

11217



Universidad Nacional Autónoma de México

---

---

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE

“INCIDENCIA, ETIOLOGÍA Y MORBIMORTALIDAD EN LA  
PRÁCTICA DE LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA DURANTE UN  
PERÍODO DE 5 AÑOS, EN EL HOSPITAL REGIONAL 1º DE  
OCTUBRE ISSSTE, MÉXICO D.F. 2004”

Tesis que, en cumplimiento parcial para obtener el Diploma como  
Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Presenta

DR. JULIO CESAR BAUTISTA SANCHEZ

TITULAR:

DR. FRANCISCO JAVIER ALVARADO GAY

Asesores:

M en C. J. Vicente Rosas Barrientos



México, D. F. JULIO 2004

---

---



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.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**



**"INCIDENCIA, ETIOLOGÍA Y MORBIMORTALIDAD EN LA PRÁCTICA DE LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA DURANTE UN PERÍODO DE 5 AÑOS, EN EL HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE ISSSTE, MÉXICO D.F. 2004"**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**TESIS QUE EN CUMPLIMIENTO PARCIAL PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA:**

**DR. JULIO CÉSAR BAUTISTA SÁNCHEZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FCO. JAVIER ALVARADO GAY**  
TITULAR DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

**DR. GERARDO DE JESÚS OJEDA VALDES**  
ASESOR DE TESIS  
COORDINADOR DE CAPACITACIÓN, DESARROLLO E INVESTIGACIÓN

**M en C. J. VICENTE ROSAS BARRIENTOS**  
ASESOR DE TESIS  
JEFE DE INVESTIGACIÓN

**I.S.S.S.T.E.**  
SUBDIRECCION MEDICA

COORDINACION DE CAPACITACION  
DESARROLLO E INVESTIGACION

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Para disminuir la morbimortalidad materna condicionada por hemorragia o infección, se describe la histerectomía obstétrica (HTA) como una intervención de urgencia, en mujeres durante su edad reproductiva.

**OBJETIVO:** Describir la incidencia, etiología y morbimortalidad en la práctica de la HTA durante 2000 a 2004 en el Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE (HR).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, se recopilaron los antecedentes personales, médicos y propios de la cirugía de los registros hospitalarios de mujeres del HR, con procedimiento quirúrgico de HTA.

**RESULTADOS:** La edad materna tiene relación con la práctica de la histerectomía obstétrica y presentación de complicaciones, relación de pérdida sanguínea con días en UCIA y estancia intrahospitalaria, antecedente de cirugía previa abdominal condiciona aumentar la probabilidad de someterse a esta intervención. Principales diagnósticos: prequirúrgico fue pródomos de trabajo de parto, como causa la atonía uterina y complicación el choque hipovolémico, no se presentó ninguna defunción.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In order to diminish the conditional maternal morbidity and mortality by hemorrhage or infection, the obstetric hysterectomy (HTA) like an intervention of urgency is described, in women during its reproductive age.

**OBJECTIVE:** To describe the incidence, etiology and morbi-mortality actually of the HTA during 2000 to 2004 in the Regional Hospital 1° of October ISSSTE (HR).

**MATERIAL AND METHODS:** Descriptive study, were compiled antecedents personal and medical of the hospitable registries of women of the HR, with surgical procedure of HTA.

**RESULTS:** The maternal age has relation with the practice of the obstetric hysterectomy and presentation of complications, relation of sanguineous loss with days in UCIA and hospital stay, antecedent of abdominal previous surgery conditions to increase the probability of this intervention. Main diagnoses: before surgery he was sign of work of childbirth, like cause the uterine atony and complication the hipovolemic shock, did not appear any death.



## INDICE

INTRODUCCIÒN.....	1
ANTECEDENTES.....	3
PLANTEAMIENTO.....	8
JUSTIFICACIÒN.....	9
OBJETIVOS.....	10
METODOLOGÌA.....	11
CONSIDERACIONES ETICAS.....	14
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÒN.....	40
CONCLUSIONES.....	44
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	46
ANEXOS.....	48

## I. INTRODUCCIÓN

La cesárea con histerectomía es una cirugía que fue concebida desde hace muchos años, desde sus inicios, este tipo de intervención quirúrgica fue ideada con el fin de salvar la vida de la paciente embarazada con complicaciones obstétricas. Al principio la técnica utilizada era muy primitiva, cruenta y se realizaba sin disponer de una anestesia adecuada, equipo, elementos sanguíneos y antibióticos, con una mortalidad muy alta a pesar de los pocos casos realizados.

No obstante los avances de la ginecología en las últimas décadas, la cesárea con histerectomía continúa siendo motivo de controversia; si bien fue ideada con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad materna debida a hemorragia y a la infección, es un procedimiento radical y mutilante, empleado en mujeres durante la edad reproductiva.

Las indicaciones para esta cirugía siguen siendo motivo de discusión, algunos autores argumentan que el fin de la cirugía debe ser ejecutada tan sólo como una medida para salvar la vida de la paciente, sin embargo, otros autores sugieren que la cesárea con histerectomía es un método aceptable incluso con el objeto de efectuar esterilización permanente.

Basados en nuestra investigación y en base a la revisión de expedientes, consideramos que existen motivos suficientes para establecer que la cesárea con histerectomía es una técnica apropiada en cierto tipo de pacientes sobre todo en aquellas donde su vida está en riesgo; por eso es importante reconocer que, a pesar de las técnicas anestésicas y quirúrgicas modernas, existe aún cierto grado de morbilidad asociada a la cesárea con histerectomía.

En México la mortalidad presentada en mujeres en edad reproductiva, es trascendente ya que dejan atrás de ellas orfandad, viudez y fragmentación familiar, siendo las causas originarias varias; pero es responsabilidad del sector salud en especial el Hospital Regional 1 ° de Octubre perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) evitar en lo posible la mortalidad y la alta morbilidad innecesaria producto de la práctica quirúrgica de la histerectomía.



El interés principal de este estudio es describir las características generales de éstas mujeres y los aspectos que pudieron influir con la presentación de la urgencia obstétrica, razón por la cual se práctica la histerectomía así como las complicaciones de la misma, con el fin de contribuir con esta información para orientar y reforzar las destrezas quirúrgicas del personal médico y favorecer de esta manera con una mejor atención y calidad de vida.



## II. ANTECEDENTES

### **Panorama general de la práctica de la histerectomía obstétrica**

La histerectomía obstétrica inicia originalmente en 1768 cuando Joseph Covallini sugiere por primera vez la cesárea-histerectomía fundamentándose en experimentos animales, aunque nunca lo llevó a cabo; fue Horacio Storer en el año 1869 quien realiza la primera cesárea-histerectomía en una gestante con un tumor previo, aunque la paciente falleció a las pocas horas. La primera cesárea-histerectomía con éxito fue la que realizó Eduardo Porro en Italia en una mujer con enanismo primípara que por curiosa coincidencia se apellidaba Covallini desde entonces la cesárea-histerectomía se llama operación de Porro<sup>3</sup>.

Con el fin de disminuir la morbimortalidad materna condicionada por hemorragia o infección, se describe la cesárea-histerectomía como una intervención de urgencia, en mujeres durante su edad reproductiva.

La histerectomía obstétrica es, probablemente, la operación con connotaciones más graves tanto para la madre como para su hijo. Está asociada a severas complicaciones maternas y neonatales las cuales están en directa relación con la patología que genera su indicación y a una elevada morbimortalidad materna debido a la patología condicionante y al procedimiento en sí mismo. En nuestro medio, se ha observado un incremento en la frecuencia de la histerectomía obstétrica, hecho también observado por otros autores<sup>13</sup>.

La placenta acreta se ha convertido en la indicación más frecuente, se genera así una situación altamente comprometedoras para el resultado obstétrico y perinatal. El fenómeno del acretismo placentario ha sido observado por diversos autores<sup>16,18,29,20</sup>, todos coincidiendo en comunicar un incremento en la incidencia de la histerectomía obstétrica.

No sólo se han observado casos de acretismo placentario en pacientes en el tercer trimestre del embarazo, sino que con hemorragias incoercibles en el primer trimestre, que necesariamente debieron finalizar en una histerectomía obstétrica, múltiples

informes de anatomía patológica corroboraron el diagnóstico de sospecha de acretismo placentario<sup>13,16,24,26</sup>. En función de estos datos, pareciera que nos hallamos frente a cambios en la incidencia y en las indicaciones de la histerectomía obstétrica. La técnica operatoria de la histerectomía por acretismo placentario es más compleja y con mayor distorsión de la anatomía que cuando la operación es realizada por atonía o rotura uterinas, debiendo enfrentar mayores complicaciones maternas e inclusive con un aumento en la tasa de mortalidad.

Aparentemente, la reiterada práctica de la cesárea abdominal, especialmente su repetición en la misma paciente, produciría alteraciones en el miometrio y decidua que generan anomalías en la inserción placentaria, originando finalmente el avance anormal del trofoblasto dentro de la pared uterina. El incremento de la cesárea iterativa en la actualidad, que es, a su vez, un factor predisponente para la inserción anormal de la placenta, tanto topográficamente como en profundidad, y la posibilidad de dehiscencia de cicatriz anterior, son factores que incrementan las rupturas uterinas condicionando una tendencia a elevar el número de las cesáreas-histerectomías que se realizan en las unidades hospitalarias.<sup>1</sup>

Las indicaciones para una histerectomía post-cesárea se discuten en relación con diferentes cuadros para los cuales esta indicada esta operación, unos pocos incluyen la infección intrauterina, una cicatriz groseramente defectuosa, un útero marcadamente hipotónico que no responde a los oxitócicos, prostaglandinas o masaje enérgico; desgarro de los vasos uterinos principales, grandes miomas y la displasia cervical severa o el carcinoma in situ de cérvix<sup>6</sup>.

En la enfermedad del trofoblasto puede recurrirse a la histerectomía como tratamiento, especialmente en mujeres que han concluido con su paridad. En la ruptura uterina la laparotomía exploradora esta indicada en casos de dehiscencia cicatrizal sin hemorragia luego de un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa, más aún en casos de ruptura manifiesta durante una prueba de trabajo de parto con frecuencia es necesario recurrir a la histerectomía. El embarazo intersticial alcanza aproximadamente el 3% de todas las gestaciones ectópicas, a causa de la mayor distensibilidad del miometrio que recubre la porción intersticial de la trompa, este se complica mas tardíamente entre la octava y decimosexta semana gestacional, la hemorragia puede ser



rápida y fatal debido a que el embarazo está ubicado entre el ovario y las arterias uterinas, en efecto los embarazos cornuales pueden ser fatales y la mujer fallecer antes de llegar al hospital. Debido a que la lesión es amplia suele ser necesaria la histerectomía, en el pasado el embarazo ectópico cervical era una forma rara de embarazo ectópico con una incidencia de 1 en 180000 embarazos, pero la incidencia parece ir en aumento, debido en parte a las formas más nuevas de fertilización asistida, en el pasado la histerectomía era la única elección disponible debido a la profusa hemorragia que acompañaba a la eliminación del embarazo cervical que incluso puede comprometer la vía urinaria<sup>3</sup>.

Sin duda a través de los años, gracias a los adelantos técnicos, superación de los procedimientos quirúrgicos, entrenamiento adecuado del médico y del uso correcto de los variados antibióticos, la morbimortalidad de esta intervención tiende a disminuir.

Aunque se desconoce la incidencia real, varios autores han comunicado índices de 0.5 a 1.5 por mil partos. Sin embargo otros autores reportan la incidencia de la histerectomía obstétrica como<sup>3,5,8</sup>:

AUTOR	INSTITUCIÓN	INCIDENCIA
García, et al, Cuba (1991-1998)	Privado	0.94 por 1000 partos
Ramírez, et al, Cuba (1980-1992)	Centro Médico Naval Sector Salud	1 por 1954 partos 1 por 1076 partos
Meza y Guarnido, Cuba (1989-1993)	Instituto Nacional de Perinatología	1 por 941 nacimientos
Orderique, (1988- 1997)	Sector Salud	6.62 por 1000 partos
Diversos Países (general)	Sector Salud	0.05 a 1.6 de 100 cesáreas
Navia, Chile (1991- 1995)	Sector salud	1 por 2283 partos
Estados Unidos	Sistema de salud	18.3 por 1000 cesáreas 0.08 en 1000 partos
Hiroyuki, Japón	Sistema de Salud	1 por 6978 partos
Adel, Jordania	Sistema de Salud	0.5 por 1000 partos

### Aspectos generales sobre la práctica de la histerectomía

La histerectomía de emergencia se define como la histerectomía vía cesárea ó la histerectomía realizada dentro de las 24 horas posteriores a la salida del producto vía vaginal, la cual puede ser realizada a causa de hemorragia masiva, sepsis tardía ó trabajo de parto prolongado y demás causas que amenacen las condiciones de vida. Aunque la necesidad de la histerectomía obstétrica de emergencia ha disminuido en años recientes, sigue siendo muy importante como procedimiento para salvaguardar la vida de la madre. El procedimiento ha estado en práctica formal desde hace más de 100 años<sup>6</sup>.

La histerectomía obstétrica de emergencia se puede llevar a cabo junto con una cesárea (cesárea-histerectomía) o después de ella, después de un parto vaginal o aborto o incluso en el puerperio, debido a complicaciones como la hemorragia post-parto, estados



infecciosos severos que llevan a una sepsis que no responde a los antibióticos y que requiera una desfocalización; por lo que las causas de histerectomías obstétricas de emergencia son la atonía uterina, el acretismo placentario, la ruptura y perforación uterinas y los cuadros sépticos puerperales y post-aborto <sup>3,8,10</sup>.

En la actualización de 1994 del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos se lee: "El aumento de la tasa de cesáreas en las últimas dos décadas ha contribuido a un aumento en la incidencia de placenta acreta. Por tanto, la más común y contemporánea indicación para la extirpación del útero durante la cesárea es la placenta anormalmente adherida... Otras razones para la histerectomía obstétrica incluyen la atonía uterina que no responde al tratamiento médico, la rotura uterina y los desgarros de grandes vasos uterinos que no son controlados por ligaduras y suturas", no se menciona a la sepsis como indicación<sup>2</sup>.

La indicación de histerectomía obstétrica se contempla cuando la hemorragia por inercia uterina postparto es excesiva, aunque algunos cirujanos inician primero con medidas médicas y luego medidas quirúrgicas conservadoras como la ligadura de las arterias uterinas y la anastomosis útero-ovárica, la sutura del sitio de implantación de la placenta, los puntos de Landau o de Lynch, y finalmente la ligadura de las arterias hipogástricas, pero ninguna de estas técnicas tiene la misma eficacia terapéutica que tiene la práctica de la histerectomía obstétrica; por lo tanto en una paciente inestable o en situación clínica de una hemorragia profusa que no cede al manejo médico conservador es recomendable realizar un tratamiento definitivo como es la histerectomía <sup>6,9,14</sup>.

En investigaciones realizadas en el Instituto de Perinatología de Cuba, se reportaron como factores de riesgo la multiparidad, edad mayor a 35 años, placenta previa, cesárea previa, situación transversa, trabajo de parto distócico y corioamnioitis entre otros <sup>3,15,18</sup>.



### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país, hasta el momento no se cuenta con suficiente información que contemple las características más comunes en las mujeres a quienes se les ha practicado la histerectomía obstétrica por diferentes razones y que puedan ser clasificadas en relación a su causa y evolución posquirúrgica.

Por lo que no se conoce con certeza, si estos factores se encuentran involucrados en la evolución y en la calidad de vida de éstas pacientes posterior a la intervención quirúrgica.

Por lo tanto, es necesario conocer los detalles que indujeron a la práctica de esta técnica quirúrgica y los resultados posteriores a su realización, con la finalidad de obtener un panorama de las destrezas de los médicos ginecobstétricos del sector salud en particular del Hospital Regional 1° de Octubre perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y de su preparación académica como servidor público a futuro con la seguridad de que podrá brindar las mejores opciones terapéuticas.

#### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la incidencia de la histerectomía obstétrica durante un periodo de 5 años (2000-2004), así como la morbimortalidad y la etiología de la misma, en el Hospital Regional de 1° de Octubre ISSSTE, México, D.F. 2004?

#### IV. JUSTIFICACIÓN

En 1912, el Dr. Lobo, médico e investigador venezolano <sup>2</sup> escribió: “La histerectomía total, en efecto, **constituye la única garantía de salud** para el organismo, cuando el agente patógeno ha salvado la barrera mucosa y penetrado profundamente en el tejido intersticial del útero, en los anexos y en la zona conectiva ambiente...”.

Aunque la aplicación de la técnica quirúrgica de la histerectomía obstétrica puede llegar a considerarse mutilante, tiende a ser necesaria en situaciones especiales anteponiendo las prioridades de salud en la mujer. Además de mostrar una baja tasa de mortalidad quirúrgica, es necesario conocer las causas que conllevan como solución curativa a su práctica en determinadas mujeres.

La falta de información confiable sobre las mujeres a quienes se les ha practicado esta técnica en México, demanda una investigación desde el punto de vista de las características más comunes que prevalecieron alrededor de éstas, para obtener un perfil de la aplicación de la histerectomía obstétrica con énfasis en las derechohabientes del ISSSTE.

El ISSSTE tiene la responsabilidad de ofrecer todas las medidas para salvaguardar la integridad física y mental de la población, que se ve expuesta a la aplicación de alguna medida quirúrgica. Uno de los elementos necesarios para el desarrollo efectivo de programas de calidad es la satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y resultados en su salud.

El propósito de este estudio, es indagar en los aspectos relacionados con la realización de la histerectomía obstétrica como son la incidencia y morbimortalidad, además de valorar de manera subjetiva los conocimientos adecuados de los médicos que establecen esta medida como solución curativa en mujeres con diagnósticos determinados.



## V. OBJETIVOS

### a. Objetivo General:

- Describir la incidencia, etiología y morbimortalidad en la práctica de la histerectomía obstétrica durante un período de 5 años (2000-2004), en el Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE.

### b. Objetivos Específicos:

- Describir las características prequirúrgicas de las mujeres a las que se les realizó histerectomía obstétrica, en el Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE.
- Describir las características de la evolución posquirúrgicas de las mujeres a las que se les realizó histerectomía obstétrica, en el Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE.



## VII. METODOLOGÍA

### a. Diseño del estudio

1. Tipo de Estudio: Estudio Transversal descriptivo.
2. Lugar y Tiempo: El estudio se llevó a cabo en la Ciudad de México, en el Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, durante un periodo de 5 años (2000-2004).
3. Fuente de información: La fuente de información la constituyen los expedientes médicos de las pacientes.

### b. Criterios de Selección

#### a. Criterios de inclusión:

- Mujeres mexicanas, en edad reproductiva, que aparezcan en los registros hospitalarios del Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, con procedimiento quirúrgico de histerectomía obstétrica, verificable en el expediente médico.

#### b. Criterios de exclusión:

- Mujeres que no cuenten con expediente médico completo.
- Mujeres que no se les haya realizado el procedimiento quirúrgico de histerectomía obstétrica.

#### c. Criterios de eliminación:

- Mujeres que no cuenten con datos completos en el registro hospitalario.
- Mujeres que se les haya realizado el procedimiento quirúrgico de histerectomía obstétrica, en otro hospital diferente al Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE.

### c. Variables:

#### Variable Dependiente:

La morbimortalidad de la histerectomía obstétrica

Variable(s) Independiente(s):

**Antecedentes personales de la mujer:**

- Edad actual
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil
- Hemotipo
- Consumo de tabaco

**Antecedentes Médicos de la Mujer:**

- Antecedentes personales patológicos
  - Cirugía abdominal previa
- Antecedentes ginecobstétricos:
  - Menarca
  - Inicio de Vida Sexual Activa
  - Número de embarazos
  - Número de partos
  - Número de cesáreas
  - Número de abortos
  - Número de embarazos ectópicos
  - Edad gestacional
  - Antecedentes del producto:
    - Peso
    - Apgar

**Antecedentes propios de la cirugía:**

Diagnóstico Prequirúrgico  
Diagnóstico Posquirúrgico  
Causa de histerectomía obstétrica  
Hallazgos  
Tipo de cirugía  
Ligadura de arterias hipogástricas  
Empaquetamiento abdominal  
Desempaquetamiento abdominal  
Cantidad de sangrado transoperatorio

Diagnóstico de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos  
 Complicaciones posquirúrgicas  
 Días de estancia intrahospitalaria

**Nota:** La operacionalización y definición de estas variables se encuentra en el Anexo 1 y Anexo 2 respectivamente.

**d. Muestra**

Se hizo cálculo de tamaño de muestra y se realizó muestreo aleatorio simple.

Se utilizó la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para estudios transversales de estimación de una proporción:  $n = N p q / (N-1) D + p q^*$ , con resultado de 20 pacientes necesarios para incluir en el estudio, los cuales incluyendo el 15% adicional en caso de pérdidas de sujetos (3) ofrece un total de 23 pacientes para llevar a cabo el estudio, durante el período de 2000 a 2004.

Símbolo	Significado	Valor
N	Tamaño total población derechohabiente	940,977**
p	Prevalencia aproximada a estudiar	0.002
q	1-p	0.998
D	Error $\beta$ y $\alpha$	0.0001
n	Tamaño de muestra obtenido	23

\*Fuente: Argimon JM, Jiménez J. Métodos de Investigación. Ed. Harcourt, 2000.

\*\*Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE.

**e. Plan de análisis:**

Se llevó a cabo un análisis simple con métodos estadísticos no paramétricos para hacer una descripción detallada de la población de estudio.

Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de toda la información obtenida, asentándose los resultados para cada una de las secciones del cuestionario: antecedentes personales, antecedentes médicos y evolución posquirúrgica.



Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS v 10.0. Posteriormente, se estudiaron las variables por medio de frecuencias simples como: medidas de tendencia central y dispersión, además se hizo un análisis utilizando  $X^2$ .

### VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por ser un estudio de tipo Observacional, no hubo intervención en la exposición de factores involucrados ni en la evolución del padecimiento.

## IX. RESULTADOS

Se realizó un análisis descriptivo del total de nuestra muestra (23 casos), recopilados durante el período 2000-2004 en el servicio de ginecología del Hospital Regional 1° de Octubre, el sexo estudiado fueron exclusivamente mujeres derechohabientes ISSSTE; esto es originado por las características propias del tipo de intervención que es la histerectomía obstétrica y del servicio.

Por edad, el promedio fue de 32 años con valor mínimo de 20 y el máximo de 39, las edades con mayor número de pacientes fueron 31, 35 y 38 años (Cuadro #1), se consideraron madres jóvenes aquellas mayores ó igual a 35 años las cuales correspondieron al 47.7% (11) de nuestras pacientes; observando que después de los 30 años de edad las mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir una cirugía de emergencia como lo es la histerectomía obstétrica.

Cuadro #1

**Distribución por edad, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1°  
Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004**

EDAD	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
20	2	8.7
25	2	8.7
26	1	4.3
29	1	4.3
30	1	4.3
31	3	13.0
32	1	4.3
33	1	4.3
35	3	13.0
36	1	4.3
37	2	8.7
38	3	13.0
39	2	8.7
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>



La ocupación predominante fue el hogar con 52.2% (12), el grupo de profesionista se presentó en el 34.8% (8) y el rubro de empleado 13% (3). Mientras que la escolaridad más usual fue el nivel de Licenciatura (como lo son maestras (6), licenciada (1) y enfermera (1)) con 34.8% (8), nivel básico de primaria con 30.4% (7), secundaria 17.4% (4) y preparatoria 17.4% (4); lo cual indicaba que la mayoría de nuestras pacientes tenían un nivel socio-cultural que favoreció el entendimiento de la situación que orilló a efectuarse la intervención quirúrgica (Cuadro #2).

#### Cuadro #2

#### Distribución por ocupación y escolaridad, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004

OCUPACIÓN	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Hogar	12	52.2
Profesionista (Licenciada, Maestra, Enfermera)	8	34.8
Empleado (secretariado)	3	13.0
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>
ESCOLARIDAD	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Licenciatura	8	34.8
Primaria	7	30.4
Secundaria	4	17.4
Preparatoria	4	17.4
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

Un punto importante es que el 100% de las pacientes en estudio tenían pareja estable ya sea en unión libre con 21.7% (5), ó casadas con 78.3% (18) (Cuadro #3). El apoyo moral ofrecido por sus parejas, fue de suma importancia para que mantuvieran un estado psicológico estable y tranquilo después de una cirugía mutilante como lo es la histerectomía obstétrica.



Cuadro #3

**Distribución por estado civil, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004**

ESTADO CIVIL	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Casada	18	78.3
Unión Libre	5	21.7
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

En cuanto al tipo sanguíneo que prevaleció como mayoría fue el "O" positivo con 78.3% (18), "A" positivo 17.4% (4) y "B" positivo 4.3% (1) (Cuadro #4).

Cuadro #4

**Distribución por hemotipo, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004**

HEMOTIPO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
O+	18	78.3
A+	4	17.4
B+	1	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

Referente al consumo de tabaco el 87% (20) lo negaron y 13% (3) confirmaron esta adicción (Cuadro #5).

Cuadro #5

**Distribución por consumo de tabaco, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004**

TABAQUISMO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Negativo	20	87.0
Positivo	3	13.0
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

El diagnóstico de cirugía abdominal previa como antecedente quirúrgico fue la cesárea con 56.5% (13), colecistectomía con 8.7% (2), apendicectomía y laparotomía exploradora con 4.3% cada uno y 26.1% (6) sin el antecedente (Cuadro #6).

De las 13 pacientes que tuvieron el antecedente de cesárea previa, por número de cesárea se distribuyeron de la siguiente forma: 8 pacientes presentaron una cesárea previa, 4 pacientes con 2 cesáreas como antecedente y una sola paciente con 3 cesáreas practicadas con anterioridad; aunque la literatura revisada se refiere que a mayor número de cesárea es mayor el riesgo para la práctica de histerectomía – obstétrica.

Cuadro #6

**Distribución por cirugía abdominal previa, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004**

NÚMERO DE CESÁREAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Cesárea	13	56.5
Colecistectomía	2	8.7
Apendicectomía	1	4.3
Laparotomía exploradora	1	4.3
Sin antecedente	6	26.1
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>



La menarca se hizo presente entre los 12 y 13 años de edad con 60.8% (14), con un mínimo de 10 y máximo de 15 años, por edades individuales se distribuyó en la edad de 10 años 4.3% (1), 11 años 8.7% (2), 14 años 13% (3) y 15 años con 13% (3).

El inicio de la vida sexual activa fue a la edad promedio de 20 años con un mínimo de 15 y un máximo de 32 años (Cuadro #7)

Cuadro #7

**Distribución por menarca e inicio de vida sexual activa, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004**

MENARCA	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
10	1	4.3
11	2	8.7
12	7	30.4
13	7	30.4
14	3	13.0
15	3	13.0
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>
IVSA	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
15	3	13.0
16	1	4.3
17	5	21.7
18	2	8.7
19	3	13.0
20	2	8.7
21	1	4.3
22	2	8.7
26	1	4.3
28	1	4.3
29	1	4.3
32	1	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>



En cuanto al número de gestas, se presentó una media de 3 con 39.1% (9), con un mínimo de 1 y un máximo de 5; siendo consideradas multigestas aquellas con 3 ó más gestas, se presentaron 15 siendo el (65.1%), el 34.9% presentaron 2 ó menos gestas como antecedentes (Cuadro #8). Solo **dos primigestas** fueron **histerectomizadas** en nuestro estudio, lo que representa desafortunadamente el **cese de su ciclo reproductivo**.

Cuadro #8

**Distribución por número de embarazos, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004**

NÚMERO DE GESTAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	2	8.7
2	6	26.1
3	9	39.1
4	5	21.7
5	1	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

La cantidad de partos fue en la mayoría de 1 con 26.1% (6), 2 partos 4.35% (1), 3 partos 13% (3) y el 56.5% (13) restante no tuvieron antecedentes de atención de partos, debido a que sus embarazos previos se resolvieron ya sea por vía abdominal (cesárea) ó bien concluyeron como aborto.

La atención por número de cesáreas fue de una con 39.1% (9) con un mínimo de 1 y un máximo de 4 cesáreas, antecedente de 2 cesáreas 34.8% (8), 3 cesáreas 17.4% (4), 4 cesáreas 4.3% (1) y solo una paciente no fue atendida por esta intervención (4.3%), cabe mencionar que dentro de este rubro esta incluida la cesárea - histerectomía como última resolución del embarazo (Cuadro #9).



Cuadro #9

Distribución por número de partos y número de cesáreas, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004

NÚMERO DE PARTOS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	6	26.1
2	1	4.3
3	3	13.0
Sin antecedente	13	56.5
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>
NÚMERO DE CESÁREAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	9	39.1
2	8	34.8
3	4	17.4
4	1	4.3
Sin antecedente	1	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

El 17.4% (4) presentaron como historial un aborto y una paciente (4.3%) presentó 3 abortos, 18 pacientes (78.3%) negaron el antecedente. Y solamente una paciente (4.3%) tuvo el antecedente de un embarazo ectópico (Cuadro #10).

Cuadro #10

Distribución por número de abortos y número de embarazos ectópicos, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004

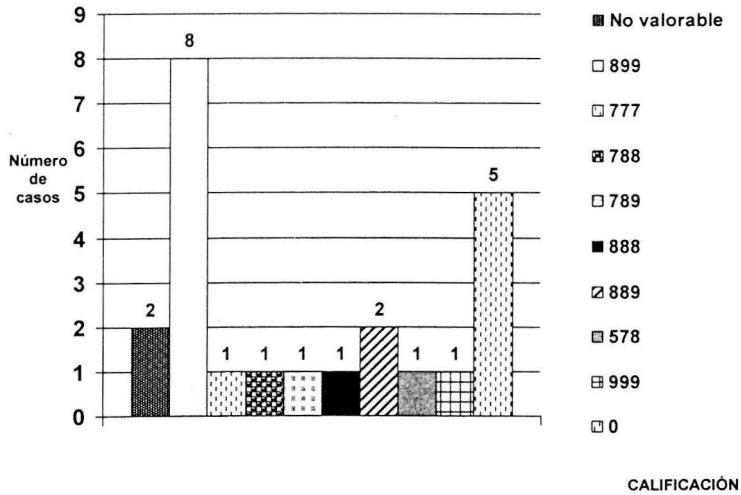
NÚMERO DE ABORTOS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	4	17.4
3	1	4.3
Sin antecedente	18	78.3
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>
NÚMERO DE EMBARAZOS ECTÓPICOS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	1	4.3
Sin antecedente	22	95.7
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

Del total de nuestra muestra de pacientes puérperas, variaron considerablemente la edad gestacional con un promedio de 35 semanas de gestación, mínimo de 6 y un máximo de 41 semanas, sin embargo la edad gestacional con mayor demanda fue la 38ª semana donde se presentaron 3 pacientes (13%).

Con relación a los datos del producto, se obtuvo una media de 2402 gramos como peso, con un mínimo registrado de 1530 y un máximo de 3650 gramos; por lo que no encontramos a la macrosomía fetal (mayor a 4000 gramos) como factor de riesgo para la atonía uterina y por ende a la cesárea – histerectomía. La puntuación de Apgar para el producto fue de 8-9-9 al momento del evento con 34.8% (8) de igual manera el grupo de productos con Apgar no valorable fue de 8.69% (2) productos con alteraciones funcionales al nacer y a los cuales en forma inmediata se les aplicó asistencia ventilatoria, como producto óbito se presentaron 21.73% (5) con calificación de Apgar 0-0-0, de los cuales 3 fueron a causa del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, mientras que los otros dos fue secundaria a la diabetes gestacional y por preeclampsia severa, el resto se presentó con una distribución de 1 caso para cada calificación, excepto para 8-8-9 con dos casos (Gráfica #1). Recordando que un embarazo fue ectópico el cual anula el producto y un embarazo fue gemelar obteniéndose 22 embarazos con 23 productos.

Gráfica #1

**DISTRIBUCIÓN POR CALIFICACIÓN DE APGAR, EN LOS PRODUCTOS DE MUJERES CON HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA, EN EL HOSPITAL 1° DE OCTUBRE ISSSTE, MÉXICO, D.F. 2000-2004**



Los principales diagnósticos prequirúrgicos fueron: pródromos de trabajo de parto con 8 casos, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con 6, óbito en 5 casos y preeclampsia severa, sufrimiento fetal inicial, miomatosis uterina y cesárea iterativa con 4 casos cada uno; ruptura prematura de membranas, antecedente de cesárea previa con 3 casos cada uno; la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, el síndrome anémico, trabajo de parto latente, síndrome doloroso abdominal, desproporción cefalopélvica y oligohidramnios severo con 2 casos cada uno; el diagnóstico de madre añosa, placenta previa sangrante, cérvix desfavorable, trabajo de parto activo, situación transversa, periodo intergenésico corto, probable embarazo ectópico, diabetes gestacional, presentación pélvica y embarazo gemelar con 1 caso cada uno, es necesario considerar que los diagnósticos serán inferidos por número de casos ya que una sola paciente podía tener más de 2 diagnósticos (Cuadro #11).

Cuadro #11

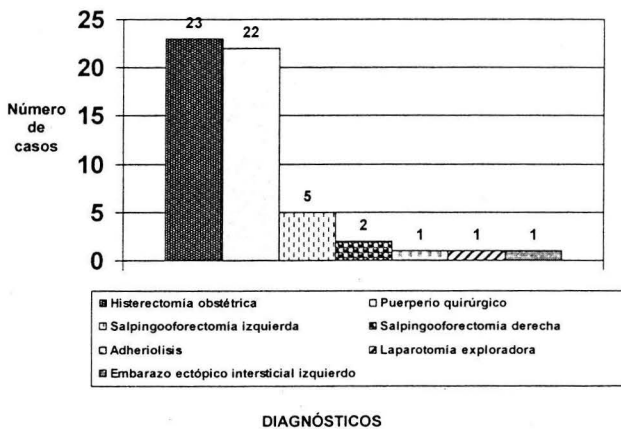
**Distribución por diagnósticos pre-quirúrgicos, en mujeres con Histerectomía  
Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004**

DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE CASOS
Pródromos de trabajo de parto	8
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	6
Óbito	5
Cesárea iterativa	4
Sufrimiento fetal inicial	4
Miomatosis uterina	4
Preeclampsia severa	4
Ruptura prematura de membranas	3
Cesárea previa	3
Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo	2
Síndrome anémico	2
Trabajo de parto latente	2
Síndrome doloroso abdominal	2
Desproporción cefalopelvica	2
Oligohidramnios severo	2
Madre añosa	1
Placenta previa sangrante	1
Cérvix desfavorable	1
Trabajo de parto activo	1
Situación transversa	1
Periodo intergenésico corto	1
Probable embarazo ectópico	1
Diabetes gestacional	1
Presentación pélvica	1
Embarazo gemelar	1

Los diagnósticos otorgados posquirúrgicos, en el 100% fue la histerectomía obstétrica y el 95.7% (22) tuvo puerperio quirúrgico; mientras que la realización de salpingooforectomía izquierda se efectuó en 5 casos, la salpingooforectomía derecha en 2 casos; la adheriolisis, la laparotomía exploradora y el embarazo ectópico intersticial izquierdo en un solo caso cada uno, es necesario considerar que los diagnósticos serán inferidos por número de casos ya que una sola paciente podía tener más de 2 diagnósticos (Gráfica #2).

Gráfica #2

**Distribución por diagnóstico post-quirúrgico, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004**

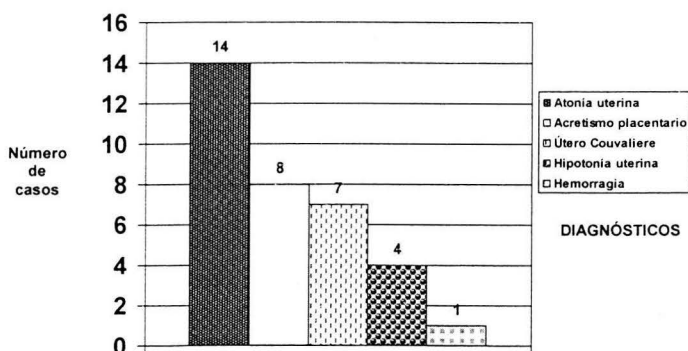


La principal causa registrada para llevar a cabo la intervención de histerectomía obstétrica fue atonía uterina con 60.9% (14), posteriormente el acretismo placentario con 34.8% (8) y el útero de Couvaliere con 30.4% (7), la hipotonía uterina presentó 4 casos y la hemorragia estuvo presente en un solo caso; es importante hacer realce en que las pacientes pudieron tener más de un diagnóstico (Gráfica #3).



Gráfica #3

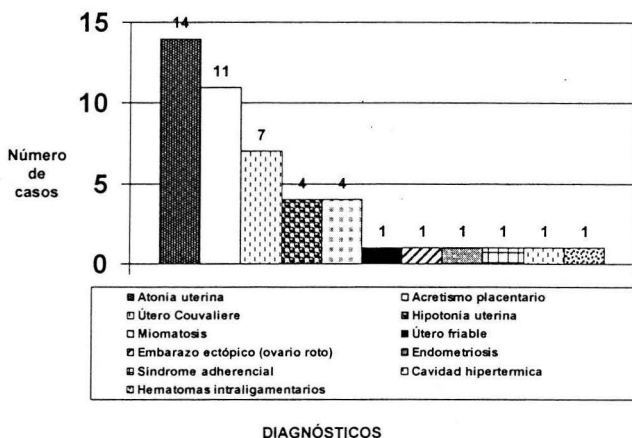
**Distribución por causa, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital  
1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004**



El hallazgo más frecuente fue la presencia de atonía uterina con 60.9% (14), acretismo placentario con 47.8% (11) y útero de Couvaliere con 30.4% (7), siendo muy similares a los diagnósticos por causa; además se presentaron 4 casos de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, hipotonía uterina y miomatosis uterina con 4 casos cada uno, el acretismo placentario estuvo presente en 3 casos y el útero friable, embarazo ectópico, endometriosis, síndrome adherencial, cavidad hipertérmica, hematomas intraligamentarios con 1 caso cada uno; más de un hallazgo estuvo presente en una sola paciente (Gráfica #4).

Gráfica #4

Distribución por hallazgo, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004



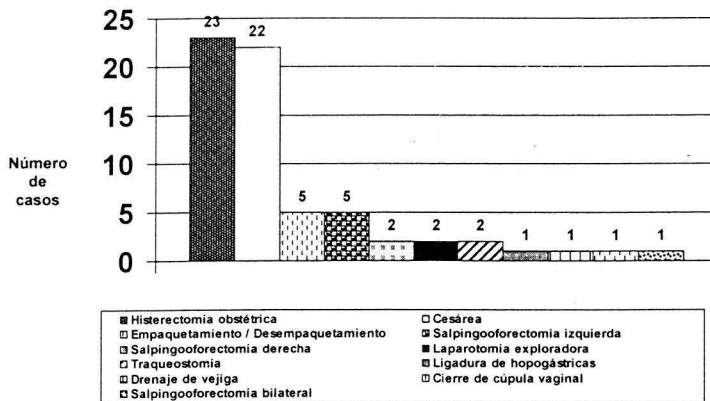
El principal tipo de intervención quirúrgica efectuado en el 100% (23) fue la histerectomía obstétrica, en el 95.7% (22) se les efectuó conjuntamente la cesárea (debido a que una paciente presentó embarazo ectópico), además a 5 pacientes se les efectuó la técnica de empaquetamiento y desempaquetamiento, a 5 se les realizó la salpingooforectomía izquierda, la salpingooforectomía derecha en 2 pacientes, la salpingooforectomía bilateral fue en un caso; ligadura de las arterias hipogástricas, la laparotomía exploradora y traqueostomía en 2 pacientes cada uno, el drenaje de vejiga, legrado uterino instrumentado y cierre de cúpula vaginal se llevó a cabo en una paciente cada uno; en cada caso se particularizó y se efectuaron una ó varias intervenciones según se requirieran (Gráfica #5).

De 23 pacientes solo a 16 (69.56%) únicamente se les realizó la histerectomía obstétrica, 5 de 23 (21.73%) se les hizo histerectomía obstétrica mas salpingooforectomía izquierda, 2 de 23 (8.69%) se les hizo histerectomía obstétrica más salpingooforectomía derecha, y

1 de 23 (4.34%) histerectomía obstétrica mas salpingooforectomía bilateral, independiente de los tiempos quirúrgicos.

Gráfica #5

Distribución por tipo de intervención, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000- 2004



DIAGNÓSTICOS

En cuanto los eventos quirúrgicos que requirió la paciente para evitar las complicaciones propias de la evolución de una cesárea – histerectomía y que de esta manera disminuya la morbimortalidad materna, el promedio fue de un solo tiempo quirúrgico, con un mínimo de uno y un máximo de 6 tiempos quirúrgicos.

En forma desglosada se efectuó la intervención cesárea - histerectomía realizada en el mismo tiempo quirúrgico en 14 pacientes, de las cuales se les realizó salpingooforectomía derecha a una paciente y la salpingooforectomía izquierda a 2 pacientes.

Con 2 eventos quirúrgicos se presentaron solo 2 pacientes, la primera con cesárea y posteriormente la histerectomía obstétrica, en la segunda paciente fue la cesárea - histerectomía y la intervención desarrollada durante el segundo evento fue una laparotomía exploradora.

Con tres eventos fueron 2 pacientes de las cuales se les realizó cesárea - histerectomía con empaquetamiento y desempaquetamiento como segunda y tercera intervención respectivamente.

Con 5 intervenciones se presentaron 3 pacientes que en forma individual se le realizó cesárea posteriormente la histerectomía, empaquetamiento con el subsecuente desempaquetamiento y finalizando como recurso para el control de la hemorragia la práctica de la ligadura de las arterias hipogástricas; la segunda paciente se le realizó cesárea - histerectomía con salpingooforectomía derecha como primer evento quirúrgico, posteriormente la salpingooforectomía izquierda y como tercer y cuarto evento el empaquetamiento y desempaquetamiento y como último recurso la ligadura de las arterias hipogástricas; y la tercera paciente fue cesárea - histerectomía, luego una salpingooforectomía izquierda, en otro tiempo quirúrgico el empaquetamiento con su respectivo desempaquetamiento a las 48 a 72 horas terminando con una traqueostomía por complicaciones respiratorias como lo fueron el SIRPA y la fibrosis pulmonar.

A una sola paciente se le realizaron varias intervenciones en 6 tiempos quirúrgicos, que fueron cesárea - histerectomía seguida de salpingooforectomía bilateral, la tercera intervención fue cierre de cúpula vaginal, posteriormente fue drenaje de hematoma de vejiga, el quinto fue legrado uterino instrumental terminando con una traqueostomía por complicaciones respiratorias; a la paciente restante con diagnóstico de embarazo ectópico se le realizó una cirugía la cual fue una laparotomía que culminó con un histerectomía total abdominal mas salpingooforectomía izquierda.

Cuadro #12

**Distribución por tiempos quirúrgicos e intervención, en mujeres con Histerectomía Obstétrica, en el Hospital 1° de Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000-2004**

Tiempos quirúrgicos	Número de pacientes	Procedimientos
1	14	cesárea – histerectomía <ul style="list-style-type: none"> <li>• salpingooforectomía derecha (1)</li> <li>• salpingooforectomía izquierda (2)</li> </ul>
2	2	cesárea <ul style="list-style-type: none"> <li>• histerectomía</li> </ul> cesárea – histerectomía <ul style="list-style-type: none"> <li>• laparotomía exploradora</li> </ul>
3	2	cesárea – histerectomía <ul style="list-style-type: none"> <li>• empaquetamiento</li> <li>• desempaquetamiento</li> </ul>
5	3	cesárea <ul style="list-style-type: none"> <li>• histerectomía, empaquetamiento, desempaquetamiento, ligadura arterias hipogástricas</li> </ul> cesárea – histerectomía- salpingooforectomía derecha <ul style="list-style-type: none"> <li>• salpingooforectomía izquierda, empaquetamiento, desempaquetamiento, ligadura de arterias hipogástricas</li> </ul> cesárea – histerectomía <ul style="list-style-type: none"> <li>• salpingooforectomía izquierda, empaquetamiento, desempaquetamiento, traqueostomía</li> </ul>
6	1	cesárea – histerectomía <ul style="list-style-type: none"> <li>• salpingooforectomía bilateral, cierre de cúpula vaginal, drenaje de hematoma de vejiga, legrado uterino instrumental, traqueostomía</li> </ul>

La paciente con diagnóstico de embarazo ectópico, se le realizó: laparotomía + histerectomía total abdominal + salpingooforectomía izquierda (en un solo tiempo quirúrgico).

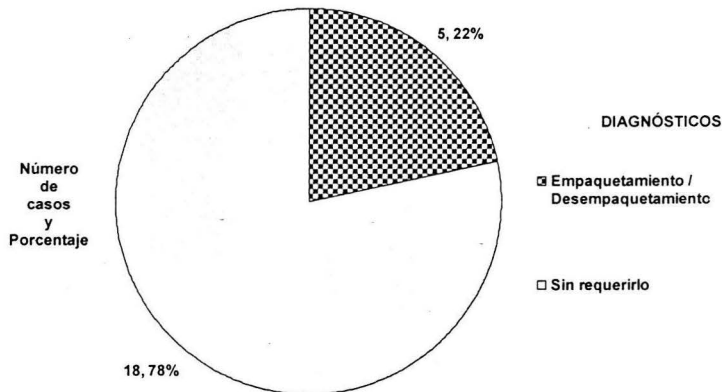
Cabe mencionar que de las 22 pacientes embarazadas a 2 pacientes primero se le hizo la cesárea (puerperio quirúrgico inmediato) y posteriormente la histerectomía obstétrica y/o demás cirugías dependiendo de su evolución. Y a las 20 restantes se le hizo la cesárea - histerectomía en el mismo tiempo quirúrgico y en algunas otras las cirugías que requirieran dependiendo de su evolución.

La cantidad de sangrado transoperatorio fue en promedio de 2415 ml, con un mínimo de 1000 y un máximo de 5000 ml de pérdida sanguínea.

En solo el 8.7% (2) se realizó la ligadura de las arterias hipogástricas; en el 21.7% (5) se llevó a cabo el empaquetamiento abdominal y de igual manera a 5 pacientes se les efectuó el desempaquetamiento abdominal en 48 a 72 horas posteriores al empaquetamiento con la finalidad de evitar la sepsis abdominal y el proceso adherencial; por lo tanto al 78.3% (18) restante no se les efectuó estas técnicas ocasionado por una evolución favorable (Gráfica #6).

Gráfica #6

**Distribución por realización de técnica de empaquetamiento /  
desempaquetamiento, en mujeres con Histerectomía Obstétrica, en el Hospital 1°  
de Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000-2004**

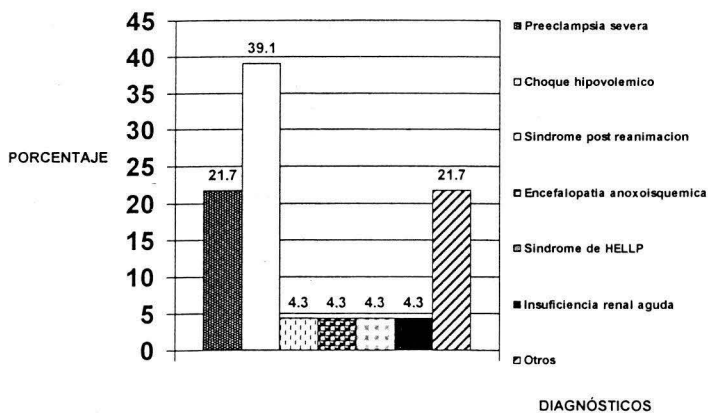


Todas tenían el diagnóstico de puerperio quirúrgico e hysterectomizadas, pero el principal diagnóstico causante del ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto (UCIA) en la paciente puerpera intervenida quirúrgicamente fue: (9) con choque hipovolémico, preeclampsia severa (5), Síndrome de HELLP e insuficiencia renal aguda con (1) y cabe mencionar que una sola paciente presentó paro cardiorespiratorio en recuperación por lo que ingresa a terapia con diagnóstico de Síndrome de Post-reanimación y Encefalopatía Anoxo-isquémica; varias pacientes presentaron más de un diagnóstico de ingreso (Gráfica #7).

Entre otros diagnósticos fueron las intervenciones quirúrgicas realizadas previamente y registradas en el expediente clínico. Lo que refleja la morbilidad totalmente variable, en la práctica de la hysterectomía obstétrica.

Gráfica #7

**Distribución por diagnóstico de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto, en mujeres con Histerectomía Obstétrica, en el Hospital 1° de Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000-2004**



Con un promedio de estancia en la UCIA de 10.3 días, con un mínimo de 3 y un máximo de 27 días, las pacientes ingresadas a este servicio fueron 10 (43.5%) y el 56.5% (13) no tuvieron la necesidad de requerirlo; los días de estancia intrahospitalaria en total fueron en promedio de 12 días, mínimo de 3 y máximo de 52 días incluyendo los días que estuvieron las pacientes hospitalizadas en UCIA, según fuera el caso.

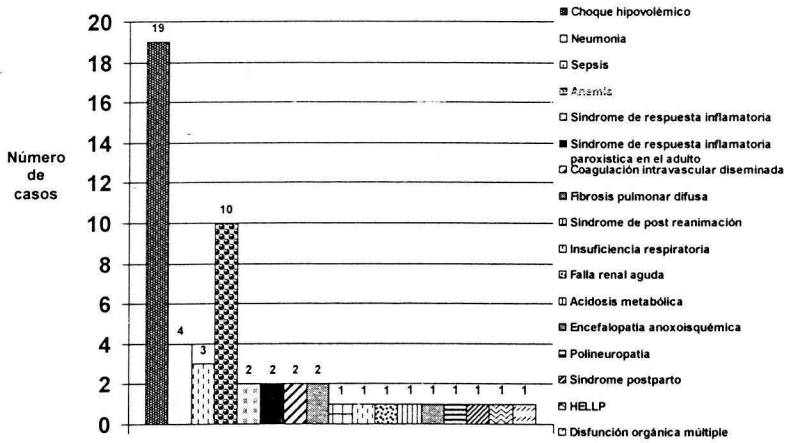
Las principales complicaciones encontradas en la evolución posquirúrgica de la paciente fue la presentación de choque hipovolémico en el 82.6% (19), anemia 43.47% (10), posteriormente la neumonía con 17.4% (4) y la sepsis con 13.04% (3).

Otros diagnósticos fueron la presentación de el síndrome de respuesta inflamatoria, SIRPA, fibrosis pulmonar difusa y coagulación intravascular diseminada con 2 casos cada uno, la presentación de síndrome de reanimación, insuficiencia respiratoria, falla renal aguda, acidosis metabólica, encefalopatía anoxo-isquémica, polineuropatía, síndrome postparto, disfunción orgánica múltiple y síndrome de HELLP contribuyó con 1 caso cada una; estos eventos aunados con otros diferentes aumentaron el deterioro de la paciente y la evolución de cada una en forma variable sin embargo no hubo defunciones (Gráfica #8).



Gráfica #8

Distribución por tipo de complicaciones, en mujeres con Histerectomía Obstétrica, en el Hospital 1° de Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000-2004



DIAGNÓSTICOS

Es importante señalar, que en nuestro estudio **no se presentó ninguna defunción**, lo cual indica que la capacidad del servicio de ginecología en conjunto con el servicio de anestesiología y terapia intensiva otorgan un adecuado manejo médico y humanista, anteponiendo la recuperación satisfactoria en todos los sentidos y favoreciendo de la mejor manera la calidad de vida a las pacientes derechohabientes de nuestra institución.

Los resultados más sobresalientes de las variables estudiadas, fueron:

VARIABLE	RESULTADO
Edad	Promedio de 32 años
Escolaridad	Licenciatura
Ocupación	Hogar
Estado civil	Casada
Tipo sanguíneo	"O" positivo
Consumo de tabaco	Negativo
Inicio de vida sexual activa	20 años
Menarca	12 – 13 años
Número de embarazo(s)	3 gestas
Número de parto(s)	1
Número de aborto(s)	Ninguno
Número de cesárea(s)	1
Número de embarazo(s) ectópico(s)	Ninguno
Antecedente de cirugía abdominal previa	Cesárea
Edad gestacional (semanas de gestación)	35 semanas
Diagnóstico prequirúrgico	1) Pródromos de trabajo de parto 2) Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta 3) Miomatosis
Diagnóstico posquirúrgico	1) Histerectomía total abdominal obstétrica 2) Puerperio quirúrgico 3) Salpingooforectomía izquierda
Causa de la histerectomía obstétrica	1) Atonía uterina 2) Acretismo placentario 3) Útero Couvaliere
Hallazgos	1) Atonía uterina 2) Acretismo placentario 3) Útero Couvaliere
Sangrado transoperatorio	2415 ml

<b>Diagnóstico</b> (Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto)	1) Choque hipovolémico 2) Preeclampsia severa 3) Síndrome de HELLP
<b>Días de estancia en UCIA</b>	10.3 días
<b>Días de estancia intrahospitalaria</b>	12 días
<b>Ligadura de arterias hipogástricas</b>	Solo al 8.7% (2)
<b>Empaquetamiento</b>	Solo al 21.7% (5)
<b>Desempaquetamiento</b>	Solo al 21.7% (5)
<b>Tipo de cirugía</b>	1) Histerectomía obstétrica 2) Cesárea 3) Salpingooforectomía izquierda
<b>Complicaciones</b>	1) Choque hipovolémico 2) Anemia 3) Neumonía
<b>Mortalidad</b>	Ninguna
<b>Datos del producto:</b>	
<b>Peso</b>	2402 gramos
<b>Apgar</b>	8-9-9

Se realizó cruce de variables, como lo son la edad y el resto de variables sociodemográficas con el diagnóstico prequirúrgico, diagnóstico posquirúrgico, causa de la práctica de la histerectomía obstétrica, hallazgos, tipo de cirugía, cantidad de sangrado, diagnóstico de ingreso y días de estancia en la UCIA, días de estancia intrahospitalaria y complicaciones, aplicando la prueba no paramétrica de  $X^2$  y correlación, obteniéndose lo siguiente como estadísticamente significativo:

- La edad materna tiene relación directamente proporcional con la práctica de la histerectomía obstétrica, esto quiere decir que a mayor edad mayor posibilidad de efectuarle la cirugía antes mencionada ( $X^2=30.667$ ,  $p=0.004$ , Correlación +1.343)
- A mayor edad materna, mayor probabilidad de presentar complicaciones posquirúrgicas ( $X^2=32.281$ ,  $p=0.003$ , Correlación +1.873) (Cuadro #13)

Cuadro #13

**Relación por edad y principales complicaciones, en mujeres con Histerectomía Obstétrica en el Hospital 1° Octubre ISSSTE, México, D.F. 2000-2004**

EDAD	PRINCIPALES COMPLICACIONES			
	Choque hipovolémico	Anemia	Sepsis	Neumonía
20	1			1
25	2	2		
26	1		1	
29	1	1		
30	1	1		
31	2	2	1	
32			1	
33	1			1
35	3	2		
36	1			
37	2	1		1
38	2	1		
39	2			1
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

- A mayor pérdida sanguínea, se requiere aumentar los días de hospitalización en la unidad de cuidados intensivos del adulto; generalmente por condiciones ajenas al servicio como son la adquisición a tiempo de hemoderivados ( $X^2=106.5$ ,  $p=0.004$ , Correlación +2.109)
- A mayor pérdida sanguínea, se requiere aumentar los días de estancia intrahospitalaria ( $X^2=195.5$ ,  $p=0.004$ , Correlación +3.376)
- El antecedente de la intervención cesárea como cirugía previa abdominal, condiciona aumentar la probabilidad de someter a la paciente a una histerectomía obstétrica ( $X^2=23.000$ ,  $p=0.002$ , Correlación +1.277)

En el resto de las variables no se obtuvieron valores estadísticamente significativos ya que varias casillas se encontraban con valores menores de 5 ó vacías, con  $X^2$  menores al valor esperado de  $\pm 3.8416$ ; lo cual incapacita a la prueba a ser válida.

De igual manera se cruzaron el resto de las variables sociodemográficas (estado civil, nivel de escolaridad, ocupación) con los antecedentes ginecobstétricos (número de embarazos, número de partos, número de cesáreas, número de abortos, número de embarazos ectópicos, inicio de vida sexual activa, edad gestacional y menarca); sin obtener significancia estadística.

Obteniéndose por lo tanto como resultados de nuestro estudio lo siguiente: edad promedio 32 años, escolaridad nivel de Licenciatura, ocupación predominante labores propias del hogar, estado civil casada, tipo sanguíneo "O" positivo, la gran mayoría negó el consumo directo del tabaco, el inicio de vida sexual activa en promedio fue a los 20 años, menarca entre los 12 y 13 años, número de embarazos fue en promedio de 3 gestas (consideradas a partir de este número multigestas, las cuales fueron 11), número de partos fue en promedio de uno, número de abortos ninguno, número de cesáreas previas uno, número de embarazos ectópicos ninguno; como principal antecedente de cirugía abdominal previa fue la realización de cesárea, edad gestacional 38 semanas de gestación, con diagnóstico prequirúrgico de pródomos de trabajo de parto, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y miomatosis; con diagnóstico posquirúrgico de histerectomía obstétrica, Puerperio quirúrgico y salpingooforectomía izquierda; principales causas que originaron la práctica de la histerectomía obstétrica fueron la Atonía uterina, Acretismo placentario y Útero Couvaliere, con los hallazgos más importantes de Atonía uterina, Acretismo placentario y nuevamente de Útero Couvaliere, con un sangrado transquirúrgico promedio de 2415 ml; siendo los principales diagnósticos de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto el choque hipovolémico, preeclampsia severa y síndrome de HELLP; la media de días de estancia en UCIA fue de 10.3 días donde 10 pacientes tuvieron que recurrir a este servicio, la media de días de estancia intrahospitalaria fue de 12 días; para control de hemorragias se realizó la ligadura de arterias hipogástricas en solo al 8.7% (2), el empaquetamiento y desempaquetamiento al 21.7% (5) en las 48 a 72 horas posteriores, los tipos de cirugía más realizados fueron la histerectomía obstétrica, la cesárea y la salpingooforectomía izquierda; las complicaciones que más se presentaron fueron el choque hipovolémico, la anemia y neumonía, no se presentó ninguna defunción. En cuanto a los datos del producto: peso promedio de 2402 gramos y un Apgar de 8-9-9.

Son de gran aportación las características predominantes obtenidas en nuestro grupo de estudio como derechohabientes del ISSSTE.

## X. DISCUSIÓN

La histerectomía en el estado grávido-puerperal implica una decisión rápida, y determinante porque, en la mayoría de las ocasiones, se trata de mujeres jóvenes con órganos genitales sanos y con un entorno social muy definido y particular; mientras que en otras ocasiones, es la única alternativa para evitar la muerte de la paciente, poniendo en el criterio del médico la prioridad de elegir. Por ello es conveniente y necesario revisar periódicamente aspectos relativos a esta operación, especialmente en lo que se refiere a indicaciones y morbimortalidad.

La histerectomía de emergencia durante el período del periparto se realiza cuando las condiciones obstétricas ponen en peligro la preservación de la vida. Incluye ambas histerectomías tanto la que se realiza postcesárea como la que se lleva a cabo postparto.

En un estudio realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza" durante el periodo de un año, se recopilaron pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica. La edad de las pacientes fue de 20 a 41 años, los principales diagnósticos prequirúrgicos fueron la ruptura prematura de membranas que tuvo una frecuencia de 32%, la preeclampsia severa 20% y la miomatosis uterina 16%. La estancia hospitalaria promedio fue de 12 días. Las anomalías señaladas como hallazgos en este estudio, incluyen trastornos orgánicos como la miomatosis, hidrocefalia, perforación uterina, útero bicornes y la ruptura prematura de membranas, así como los trastornos funcionales como la preeclampsia severa, obesidad materna, embarazo con portación de DIU y la cardiopatía por doble lesión mitral. El Apgar de los recién nacidos vivos a término, mostró una baja calificación al primer minuto, con buena recuperación en la mayoría de los casos<sup>4</sup>.

En comparación, uno de los principales hallazgos de nuestro trabajo con el descrito previamente, fue que la edad de las paciente fluctuó en promedio de 32 años, considerando que casi la mitad eran madres afeas; se realizaron 23 histerectomías obstétricas donde la gran mayoría se acompañó de cesáreas, el principal diagnóstico prequirúrgico fue pródromos de trabajo de parto, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y miomatosis uterina, y el diagnóstico posquirúrgico más usual fue la histerectomía obstétrica, el puerperio quirúrgico y la salpingooforectomía izquierda; siendo la principal causa y hallazgo en la intervención la atonía uterina, acretismo

placentario y útero Couvaliere; la principal complicación registrada fue el choque hipovolémico, anemia y la neumonía, el promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 12 días (lo cual considerando el costo día/cama de más de \$1500.00 pesos equivaldría a \$81,000.00 pesos por estancia promedio por paciente, observando el impacto económico que tiene la hospitalización y mal manejo de estas pacientes, además de la fragilidad de su entorno social y mental ante el impacto de esta medida<sup>28</sup>); el Apgar de los recién nacido vivos, mostró un descenso mínimo durante el primer minuto, reestabliéndose el producto en forma normal rápidamente con un peso al nacimiento de 2402 gramos en promedio dentro de lo límites mínimos para sobrevivir.

Diversas investigaciones manifestaron que la indicación más común para la histerectomía era la atonía uterina, seguida por placenta acreta<sup>5</sup>. En otros estudios, el índice de la práctica de la histerectomía del periparto era 1 en 3736 partos y las indicaciones principales para la histerectomía eran placenta acreta, ruptura uterina y atonía uterina<sup>6</sup>.

En nuestro estudio el número de histerectomía obstétricas realizadas es de 4.6 por 1000 cesáreas al año, además es también similar las principales indicaciones encontradas como lo son la atonía uterina, acretismo placentario y útero Couvaliere.

En otros estudios reportaron que las principales indicaciones fueron: rotura uterina; hematoma del ligamento ancho; sepsis; perforación uterina; hipotonía uterina; lesión transoperatoria de arteria uterina e infiltrado uterino. El análisis de estas indicaciones mostró que el 75% casos pudieron haberse resuelto sin la necesidad de realizar una histerectomía<sup>4</sup>. Como resultados en nuestro estudio obtuvimos como indicaciones principales la atonía uterina, acretismo placentario, útero de Couvaliere e hipotonía uterina, manteniéndose coherente con resultados publicados en la literatura.

Clark y col en 1984 revisaron 70 casos de histerectomía alrededor del parto de emergencia a causa de hemorragias obstétricas y concluyeron que el 86% se realizaron después de una cesárea y 14% después de partos vaginales, casi las tres cuartas partes de los casos se debieron a atonía uterina o acretismo placentario. En nuestro estudio se observó que más del 90% fue posterior a la intervención cesárea y la principal causa fue similar a lo descrita por Clark y colaboradores que son la atonía uterina y el acretismo placentario.

En estudio previos, el promedio estimado de pérdida de sangre era de 3325.6 ml, la media de la días hospitalización era de 11, además comparaban la evolución de la histerectomía hechas por postcesárea contra histerectomía postparto, no se presentaron diferencias estadísticas significativas entre las variables examinadas <sup>5,6,10,12</sup>, en nuestro estudio no fue posible esta comparación, ya que el 100% (23) de nuestras pacientes se les efectuó cesárea y la pérdida sanguínea en promedio fue de 2415 ml con 12 días de estancia intrahospitalaria.

La pérdida de la sangre presente en una histerectomía obstétrica programada fue de 2175 ml contra 4.243 ml de pérdida sanguínea ante la histerectomía obstétrica de urgencia<sup>7,8,9</sup>, en nuestro estudio no fue posible esta comparación ya que todas fueron cirugías de urgencia. Además se encontró que, a mayor pérdida sanguínea, se requeriría aumentar los días de hospitalización en la unidad de cuidados intensivos del adulto y a mayor pérdida sanguínea, se requeriría aumentar los días de estancia intrahospitalaria.

La ligadura de la arteria hipogástrica bilateral fue la técnica quirúrgica inicial en el control de la hemorragia severa postparto, en el 45% de las pacientes; con control absoluto del sangrado en el 65% y con un fracaso resolutivo en el 35%, donde posteriormente la histerectomía obstétrica fue requerida como procedimiento para salvar la vida de la paciente. La ligadura de la arteria hipogástrica bilateral, es un procedimiento relativamente fácil, seguro y acertado como primer paso para el control de la hemorragia severa postparto, especialmente donde la conservación uterina es deseada<sup>11</sup>. En nuestro estudio se efectuó en el 8.7% la ligadura de las arterias hipogástricas y el 21.7% el empaquetamiento y desempaquetamiento como medida para el control de la hemorragia, siendo estos procedimientos efectuados posterior a la histerectomía obstétrica.

Las principales complicaciones postoperatorias reportadas en un estudio previo, incluyeron: síndrome febril y coagulación intravascular diseminada, otras registradas fueron el síndrome de Sheehan, hepatitis pos-transfusión, hematoma y la infección de la herida <sup>10</sup>. En nuestro estudio las principales complicaciones fueron el choque hipovolémico, anemia y la neumonía, fueron diferentes a lo reportado por otra bibliografía, lo cual pudo haber diferido en el manejo de las pacientes.

Varios autores han documentado la asociación entre la edad materna avanzada y el incremento de todo tipo de complicaciones durante el embarazo. Probablemente, la





sobrecarga endocrina y hemodinámica propias del embarazo, generarían cierto tipo de desequilibrio, que predispone a la manifestación clínica durante el curso de la gestación

de patologías maternas subclínicas o el adelantamiento de la expresión clínica de enfermedades que esa paciente desarrollaría en el futuro<sup>23,26</sup>. En nuestro estudio, la edad materna tiene relación con la práctica de la histerectomía obstétrica, (mayor edad mayor posibilidad de efectuarle la histerectomía obstétrica), también a mayor edad materna, mayor probabilidad de presentar complicaciones posquirúrgicas.

## XI. CONCLUSIONES

La decisión de realizar histerectomía en la emergencia obstétrica debe ser analizada cuidadosamente antes de tomar una conducta apresurada, debido a que se trata de una intervención difícil por las modificaciones que sobre la anatomía de y en muchas ocasiones sus complicaciones físicas, mentales y sociales pueden superar sus beneficios. Sin embargo la indicación de esta cirugía tiende a ser invaluable cuando la vida de la paciente se encuentra en peligro, evitando a mediano plazo la orfandad y viudez, además de la desintegración familiar ante la ausencia de la figura materna.

Existen otras causas asociadas con la práctica de la histerectomía obstétrica, sin embargo la preparación en la actualización de toma de decisiones y medidas aplicadas en forma específica para cada paciente evitará en lo mínimo la presentación de complicación obstétrica y/o ginecológica, tomándola siempre como última medida alternativa y anteponiendo la calidad moral y ética del médico para colocar a la paciente no solo como una intervención más, sino considerar todos los aspectos que la rodean.

Las mujeres afectadas son del grupo de edad reproductiva, que tienden a tener un nivel escolar medio-alto, con pareja estable y sin antecedente de adicciones. La atonía uterina, acretismo placentario y útero Couvaliere son la indicación principal para la histerectomía obstétrica, en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, siendo las principales complicaciones registradas el choque hipovolémico, anemia y la neumonía.

Es enfático recordar que las contribuciones de este trabajo fueron para conocer más las características sociodemográficas y médicas de las mujeres intervenidas quirúrgicamente por histerectomía obstétrica, las cuales son aplicables solo a las derechohabientes del Hospital Regional 1° de Octubre perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), realizando así su validez interna. Finalmente, este estudio de la histerectomía obstétrica realizado durante un período de 5 años, ha sido elaborado con la esperanza de mejorar la gerencia en salud y de estimular la investigación adicional para disminuir su necesidad.

## **XII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

Sería recomendable la realización de un estudio retrospectivo como lo es un estudio de Casos y Controles, determinando a los casos como aquellos a los que se les practicó histerectomía obstétrica y controles aquellos a los que se les otorgó otra alternativa terapéutica, para demostrar los principales factores de riesgo involucrados y considerar los resultados en bienestar de la paciente.

### XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahued A, JR: Cesárea histerectomía Ginec Obstet Mex 1987; 55: 47-52
2. Agüero O. Rev Obstet Ginecol Venez 2000;60(4):239-243
3. Bejar Cuba. Tesis: Histerectomía de emergencia durante la gestación, en el Instituto Materno Perinatal: Incidencia y Factores Asociados.1999: 2000
4. Páez AJA, Nava FJ, et al. Histerectomía obstétrica por anomalía orgánica y funcional materno-fetal, asociadas a la presencia de patología agregada. Act Med Gpo Ang 2003; 1 (4): 211-215
5. Fatu Forna, Annette M. Miles, Denise J. Jamieson. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004; 190: 1440-4
6. Munire Erman, Esra Saygili, Banu Yuksela, Zarif Yilmaza. Emergency peripartum hysterectomy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2004; 113: 178-181
7. Joshua L. Weiss. Impact of the Timing of Obstetric Hysterectomy: Estimated Blood Loss. New York Presbyterian Hospital-Columbia University, New York, United States.
8. S. S. Pandit, v.r. Badhwar. The role of emergency hysterectomy in obstetrics. Dept. Obgyn, I.T. Medical College and General Hospital, Sian, Mumbai, India.
9. G. H. Eltabbakh, J. D. Watson. Postpartum Hysterectomy. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 1995; 50 (3): 257-262
10. C. Suchartwatnachai, V. Linasmita and K. Chaturachinda. Obstetric hysterectomy: Ramathibodi's experience 1969-1987. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 1991; 36 (3): 183-186
11. S. K. Chattopadhyay , B. Deb Roy and Y. B. Edrees. Surgical control of obstetric hemorrhage: hypogastric artery ligation or hysterectomy? International Journal of Gynecology & Obstetrics, 1990; 32 (4): 345-351
12. M. S. Aboelmagd , R. Kasrawi and H. Hathout. Emergency hysterectomy in obstetric practice: Five year review. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 1987; 25(6): 437-440
13. Illia, R., Presta, López D'Amato y Bertot. Obstetric hysterectomy: Epidemiology, conditioning factors, perinatal results, and maternal complications in three obstetric centres in República Argentina. Toko-Gin Pract, 2001;60(4):181-189
14. Obstetricia. Williams/Cunningham/MacDonald/Gant/Leveno 20ª Edición 1998. Editorial Panamericana. Pag 488,490, 491,558,561,570,724 y 1283.
15. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Danforth/Scout 8ª Edición 1999. Editorial McGraw- Hill Interamericana. Pag. 425-436,477-490,979.
16. Riesgo Elevado Obstétrico. Lluís Cabero Roura, 1º Edición 1996. Editorial Masson S.A., Pag 537-545.
17. Complicaciones Médicas durante el Embarazo. Gerard N. Burrow/Thomas P. Duffy 5ª Edición 1999. Editorial Panamericana. Pag.513.
18. Obstetricia. J.González Merlo/J.R. del Sol, 4ª Edición 1992. Editorial Masson S.A. Pago 453- 476,595-606,797-815.
19. Obstetricia Clínica. Victoriano Llaca Rodríguez/Julio Fernández Alba, 1º Edición 2000. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Pag 249-256,426, 427,433-440,471-486.
20. Obstetricia. Ricardo L. Schwarcz/Sala/Diverges 5ª Edición 1995. Editorial El Ateneo. Pag 192-202,531-536,607.
21. Guía Práctica para el Embarazo y Parto de Alto Riesgo. Fernando Arias, 2ª Edición 1995. Editorial Harcourt Brace. Pag 163-182,445,452.



22. Tratado y Atlas de Operatoria Obstétrica. José M. Carrera Macia. Instituto DEXEUS. 2<sup>a</sup> Edición 1988. Editorial Salvat S.A. Pag: Vol. I 547-554, 685- 695, 713-727. Vol. III 370,371-372.
23. Complicaciones Médicas en el Embarazo. Sergio Fiorelli Rdz./Héctor J. Alfaro Rgz. 1a. Edición 1996. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Pag 313,332 y 339.
24. Ginecología Quirúrgica. John A. Rock/Jhon D. Thompson. TE LINDE 8<sup>a</sup> Edición 1998. Editorial Panamericana. Pag 793, 823, 838,839,840,887-879.
25. Atlas de Cirugía Ginecológica. H.A. Hirsch/O. Kaserl/F.A. Iklé 5<sup>a</sup> Edición 1997. Editorial Marban. Pag 125-148,165-176.
26. Ginecología. Larry J. Copeland 28. Edición. 2002. Editorial Panamericana. Pago 1101-1134.
27. Ginecología de NOVAK. Jonathan S. Berek 138. Edición 2003. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Pag 619-656.
28. Norma Oficial Mexicana de Infecciones Nosocomiales, NOM-EM-002-SSA1, Secretaría de Salud



## ANEXOS:

### ANEXO 1. Operacionalización de variables

CATALOGO DE VARIABLES			
PREGUNTA	VARIABLE	CATEGORIA	VALOR
Número de Expediente	NO EXP	Numerico	
Edad	EDAD	Numerico	99 No respondió
Tipo sanguíneo	HEMO	Numerico	1 O+
			2 A+
			3 B+
Escolaridad	ESCOLAR	Numerico	1 Ninguna
			2 Primaria
			3 Secundaria
			4 Preparatoria
			5 Licenciatura
			6 Posgrado
Ocupación	OCUPAC	Numerico	1 Ninguna
			2 Hogar
			3 Estudiante
			4 Empleado (secretariado)
			5 Profesionalista (maestra, licenciada, enfermera)
			6 Otro
Estado Civil	EDO CIV	Numerico	1 Soltera
			2 Unión Libre
			3 Casada
			4 Divorciada ó Separada
			5 Viuda
Tabaquismo	TABACO	Numerico	1 Positivo
			2 Negativo
Cirugía abdominal previa	QXABD_PR	Numerico	1 Cesarea
			2 Colectectomía
			3 Apendicectomía
			4 Laparotomía exploradora
Menarca	MENARCA	Numerico	99 No respondió
Número de embarazos	EMBARA	Numerico	99 No respondió
Número de partos	PARTO	Numerico	99 No respondió
Número de cesareas	CESAR	Numerico	99 No respondió
Número de abortos	ABORTO	Numerico	99 No respondió
Edad gestacional (sdg)	ED_GEST	Numerico	99 No respondió
Número de embarazo ectópico	ECTOPICO	Numerico	99 No respondió
Inicio de vida sexual activa	IVSA	Numerico	99 No respondió
Diagnostico prequirurgico	DXPREQX1	Numerico	99 No respondió
	DXPREQX2		1 Prodomos de trabajo de parto
	DXPREQX3		2 Posición pélvica
			3 Miomatosis uterina
			4 Desprendimiento de placenta prematura normoinsera
			5 Preeclampsia severa
			6 Obito
			7 Embarazo gemelar
			8 Cesarea iterativa
			9 Ruptura prematura de membranas
			10 Cesarea previa
			11 Sufrimiento fetal inicial
			12 Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo
			13 Síndrome anémico
			14 Oligo severo
			15 Madre añosa
			16 Placenta previa sangrante
			17 Cervix desfavorable
			18 Trabajo de parto activo
			19 Situación transversa
			20 Trabajo de parto latente
			21 Desproporción cefalopélvica
			22 Periodo intergenésico corto
			23 Síndrome doloroso abdominal
			24 Probable embarazo ectópico
			25 Diabetes gestacional



Causa de la histerectomía obstétrica	CAUSA1 CAUSA2	Numerico	99 No respondio 1 Atonia uterina 2 Utero couvaliere 3 Acretismo placentario 4 Hipotonia uterina 5 Hemorragia
Hallazgos	HALLAZ1 HALLAZ2 HALLAZ3	Numerico	99 No respondio 1 Atonia uterina 2 Endometriosis 3 Síndrome adherencial 4 Utero couvaliere 5 Miomatosis 6 Cavidad hipertermica 7 Utero friable 8 Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta 9 Hematomas intraligamentarios 10 Acretismo placentario 11 Hipotonia uterina 12 Embarazo ectopico ovario roto
Peso	PESO	Numerico	99 No respondio
APGAR	APGAR	Numerico	99 No respondio
Diagnostico de ingreso a UCIA	DX_UCIA1 DX_UCIA2	Numerico	99 No respondio 1 Puerperio quirurgico e Histerectomia 2 Preeclampsia severa 3 Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta 4 Choque hipovolemico 5 Postoperada de laparotomia 6 Salpingooforectomia izquierda 7 Síndrome post reanimacion 8 Encefalopatia anoxoisquemica 9 Salpingooforectomia derecha 10 Reparacion de lesion vesical y uretral 11 Síndrome de Hellp 12 Insuficiencia renal aguda 13 Salpingooforectomia bilateral
Días de estancia en UCIA	DIA_UCIA	Numerico	99 No respondio
Días de estancia intrahospitalaria	DIA_EIH	Numerico	99 No respondio
Ligadura de arterias hipogastricas	LIG_HIPO	Numerico	99 No respondio 1 SI
Empaquetamientos abdominales	EMP_ABD	Numerico	99 No respondio 1 SI
Desempaquetamientos a las 48-72 horas	DESEMPAQ	Numerico	99 No respondio 1 SI
Tipo de cirugias	TIPO_QX1 TIPO_QX2	Numerico	99 No respondio 1 Cesarea e histerectomia 2 Salpingooforectomia derecha 3 Salpingooforectomia izquierda 4 Salpingooforectomia bilateral 5 Laparotomia exploradora 6 Empaquetamiento-Desempaquetamiento 7 Ligadura de hipogastricas 8 Traqueostomia 9 Drenaje de vejiga 10 Cierre de cupula vaginal 11 Histerectomia
Complicaciones	COMPLIC1 COMPLIC2	Numerico	99 No respondio 1 Choque hipovolemico 2 Insuficiencia respiratoria 3 Falla renal aguda 4 Acidosis metabolica 5 Anemia 6 Sepsis 7 SIRPA 8 Fibrosis pulmonar difusa 9 Neumonia 10 CID



## ANEXO 2. Definición de variables

1. Antecedentes Personales de la Mujer					
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicadores
Edad actual	Número de años cumplidos de un individuo	Número de años cumplidos de la mujer al momento del estudio.	Númerica	Intervalo (discreta)	Número de años cumplidos
Escolaridad	Grado máximo de avance de un individuo en el proceso de enseñanza-aprendizaje	Número de ciclos escolares completos realizados por la mujer hasta el momento de la práctica de la histerectomía obstétrica	Cualitativa ordinal, politómica	Ordinal	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
Ocupación	Labor cotidiana remunerada o no que realiza un individuo	Labor cotidiana remunerada o no, que realizó la mujer hasta el momento de la práctica de la histerectomía obstétrica	Cualitativa nominal, politómica	Nominal	Ninguna Hogar Estudiante Empleado Profesionista Otro
Estado civil	Característica legal del rol social de un individuo	Estado legal de la paciente hasta el momento de la práctica de la histerectomía obstétrica	Cualitativa nominal, politómica	Nominal	Soltera Unión Libre Casada Divorciada ó Separada Viuda
Consumo de tabaco	Actividad del individuo en relación al consumo directo (fumar) de cigarrillos	Afirmación ó negación con relación a la práctica del consumo directo (fumar) de cigarrillos, hasta el momento de la histerectomía obstétrica	Cualitativa nominal, politómica	Nominal	Positivo Negativo
Hemotipo	Característica legal del rol social de un individuo	Estado legal de la paciente hasta el momento de la práctica de la histerectomía	Cualitativa nominal, politómica	Nominal	O+ A+ B+



**2. Antecedentes Médicos de la Mujer**

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicadores
Antecedentes personales patológicos	Condiciones patológicas agudas o crónicas que ha sufrido un individuo	Antecedentes de enfermedades quirúrgicas realizadas en la pared abdominal hasta el momento de la práctica de la histerectomía obstétrica	Cualitativa, nominal, polinómica	Polinómica	Cesarea Colesistectomía Apandicitomía Laparotomía exploradora
Antecedentes ginecoobstétricos	Condiciones relacionadas con el ciclo reproductivo, el estado grávido-puerperal y la conducta sexual de una mujer	Misma definición aplicada a la mujer hasta el momento de la práctica de la histerectomía obstétrica: menarca, IVSA, número de partos, cesáreas, abortos, embarazo ectópico	Cualitativa, nominal, polinómica Numérica	Dicotómica Discreta	Si No Cantidad solicitada



3. Antecedentes propios de la cirugía: Histerectomía obstruic

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicadores
Diagnóstico Prequirúrgico Diagnóstico Postquirúrgico Causa de histerectomía obstruic Hiliagos Tipo de cirugía Ligadura de arterias hipogástricas Cantidad de sangrado Empaquetamiento abdominal Desempaquetamiento abdominal Complicaciones Diagnóstico de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Días de estancia intrahospitalaria	Condiciones patológicas agudas o crónicas que ha sufrido un individuo antes, durante y después de una intervención quirúrgica	Condiciones patológicas que se presentan alrededor a la intervención quirúrgica de histerectomía obstruic, como son:  Diagnóstico Prequirúrgico Diagnóstico Postquirúrgico Causa de histerectomía obstruic Hiliagos Tipo de cirugía Ligadura de arterias hipogástricas Cantidad de sangrado Empaquetamiento abdominal Desempaquetamiento abdominal Complicaciones Diagnóstico de ingreso a la UCI Días de estancia intrahospitalaria	Cualitativa, nominal, polinómica	Rábrica	Roturas de tejido de parto Raquiolitica Membranas Uterina Desprendimiento de placenta prematura /romperia Preadipias severa Obito Embarazo gemelar Casares terata Ruptura prematura de membranas Casares previa Sufrimiento fetal intra Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo Síndrome amniótico Oligosuro Mchre a taca Placenta previa sangrante Ovario desfaucible Trabajo de parto activo Situación transversa Trabajo de parto lateral Desproporción cefalopelvica Retardamiento gineco colico Síndrome tóraco abdominal Prolapso de embarazo ectópico Distales gestacional Ruptura quirúrgica Histerectomía abdominal obstruic Achondrias Salpingo ooforomía derecha Salpingo ooforomía izquierda Salpingo ooforomía bilateral Anexa Uterina Utero cuádrero Anelato placentario Hipotona Uterina Hemorragia Endometrios Síndrome adherencial Cuidado hipertensiva Uterofixable Hematomas intraligamentarios Hipotona Uterina Embarazo ectópico ovariano Ruptura quirúrgica e Histerectomía Síndrome post resintación Endofalopila anovulatoria Repración de lesión vascular y uretral Síndrome de Hip Insuficiencia renal aguda Empaquetamiento Desempaquetamiento Ligadura de hipogástricas Traqueotomía Derrame de vólvulo Ome de cúpula vaginal Ome e hipodermico Insuficiencia respiratoria Falla renal aguda Acidos metabólica Anemia Sepsis SIFFA Procesos pulmonares dilua Neurronia OD Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica Polineuropatía Síndrome postparto Distinción orgánica múltiple