obstétrico.

La patología misma, sus antecedentes y la consecuencia, conllevan a un estado de gravedad en donde la acción del gineco-obstetra debe resolver el condicionante vital que evita la cadena de espera o dilatación, acción insuficiente que lo único que hace es prolongar el tiempo facilitando el deterioro orgánico de una paciente dada.

La primera valoración estadística publicada acerca de cesárea histerectomía se menciona en el artículo de la "EVOLUCION HISTORICA DE LA HISTERECTOMIA CESAREA" del Dr. RAPHAEL B. DURFEE, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia en la Universidad de Oregon, en Portland. Donde se hace mención que en 1879, ROBERT P. HARRIS informó de 29 casos de operación de Porro ⁵⁵.

La frecuencia de de la histerectomía obstétrica varia del 0.16, 0.26 al 0.50 hasta el 6% en diversas series publicadas y relacionadas con el número de partos.⁴⁸ En el Hospital Español de México la frecuencia fue de 0.50%.

Existen otras publicaciones que reportan un 26% de histerectomía después de parto complicado, otro 26% después de cesárea electiva y un 47% durante cesárea de urgencia Reportándose una incidencia global de cesárea histerectomía de 2 7/1000 ¹³

En México los estudios reportados van de un 1 a 3% para cesárea histerectomía ¹⁷

Evidentemente la evolución transquirúrgica y postquirúrgica de las pacientes ha mejorado sensiblemente, gracias a la depuración de la técnica, entre otras. Sin embargo, no se debe olvidar que es una cirugía mutilante y técnicamente compleja, por lo que su realización debe limitarse sólo a las indicaciones de urgencia (absolutas) y electivas (relativas). En cuanto a las indicaciones de cesárea-histerectomía e histerectomía-obstétrica observamos en nuestra serie que las principales causas siguen siendo consideradas como de urgencia. Los primeros lugares en orden de frecuencia la constituyó el acretismo placentario útero de Couvelaire, ruptura y atonías uterinas; y la miomatosis uterina y esterilización para los casos de indicación electiva.

Varios autores han especulado que los cambios en las indicaciones de Cesárea-Histerectomía e Histerectomía-Obstétrica tienen relación con la mayor tasa de cesáreas por cesárea previa. Que es un factor de riesgo establecido para la aparición de placenta previa accreta. Por lo que con el antecedente de cesárea debería incluirse la localización ultrasonográfica de la placenta. La presencia de ésta en la zona de incisión uterina previa sugiere el riesgo de acretismo e indicaría hacer los preparativos para hemorragia y una posible histerectomía ^{49 50 y 51}.

Nuestro estudio revela mayor frecuencia de cesárea-histerectomía e histerectomía obstétrica en las pacientes que contaban con 3 a 5 gestaciones, representando el 94%. En comparación con otros informes nacionales, como los de los DRS. AHUED ⁴⁹, URSUA ⁵², REYNOSO ⁵¹, y otros; estas cifras son similares. Así como que en 87% de nuestros casos existió el antecedente de cesárea anterior.

El grupo de edad con mayor frecuencia de cesárea histerectomía e histerectomía obstétrica es el de 31 años, indicando que ninguna mujer gestante, independientemente de la edad, está exenta de presentar complicaciones que obliguen a la realización de este tipo de cirugía.

En presencia de hemorragia grave en una paciente inestable, muchos cirujanos decidirán realizar histerectomía subtotal para limitar la pérdida sanguínea y el tiempo quirúrgico. A pesar de esta consideración, varios estudios no pudieron demostrar menor tiempo quirúrgico y pérdida sanguínea con la histerectomía subtotal. En casi todos los grupos no se encuentran diferencias de morbilidad postoperatoria entre la subtotal y la total.

Otros autores han manifestado a largo plazo al flujo vaginal, a la hemorragia cíclica y a la necesidad de tomar citologías cervicales de control, como desventajas en la realización de histerectomía subtotal.

A pesar de estos riesgos, la histerectomía subtotal sigue siendo un procedimiento útil en presencia de hemorragia que pone en peligro la vida en pacientes inestables.

En el Hospital Español de México la histerectomía subtotal constituyó el 57.2%, siendo que casi el 93% de éste total lo formaron las indicaciones de urgencia.

El grupo de complicaciones más frecuentes fueron las hemorragias, que en algunas ocasiones requirió la hemotransfusión, y en otras, manejo para choque hipovolémico. La complicación postoperatoria más frecuente fue la fístula vesical con un 6.3%, seguida de la pelviperitonitis 3.1%.

La mortalidad materna ha sido reportada del 0 al 14.7% en México por los Drs. DOSAL DE LA VEGA y CASTELAZO AYALA respectivamente. Siendo del 0.3 al 0.7% en Norteamérica Mientras que en nuestra serie fue del 2.5%; ambas muertes en el grupo de urgencia.

Es patente que la cesárea histerectomía para esterilización como procedimiento primario excepcionalmente puede justificarse.

Desafortunadamente la perspectiva en cuanto a lo agudo del problema no ha cambiado desde las reflexiones de los autores del siglo pasado, la gravedad persiste y aquí volvere a señalar que el procedimiento quirúrgico que nos ocupa no deberá de ser una intervención de indicación relativa, sino que debere de estar plenamente justificado y en manos de cirujanos experimentados, auxiliados por los equipos hospitalarios que mediante el manejo médico-quirúrgico más avanzado y de manera interdisciplinaria puedan enfrentar con éxito esta patología que por sus características es trascendente.

CONCLUSIONES

1. Las hemorragias obstétricas son las complicaciones más frecuentes, importantes y graves, ya que pueden amenazar con la muerte, se presentan de improviso y exigen una intervención inmediata
2. La cesárea histerectomía e histerectomía obstétrica deben ser practicadas cuando las medidas médicas y quirúrgicas conservadoras no permitan frenar la hemorragia.
3. La frecuencia de cesárea histerectomía e histerectomía obstétrica en el Hospital Español de México en nuestra revisión de veinte años fue de 0.50%, la cual concuerda con los reportes de la literatura.
4. Las principales indicaciones de cesárea histerectomía e histerectomía obstétrica siguen siendo consideradas como de urgencia.
5. La cesárea previa constituye un factor de riesgo para la aparición de placenta previa accreta, y esta es la principal indicación de cesárea histerectomía de urgencia.
6. Aunque la histerectomía subtotal sigue siendo un procedimiento útil en presencia de hemorragia grave, siempre debe preferirse la histerectomía total si ésta es factible de realizarse.
7. La histerectomía para esterilización como procedimiento primario excepcionalmente puede justificarse.
8. La realización de cesárea histerectomía e histerectomía obstétrica debiera de estar plenamente justificada y esta debiera ser realizada en manos de cirujanos experimentados.
9. Ninguna mujer gestante independiente de la edad está exenta de presentar complicaciones que obliguen a la realización de este tipo de cirugía.

LA TEMPLANZA DIJO PLUTARCO, "ES LA MAYOR DE LAS VIRTUDES".

BIBLIOGRAFIA

- 1 Durfee R B: Evolución de la cesárea hysterectomía. Clin. Obstet. Ginecol. 1969 2: 575
- 2 Chávez Azuela J, Reyes Ballín J: Morbimortalidad materna en la cesárea hysterectomía Ginec Obstet. Méx. 1974;35: 55.
3. Ruíz Velasco V, Rosas Arceo J, Río de la Loza LF: Cesárea hysterectomía. Ginec. Obstet Méx. 1967;23: 591.
- 4 Plauché W C: Hysterectomía cesárea: indicaciones, técnicas y complicaciones Clin Obstet. Gin. 1966;2: 409-23.
5. Ruíz Velasco V, Rodríguez A., Saldaña RH: Dehiscencia de cicatriz uterina. Ginec. Obstet Méx. 1986;24: 205.
6. Storer H R: Successful removal of the uterus and both ovaries by abdominal section; the tumor, fibro-cystic, weighting 37 pounds. Amer. J. Med. Si. 1866;1: 110.
7. Porro E: Dell' amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo. Ann. Aniv. Med e Chir. 1876;237: 289.
8. Müller H: Beitrag zur Behandlung des portio carcinomas am Ende der Schwangerschaft Centralbl. F. Gynäk. 99, 1982.
9. Davis M E: Complete cesarean hysterectomy; logical advance in modern obstetric surgery. Amer. J. Obstet. Gynec. 1951;62: 838.
10. Bowman E A, Barclay D L, White L: Cesarean hysterectomy: an analysis of 1000 consecutive operations. Bull Tulane med. FAC; 1964;23: 71.
11. Plauché W C: Cesarean hysterectomy. Clin. Obstet. 1995;2 (84): 1-11.
12. Dindelli, Ferrari S: Ablative cesarean and post-partum hysterectomy: review of 11 years of obstetrics practice. Ann Ostet. Ginecol. Med. Perinat. 1991;112 (3): 179-87.
13. Konrad S: Postpartum hysterectomy. Orv. Hetil. 1996;137 (21): 1127-31.

14. Korejo R: **Obstetrics hysterectomy five years experience at Jinnah Postgraduate medical centre, Karachi.** *J. Pak med. Assoc.* 1995;45 (4): 86-8.
15. Stanco L M, Schrimmer DB: **Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors.** *Am J. Obstet. Gynecol.* 1993;168: 879-83.
16. Zelop C M, Harlow BL: **Emergency peripartum hysterectomy.** *Am J. Obstet Gynecol* 1993;168: 1443-48.
17. Garcia Benitez CQ, Ahued Ahued JR, Rivera J: **Histerectomía Obstétrica. Revisión de 675 casos en el Instituto Nacional de Perinatología.** *Ginec Obstet Mex.* 1997; 65:119.
18. Reis R A: **Cesarean hysterectomy.** *Clin, Obstet. Gynec.* 1959;2: 977.
19. Eltabbakh G H: **Pospartum hysterectomy.** *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 1995;50 (3): 257-62.
20. Barclay DL: **Cesarean hysterectomy at the Charity Hospital in New Orleans. 1000 consecutive operations.** *Clin. Obstet. Gynecol.* 1969;12:635-51.
21. O'leary J A., Steer C M: **A ten year review of cesarean hysterectomy.** *Am J. Obstet Gynecol.* 1964;90: 227-31.
22. Plauché WC, Gruich FG: **Hysterectomy at the time of caesarean section.** *Obstet Gynecol.* 1981;58: 459-64.
23. Clark SL, Phelan JP: **Hypogastric artery ligation for obstetric hemorrhage.** *Obstet. Gynecol.* 1986;66: 353-56.
24. Cristalli B, Levardon M: **Le capitonnage des parois uterines dans les hemorrhagies obstetricales graves.** *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1991.
25. Evans S: **The efficacy of internal iliac artery ligation in obstetric hemorrhage.** *Surg Gynecol. Obstet.* 1985; 160: 250-53.
26. Fehram H: **Surgical management of life threatening obstetric and gynecologic hemorrhage.** *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1988;67: 125-28.
27. Mud HJ: **Nonsurgical treatment of pelvic hemorrhage in obstetric and gynecologic patients.** *Crit. Care. Med.* 1987;15: 534-5.
28. Britton J: **Sterilization by caesarean hysterectomy.** *AM. J. Obstet Gynecol.* 1980;137: 887-92
29. Prevededourakis: **Emergency caesarean hysterectomy.** *Int. Surg.* 1974;59: 34
30. Davis ME: **Complete caesarean hysterectomy. A logical advance in modern obstetric surgery.** 1951;62: 838-53.

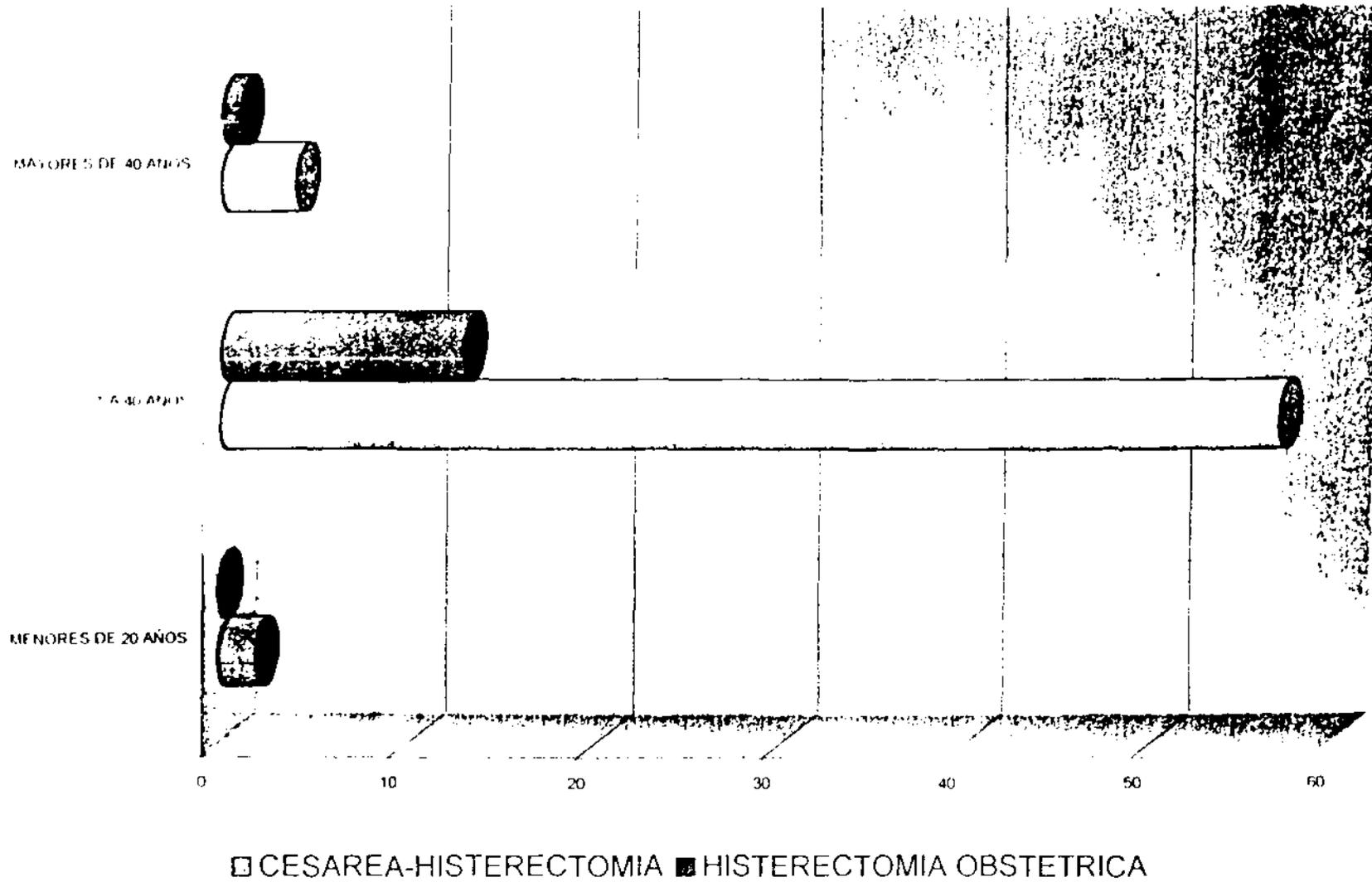
31. Clark SL: Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. *Obstet. Gynecol.* 1984;64: 376-80.
32. Haynes DM: Caesarean hysterectomy a twenty five year review. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1979; 134: 393-98.
33. Shah R: Puerperal uterine inversion. *Obstet. Gynecol.* 1989;73: 567-70.
34. Rosenthal DM, Harkings JL: Management of postoperative vaginal hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 1983;61 Suppl; 3: 42.
35. Waters E: Ligature artery uterine. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1952;64: 1143.
36. Tsurinikov MS: La ligature des vaisseaux uterins au cours des hemorrhagias obstetricales. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1979;8: 751-53.
37. Barclay DL., Hawks BL: Elective cesarean hysterectomy: a five year comparasion with cesarean section. *Am. J. Obstet, Gynecol.* 1976;124: 900-11.
38. Enciclopedia Médica Quirúrgica. 5103 A-10. Elseiver, Paris. 1-6. 1997.
39. Riva HL: Indicaciones y técnicas para histerectomía cesárea. *Clin. Obstet.* 69: 618-34. 1969
40. Arana A : Cesárea- histerectomía total. *Ginec. Obstet. Méx.* 1976; 40 (242): 419-26.
41. Castelazo Ayala L: Algunas consideraciones sobre la cesárea histerectomía. *Cir.* 1958;26: 119.
42. Deppe G, Baumann P: Emergency postpartum hysterectomy. A study over five years. *Int J. Gynecol. Obstet.* 1994;106 (18): 581-3.
43. Eltabbakh G H: Postpartum hysterectomy. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 1995;50 (3): 257-62.
44. Hines C: La investigación clínica. Un organismo para su evaluación. *Clin. Obstet.* 105. 450; 1970.
45. Brenner P : Evaluation of cesarean section hysterectomy as sterilization procedure. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1970;108:335.
46. Guia para la elaboración del protocolo de investigación. Hospital General "Dr. Manuel GEA González." Subdirección de investigación médica Departamento de Investigación Clínica. 1995.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

47. Ruiz Velasco V, Pérez de Salazar J: Evolución de la cesárea en México. Ginec Obstet Mex. 1970; 27:115.
48. Uribe Elías R: Histerectomía Obstétrica. Concepto e importancia. Ginec. Obstet Mex. 1995; 63: 231-36.
49. Ahued Ahued JR: Cesárea-histerectomía. Ginec Obstet Mex. 1987; 55: 47-51.
50. Uribe Elías R: La histerectomía como recurso en la obstetricia actual. Ginec. Obstet Mex 1978; 43: 113-21.
51. Chavez Azuela J, Orozco CE: Morbimortalidad materna en la cesárea histerectomía. Ginec Obstet Mex. 1974; 35; 211: 555-61.
52. Urzua LMA, Mrin R: Cesarean hysterectomy. Ginec Obstet Mex. 1980; 48: 261-66.
53. Uribe Elías R, Acosta Alfaro MA: La histerectomía Obstétrica. Evolución y cambio. Ginec Obstet Mex. 1996; 64:338-42.
54. Uribe Elías R: Histerectomía Obstétrica. Concepto e importancia. Ginec Obstet Mex. 1995; 63: 231-36.
55. Harris R P: Results of the first fifty cases of caesarean ovariectomy. Amer. J. Med. Sci. 1880; 80:129.
56. Schneider G T: Cesarean total hysterectomy: Experience with 160 cases. Sth. Med J. 1966; 59: 927.
57. Mickal A, Plauché W C: Cesarean hysterectomy. Medi Guide to Ob Gyn. 1985; 4 (1): 1.

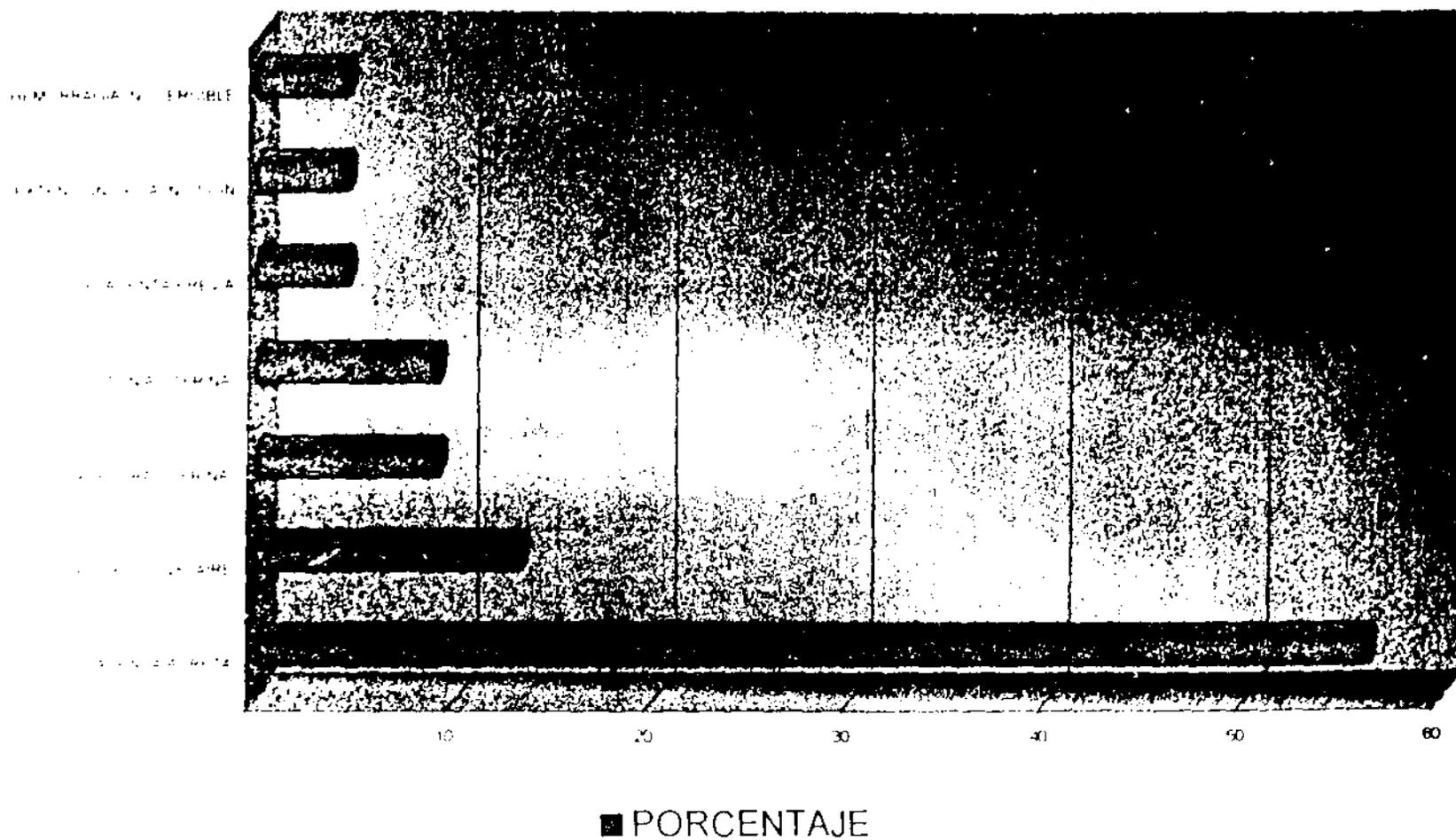
DISTRIBUCION POR EDADES

GRAFICA 1

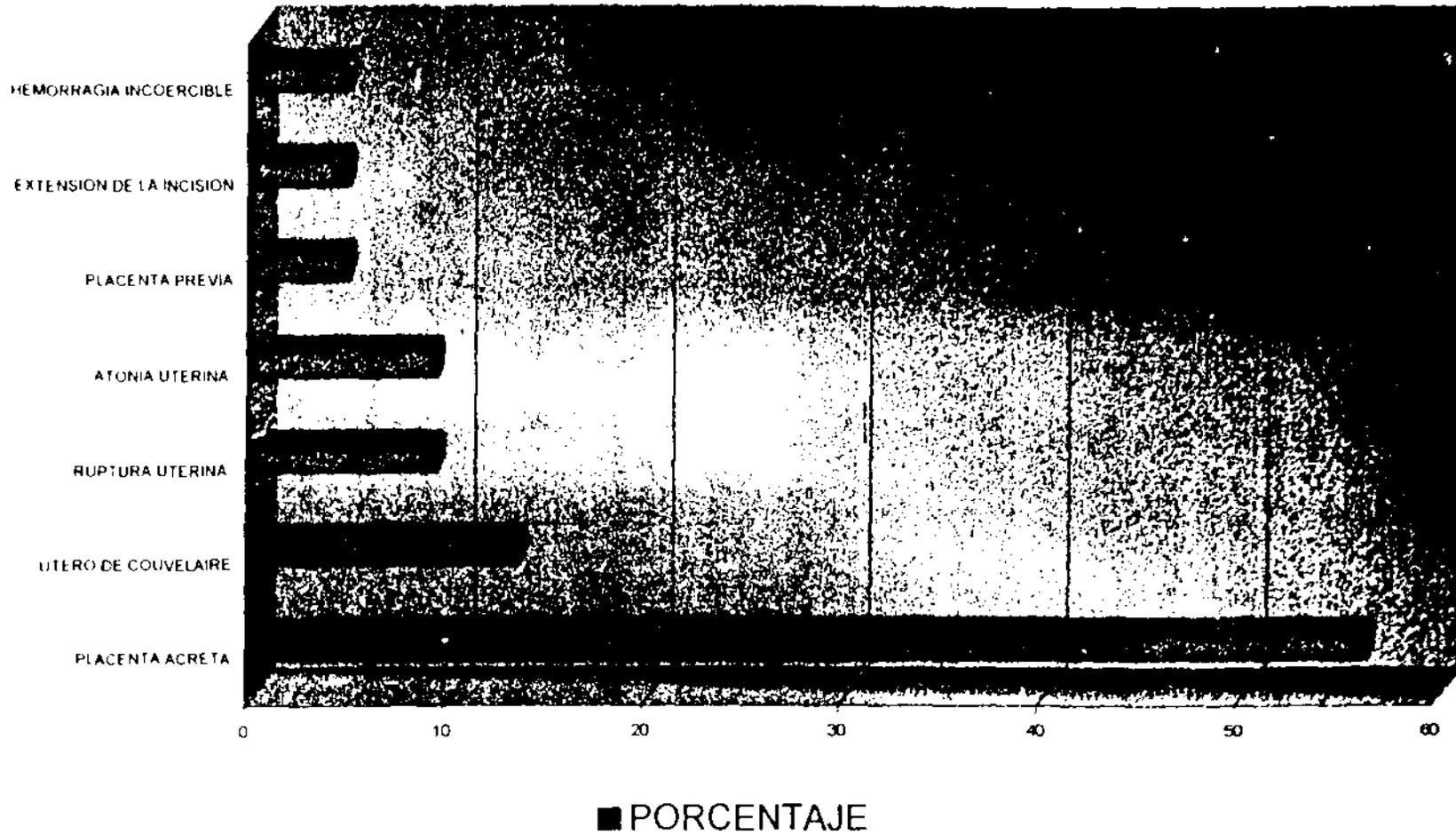


INDICACIONES PARA CESAREA-HISTERECTOMIA DE URGENCIA

GRAFICA 2

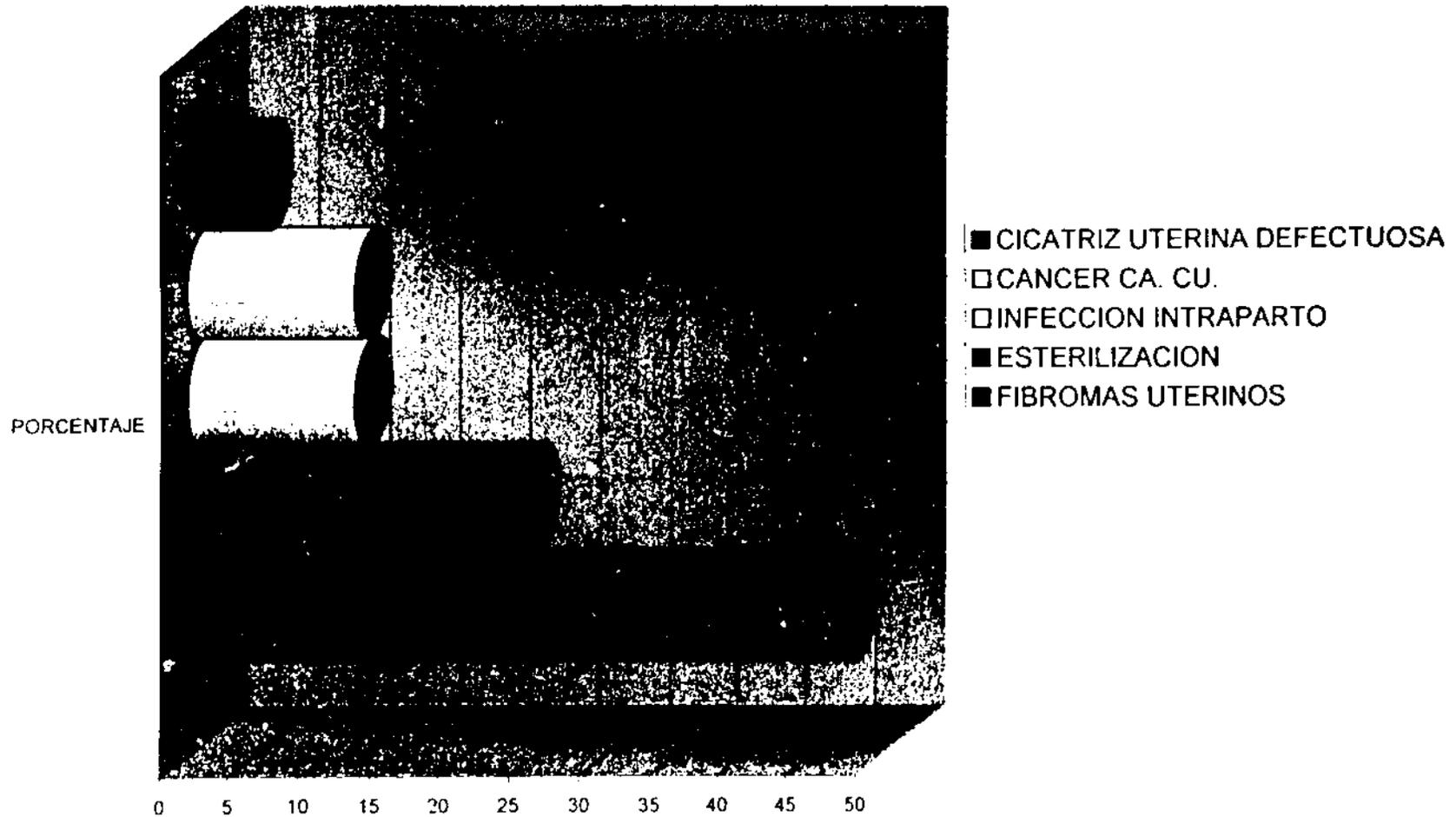


INDICACIONES PARA CESAREA-HISTERECTOMIA DE URGENCIA GRAFICA 2



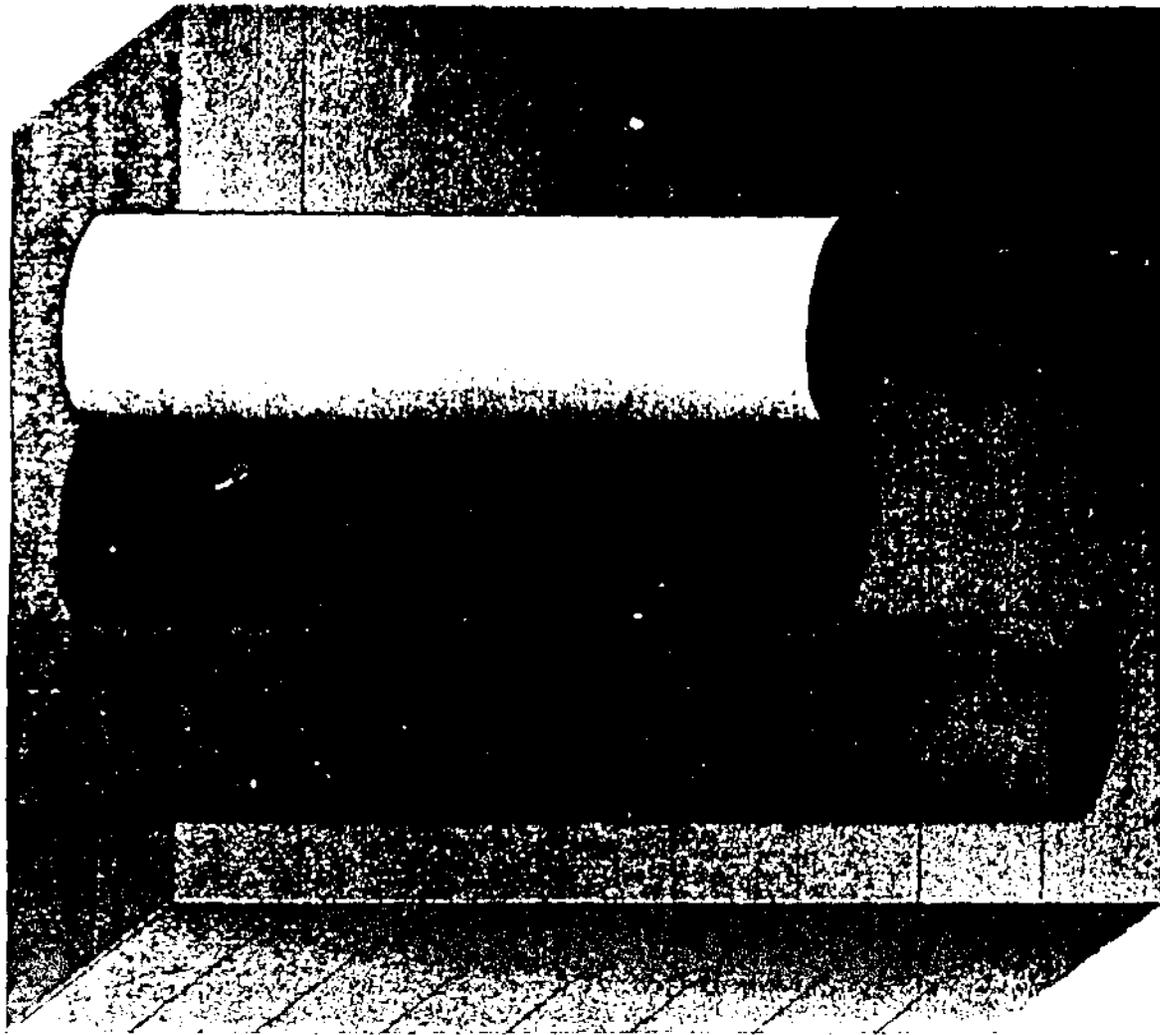
INDICACIONES PARA CESAREA-HISTERECTOMIA ELECTIVA

GRAFICA 3



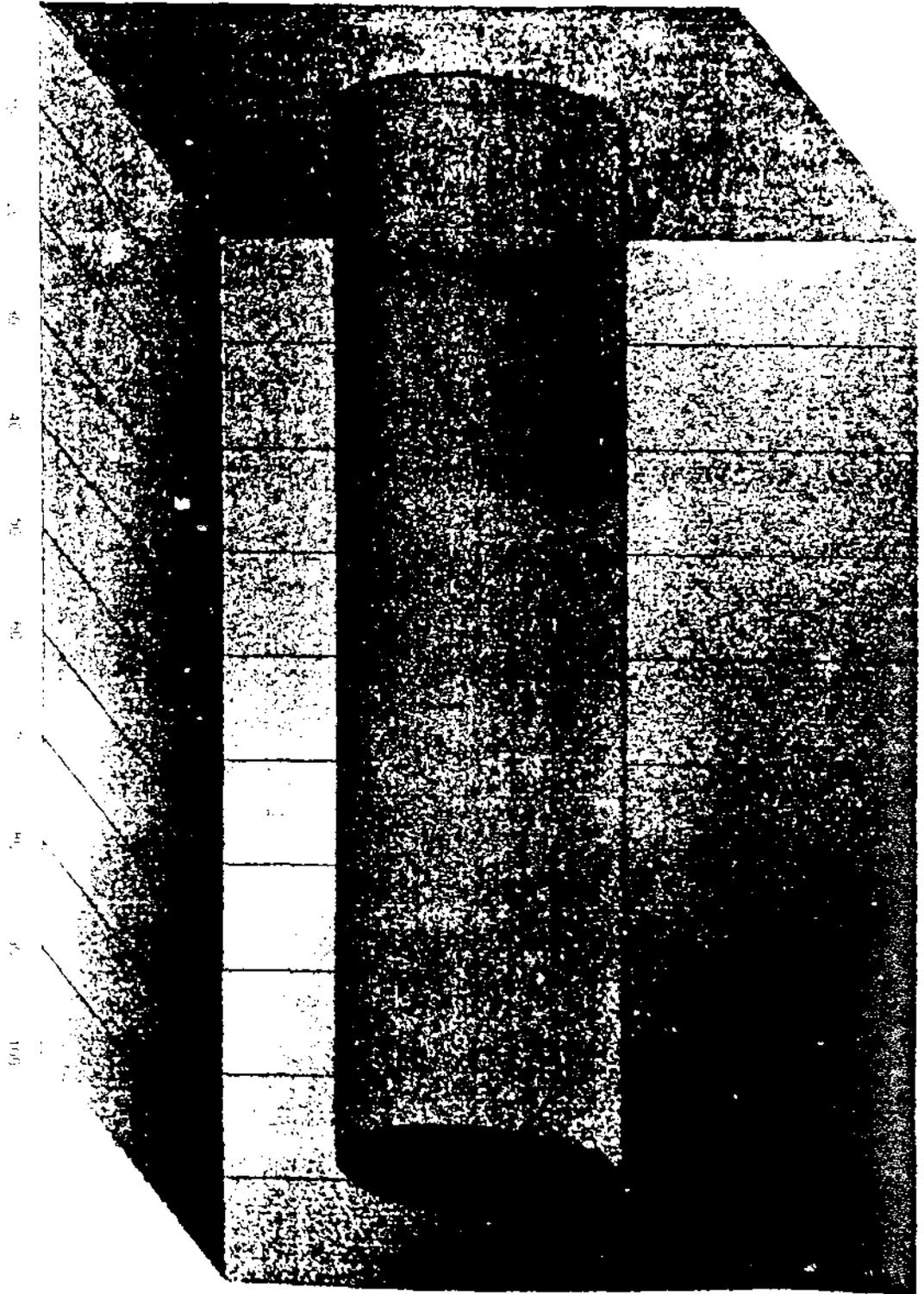
INDICACIONES INDISCUTIBLES PARA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

GRAFICA 4



- HEMORRAGIA INCOERCIBLE
- ACRETISMO PLACENTARIO
- RUPTURA UTERINA

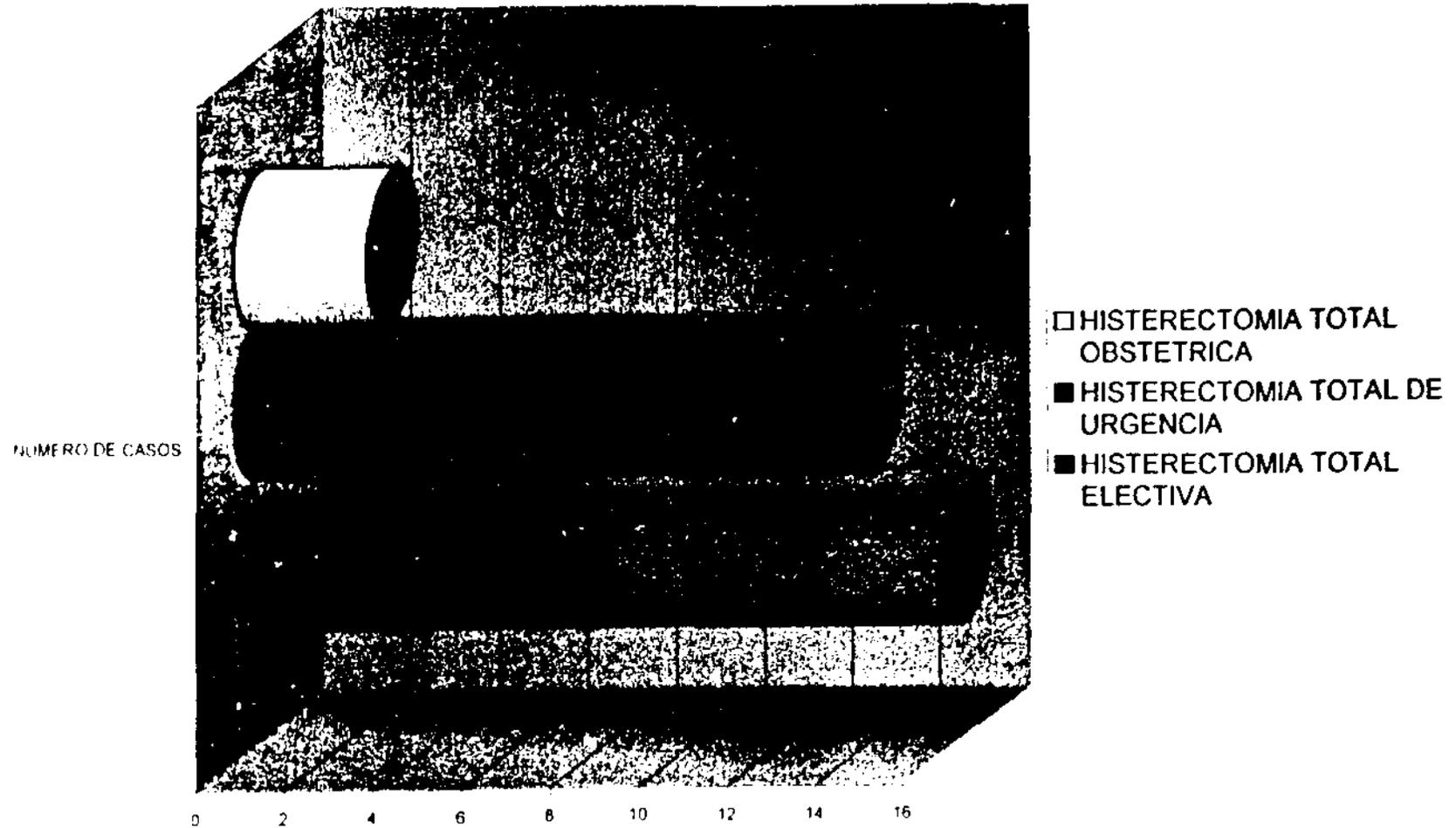
INDICACIONES DISCUTIBLES DE HISTERECCIONIA OBSTETRICA
GRAFICA 5



FUERZA

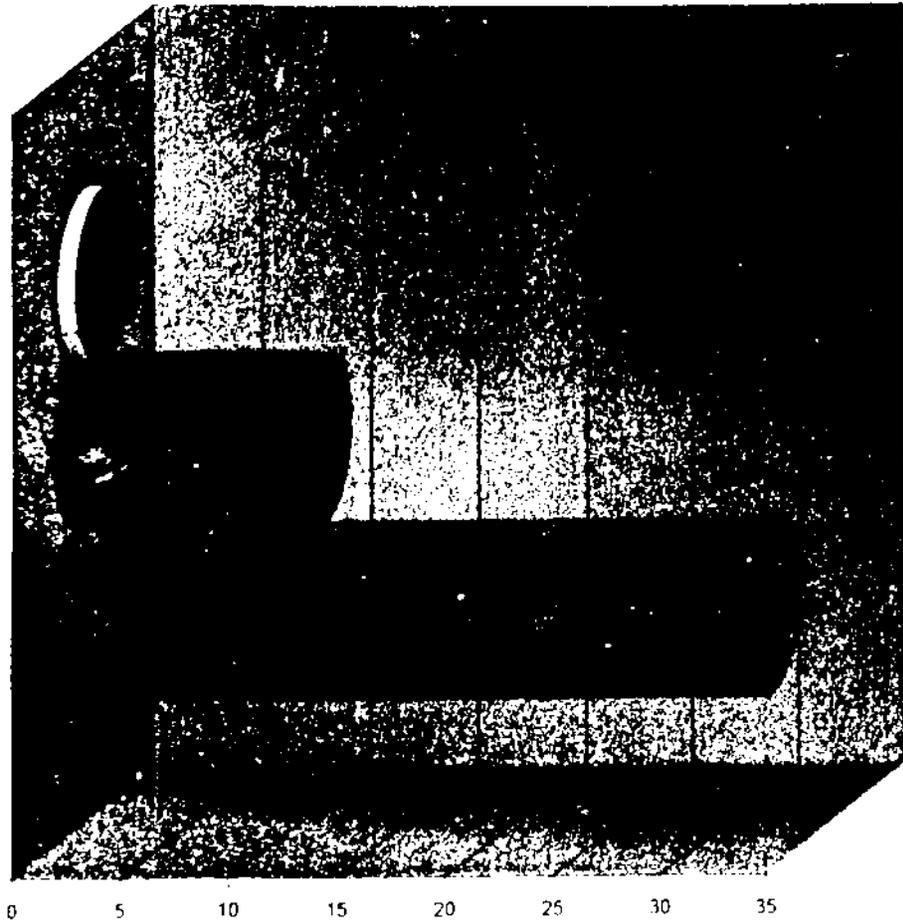
TIEMPO

TIPO DE HISTERECTOMIA GRAFICA 6



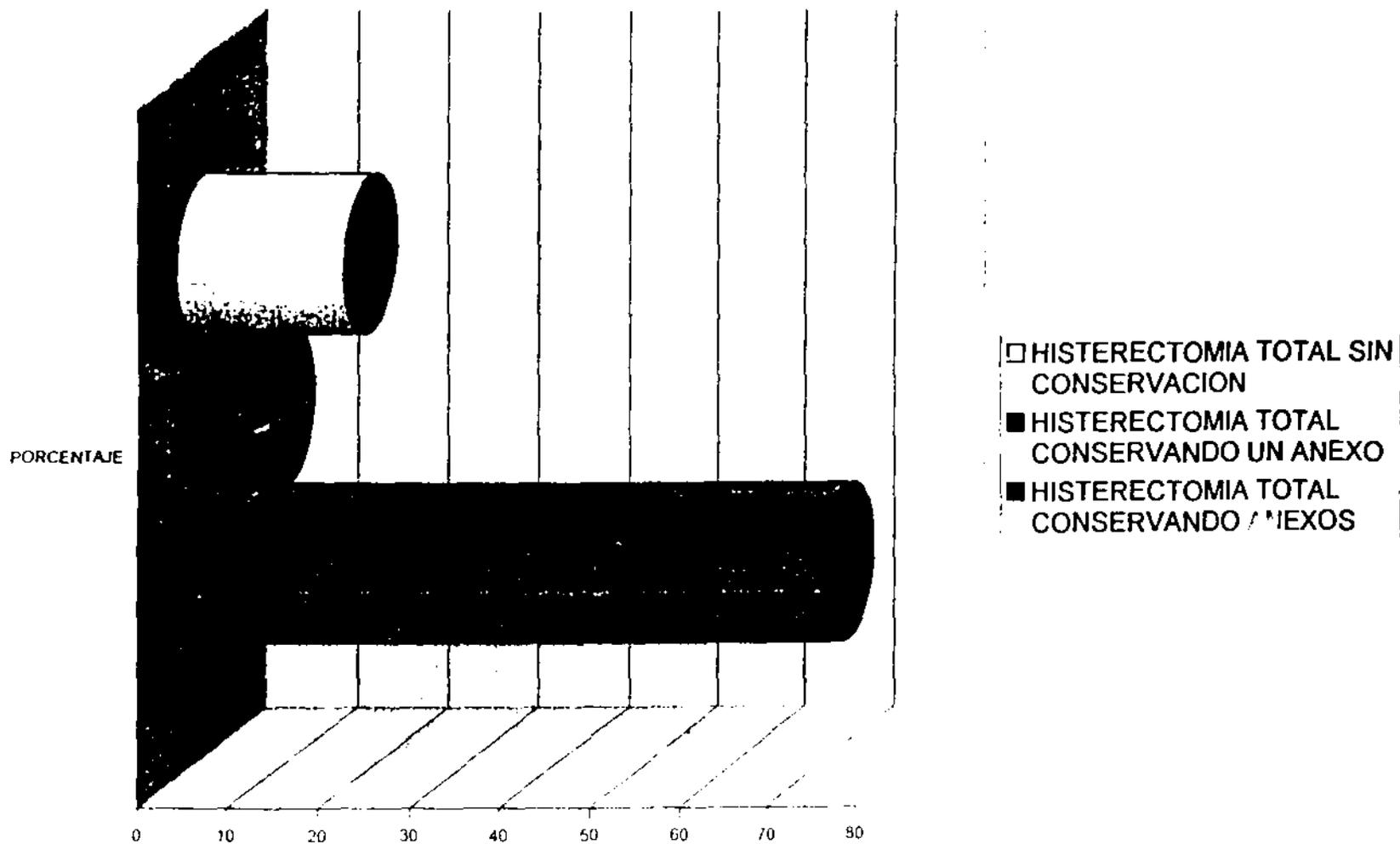
TIPO DE HISTERECTOMIA GRAFICA 7

NUMERO DE CASOS



- HISTERECTOMIA SUBTOTAL ELECTIVA
- HISTERECTOMIA SUBTOTAL OBSTETRICA
- HISTERECTOMIA SUBTOTAL DE URGENCIA

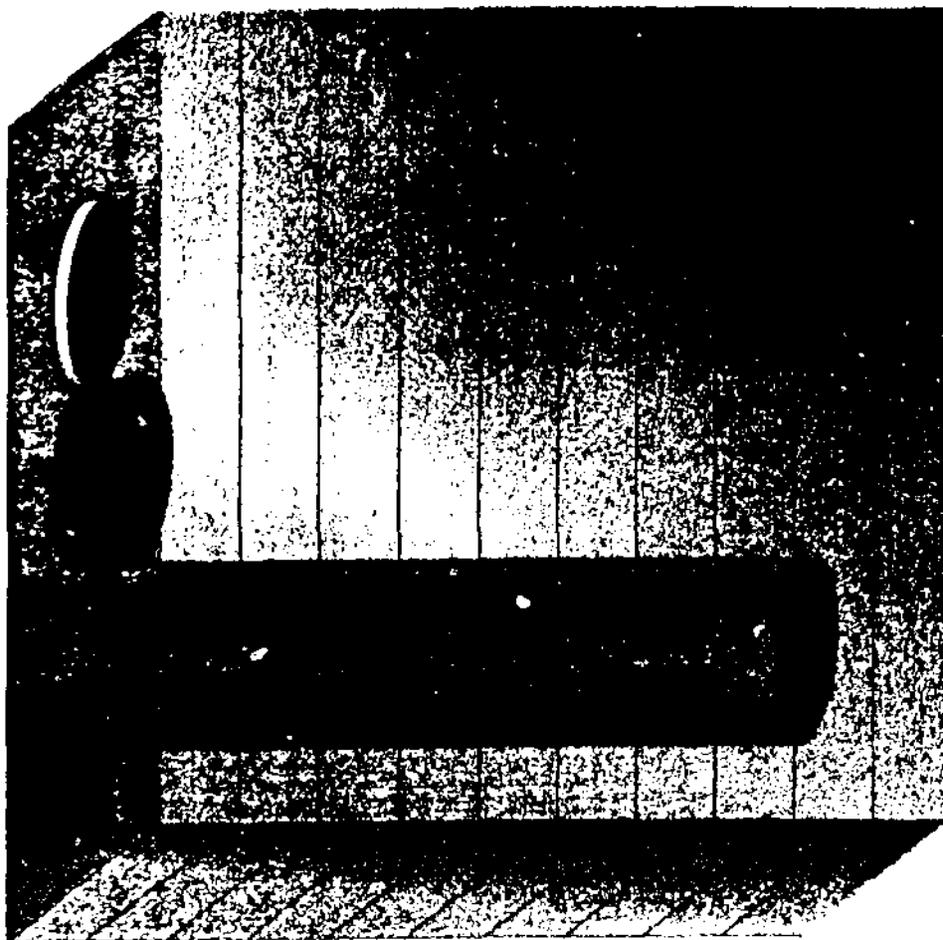
TIPO DE HISTERECTOMIA GRAFICA 8



TIPO DE HISTERECTOMIA

GRAFICA 9

PORCENTAJE

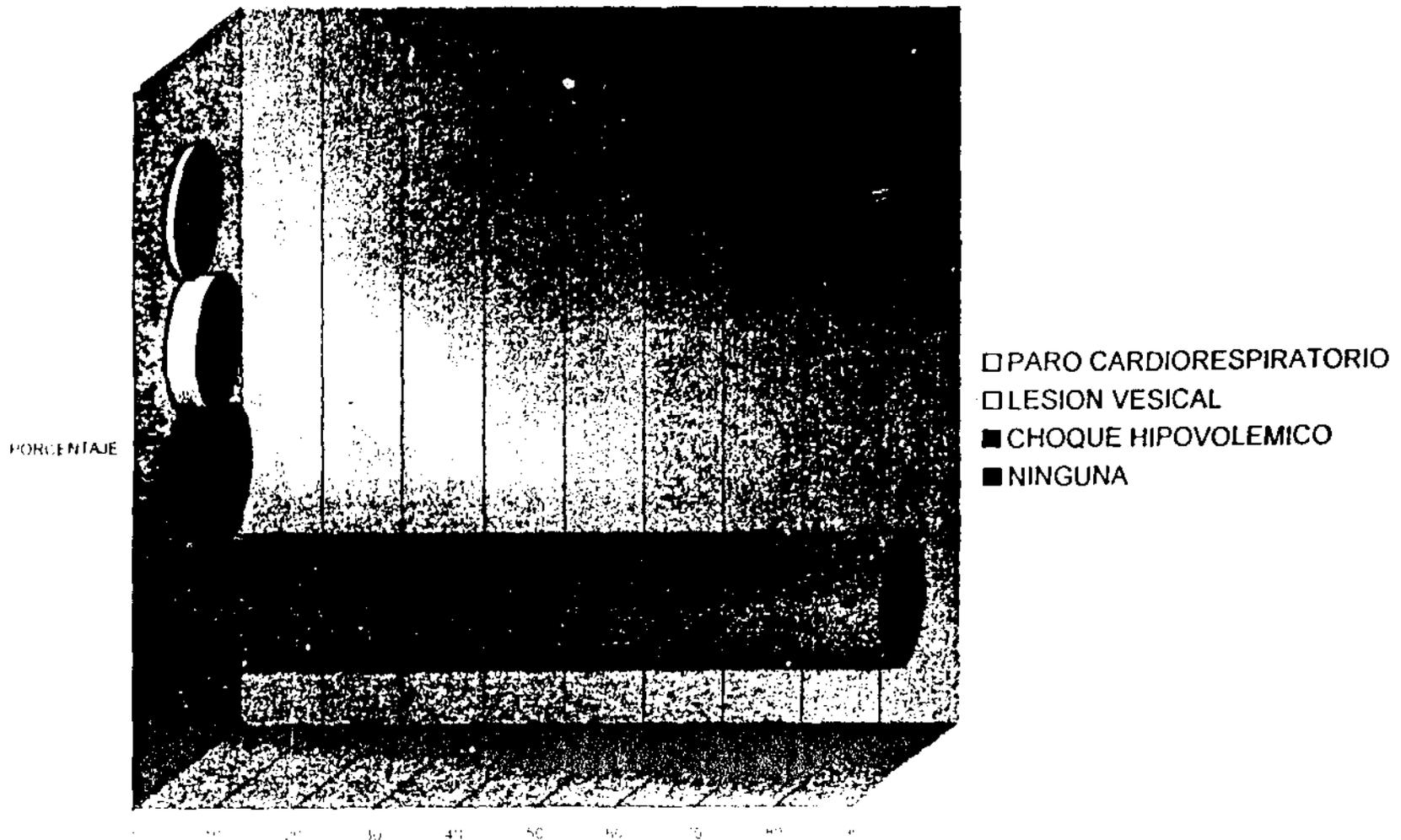


- HISTERECTOMIA SUBTOTAL SIN CONSERVACION
- HISTERECTOMIA SUBTOTAL CONSERVANDO UN ANEXO
- HISTERECTOMIA SUBTOTAL CONSERVANDO ANEXOS

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

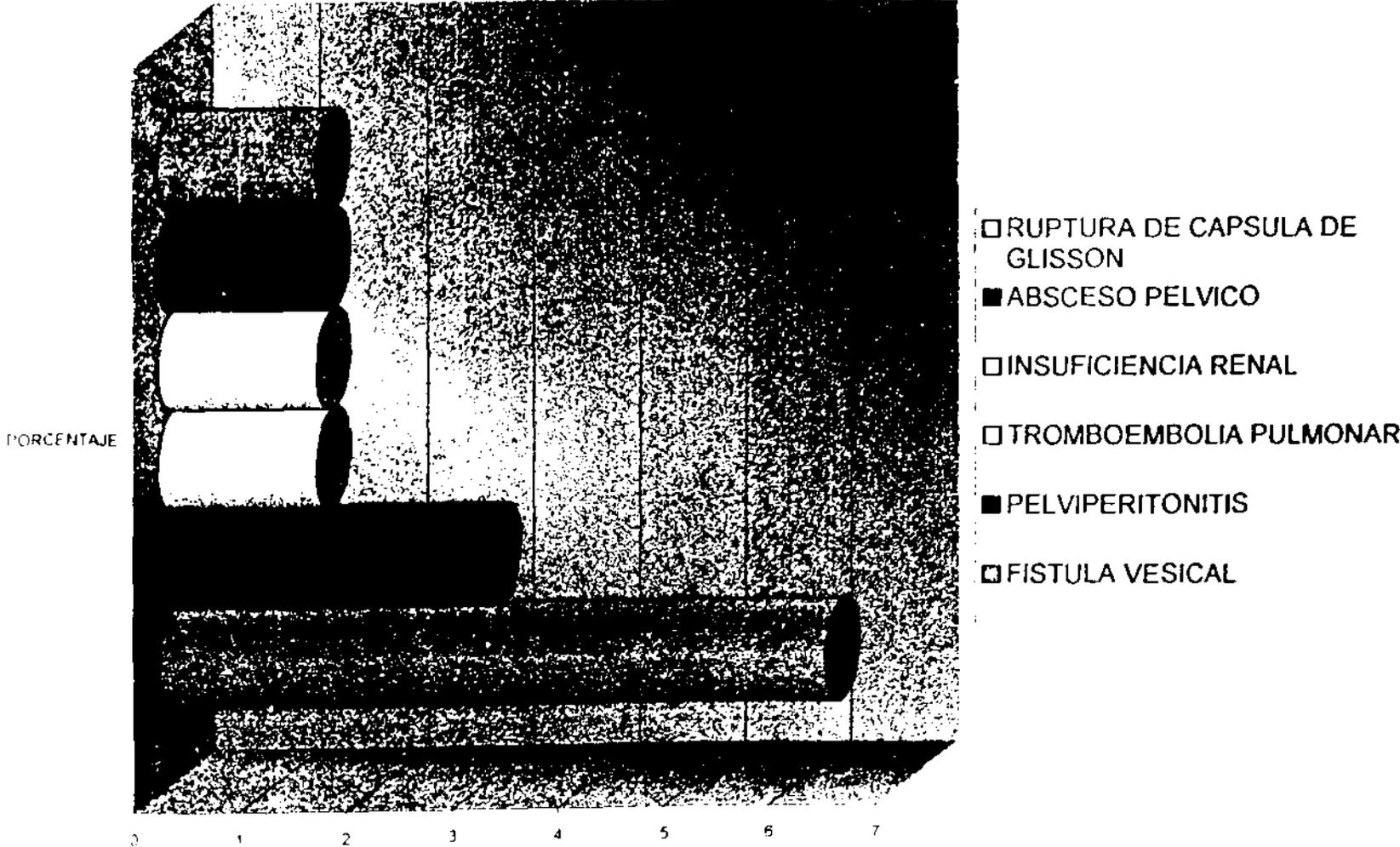
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

GRAFICA 10



COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS C-H DE URGENCIA

GRAFICA 11



COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN C-H ELECTIVA

GRAFICA 12

