



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

11217



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**"EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA
OBSTETRICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL
ESTADO DE SONORA"**

T E S I S

que para obtener el Diploma
en la especialidad de
GINECOLOGIA y OBSTETRICIA

Presenta:

Dr. VICTOR MANUEL RAMIREZ VALDEZ

0351694

Hermosillo, Sonora.

Septiembre de 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA
DIVISION DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**"EPIDEMIOLOGÍA DE LA HISTERECTOMIA
OBSTÉTRICA EN HIES."**

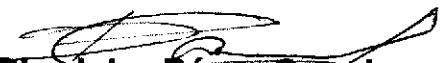
TESIS
Que para obtener el Diploma en la
especialidad de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA


PRESENTA:
DR. VÍCTOR MANUEL RAMÍREZ VALDEZ


Dr. Felipe Arturo Méndez Velarde
Profesor Titular del Curso de
Ginecología y Obstetricia


Dr. Ramiro García Álvarez
Jefe de la División de Enseñanza e
Investigación


Dr. Luis Eduardo García Lafarga
Director General del Hospital
Infantil del Estado de Sonora


Dr. Dionisio Pérez Canal
Medico Ginecoobstetra.
ASESOR.


Dr. Guillermo López Cervantes.
Médico Patólogo
ASESOR.

Hermosillo, Sonora, Septiembre de 2004.

DEDICATORIA

A. Dios.

Por darme la vida y fuerzas para lograr realizar mis sueños.

A Mis Padres.

Por haberme enseñado el valor de la vida y como poder lograr lo que uno quiere en la vida a través de la insistencia tolerancia y paciencia.

A Mi Esposa, Conny.

Ya que este logro no es solo mío, si no de Ella también por haberme brindado apoyo durante todo este tiempo y alentarme a seguir adelante en los momentos más difíciles que se presentaron, así mismo le pido una disculpa por no dedicarle el tiempo merecido.

A Mis Hijos

Daniel, Carlitos y Chabeli, quienes son la parte mas importante de mi vida y preparación.

*Son el motivo por el cual sigo y seguiré luchando día tras día
Son la fuerza que me impulsa a seguir adelante.*

A Mis hermanos.

Quienes son parte de mi vida y de mis logros y que de cada uno llevo algo conmigo. Y gracias a ti Sonia quien me brindaste incondicionalmente tu ayuda ya que este logro también te pertenece.

AGRADECIMIENTOS.

A todos mis maestros los cuales han sido un ejemplo a seguir.

Al Dr. Guillermo López Cervantes por haberme dedicado parte de su tiempo para realización de este estudio y parte de mi enseñanza.

Al Dr. Dionisio Pérez Canal, por su enseñanza y conocimientos que compartió conmigo. Por haberme asesorado en este trabajo.

A todos mis compañeros residentes.

Gracias

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	12
CONCLUSIONES	21
COMENTARIO	23
BIBLIOGRAFÍA	25

RESUMEN

Ramírez Valdez Víctor Manuel*; López Cervantes Guillermo**; Dionisio Pérez Canal***.

“EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA”

Introducción. La histerectomía obstétrica (H.O.) de emergencia puede realizarse junto con una cesárea, o después de ella, parto vaginal, aborto e incluso en el puerperio debido a complicaciones como hemorragia, procesos infecciosos, etc.

Las principales causas H.O. de urgencia, se encuentran: antonia uterina (34%), acretismo placentario 30%, ruptura uterina 13% entre otras.

El presente trabajo se realiza con la finalidad de conocer la epidemiología de H.O. realizadas en nuestro hospital.

Las principales causas de histerectomía obstétrica de urgencia.

Material y métodos. Es un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, en el periodo de 2000 al 2003, en donde se encontraron 31 reportes histopatológicos correspondientes a pacientes que fueron sometidas a H.O. en Departamento de Ginecoobstetricia del H.I.E.S., en donde se analizaron variables como edad, antecedentes patológicos, gestas, control prenatal, edad gestacional, diagnóstico previo a H.O. realizadas en nuestro hospital.

Resultados. De los 31 casos de pacientes sometidas a H.O. se encontró una tasa global de 1.02 casos por cada mil eventos obstétricos, de los cuales fueron para cesárea 16 casos con una tasa de 2.2, parto nueve casos con una tasa de 0.5 y legrado seis casos con tasa de 0.02.

En las pacientes sometidas a cesárea – histerectomía presentó una edad promedio de 30 años de las cuales más del 60% tenía como antecedente cesárea previa. Se encontró un volumen medio de sangrado de 1300 ml.

En las pacientes de parto histerectomía se encontró edad promedio de 30 años, con antecedente de importancia aplicación de oxitocina, además encontrándose un mayor volumen de sangrado (volumen medio de 2,211ml).

En las pacientes sometidas a legrado-histerectomía presentó edad promedio de 20-25 años de las cuales la principal indicación fue sangrado y/o perforación.

Más del 50% de todas las pacientes no llevaron un control prenatal o si lo llevaron fue irregular. El 70% de las pacientes estaban en el tercer trimestre del embarazo, y la primera indicación de histerectomía fue la atonia uterina en un 39%, seguido de ruptura uterina en un 26%, y que el reporte histopatológico con mayor frecuencia fue acretismo placentario 26%.

Conclusiones. La necesidad de histerectomía obstétrica de urgencia, sigue siendo un reto para el médico ginecoobstetra, ya que a pesar de las innovaciones en el aspecto quirúrgico, la respuesta al procedimiento es inherente al estado general de cada paciente.

INTRODUCCIÓN

Clásicamente la exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto o aborto incluso en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica. Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está ó ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano y de urgencia. La histerectomía obstétrica, considerada desde hace un tiempo como única alternativa terapéutica en el manejo de patologías hemorrágicas y/ó sépticas con el fin de salvar la vida de la paciente, está siendo cada vez más infrecuente por el desarrollo de procedimientos quirúrgicos, mejores condiciones de aepsia, mayor disponibilidad de antibióticos y optimización del uso de sangre y hemoderivados. (Willians 1998), (Easterday 1969).

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 responda 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 puérpera les y post-aborto(Willians & Willkins 1990).

Si bien desconocemos la real incidencia, varios autores han comunicado índices de 0.5 a 1.5 por mil partos. Clark y col. en 1984 revisaron 70 casos de histerectomía periparto de emergencia a causa de hemorragia obstétrica y concluyeron que el 86% se realizaron después de una cesárea y el 14% después de un parto vaginal, casi las tres cuartas partes de los casos se debieron a Atonia uterina o acretismo placentario (Clark SL Yeh SY Pelan JP 1984).

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 exploratoria no esta indicada en casos de dehiscencia cicatrizal sin hemorragia luego de un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa, sin embargo en casos de ruptura manifiesta durante una prueba de trabajo de parto con frecuencia es necesario recurrir a la histerectomía. El embarazo cornual o 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 rápidamente fatal debido a que el embarazo esta 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.(Willians 1998).

En relación a la inercia uterina post-parto que se manifiesta por hemorragia, la indicación de histerectomía se contempla cuando esta 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 Landauro o de Lynch, y finalmente la ligadura de las arterias hipogástricas, pero ninguna de estas técnicas tiene la misma eficacia terapéutica de la histerectomía, 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 (Gary A. Dildy III Junio 2002).

Reciente, la incidencia de histerectomía después de una cesárea era de 8.3 en 1000 y 0.087 en 1,000 después de un parto vaginal, en este

estudio 94.5% de las pacientes tuvieron parto por cesárea y 66.7% de ellas tenía antecedente de esta operación. Las indicaciones de histerectomía de urgencia fueron placentación con adherencia anormal 64%, atonía uterina 21% y otras causas 17% (sepsis, fibromas y desgarros de la cicatriz uterina), las Los estudios mas recientes de Estados Unidos reportan una tasa de casi 1.5 en 1000 partos. En un estudio nuliparas tenían riesgo de histerectomía de 0.43 en 1,000 partos y aquellas con una paridad de por lo menos cuatro tenían una tasa de 6.57 en 1,000, en las mujeres que han tenido parto esta tasa aumento a 21 en 1,000 si había placenta previa y 65 en 1,000 si había antecedente de cesárea. Los últimos estudios reportan porcentajes crecientes del acretismo placentario como causa de la histerectomía periparto de urgencia y alcanzan hasta un 49.6% de las histerectomías de 1985 a 1990 y fueron la indicación mas frecuente de histerectomía de urgencia en el periparto, mientras que informes previos 1978 a 1989 señalaba a la atonía uterina como la indicación mas frecuente que contribuía con 43% de los casos, varios autores han especulado que los cambios en las indicaciones de la histerectomía de urgencia en el periparto tienen una relación directa con el mejor manejo medico de atonía y la mayor tasa de

cesáreas por placenta previa que es un factor de riesgo establecido para la aparición de la placenta previa y acreta.(Stanco 1993.),(Zelop 1993),(O' Brien 1996).

JUSTIFICACION

Debido a que la histerectomía obstétrica es una alternativa terapéutica en donde se encuentra comprometida la vida de la paciente ante diversas patologías es importante conocer los factores de riesgo y así establecer el manejo adecuado y oportuno.

OBJETIVOS

GENERAL.

Conocer las principales causas de la histerectomía obstétrica en el hospital infantil del estado de sonora en el periodo de tiempo comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2003.

ESPECIFICOS.

1. Determinar las causas de histerectomías obstétricas por Cesárea.
2. Determinar las causas de histerectomías obstétricas posparto.
3. Identificar factores predisponentes o de riesgo.
4. Conocer el diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico.
5. Conocer la Patología mas frecuente como causa de histerectomía obstétrica en esta unidad.

MATERIAL Y METODOS

Se consulto el archivo de las piezas quirúrgicas del servicio de patología seleccionando todos los reportes de pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica en el periodo de estudio, se correlacionaron con expedientes del archivo clínica y bioestadística, en busca de las variables del estudio, todo esto vertido en una hoja de recolección de datos y su posterior análisis estadístico.

GRUPO DE ESTUDIO.

Pacientes que hayan sometido a histerectomía obstétrica en esta unidad y que cuenten con expediente clínico completo y diagnostico histopatológico.

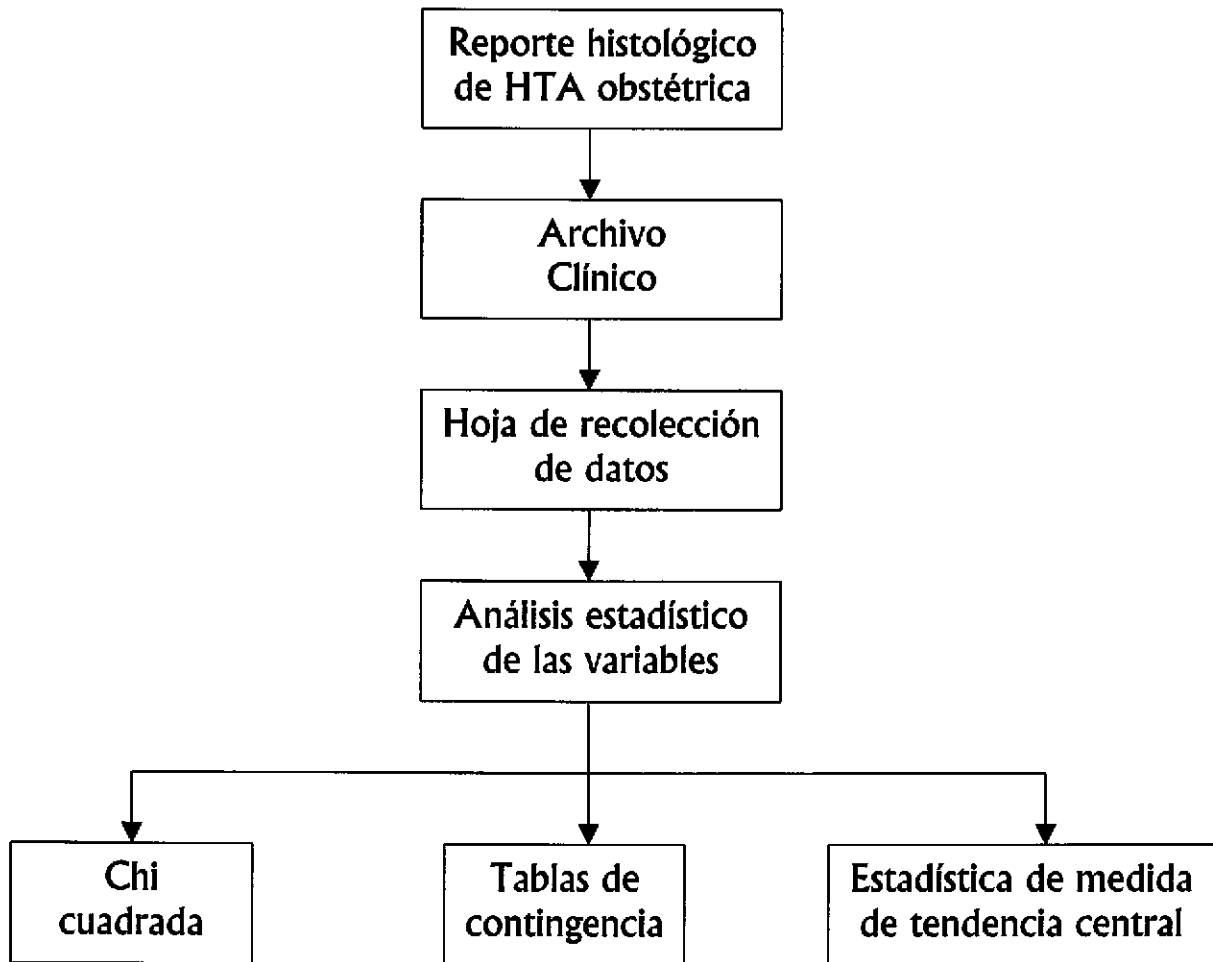
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- **Pacientes a quienes se realizó histerectomía obstétrica**
- **Pacientes con expediente completo.**
- **Pacientes con resultado histopatológico.**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- **Todas las pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.**

DISEÑO DEL ESTUDIO



ANALISIS ESTADISTICOS

- Prueba de Fisher
- Tablas de contingencia
- Chi cuadrada

TIPO DE TRABAJO

- Descriptivo
- Observacional
- Retrospectivo
- Transversal

RESULTADOS

Durante los cuatro años que comprendió el estudio se analizaron 31 casos de pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica, encontrándose los siguientes resultados.

El cuadro numero 1 muestra la tasa global y por evento obstétrico.

Cuadro 1
Tasa global y por evento obstétrico

TIPO EVENTO	TOTAL EVENTOS	CASOS	TASA X MIL CASOS
CESAREA	7 208	16	2.2
PARTO	15 815	9	0.05
LEGRADO	2246	6	0.02
TOTAL	25 269	31	1.02

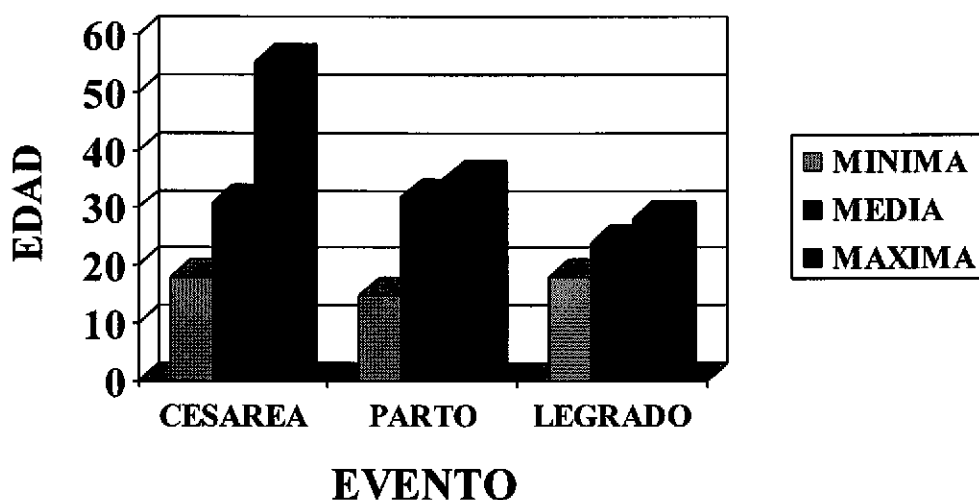
FUENTE: Archivo clínico, Bioestadística y Patología

En el cuadro número 1 podemos apreciar una tasa global de 1.02 por cada mil embarazos, de los cuales la tasa más elevada se observa en pacientes sometidas a cesárea que corresponde a una tasa de 2.2. Observando tal como se reporta en la literatura mundial una elevada incidencia de la interrupción del embarazo por vía abdominal.

A continuación se muestra gráficamente la distribución de los eventos obstétricos por grupos de edad.

Gráfico 1

Evento obstétrico por edad.



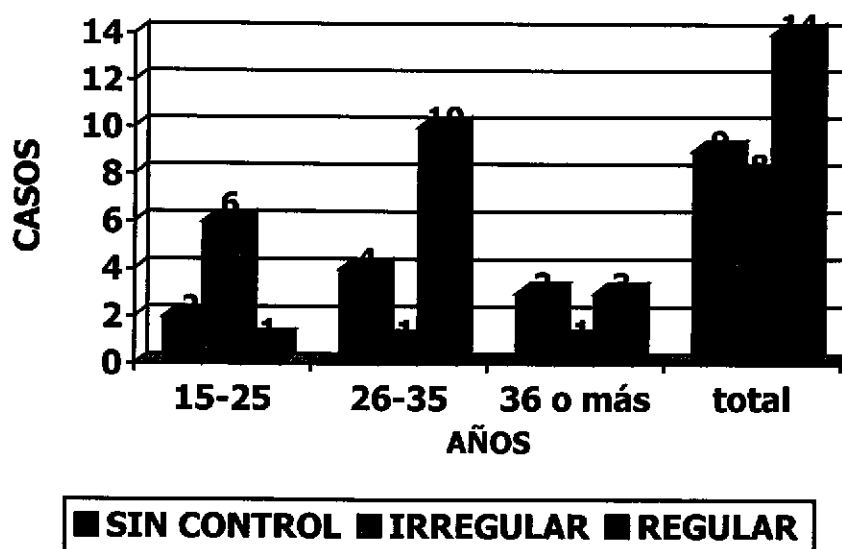
FUENTE: Archivo clínico, Bioestadística y Patología

En la gráfica número 1 podemos observar que la distribución por edad, denota más de los 25 a los 30 años, esto en predominio en cesárea y parto con una mínima de 15 años en los 3 eventos observados en la gráfica y una máxima de más de 50 años, presentándose en una sola paciente por lo cual nos da este promedio máximo.

En el grafico número 2 muestra la comparación de edad de las pacientes con el control prenatal.

Gráfico 2

Edad y control prenatal



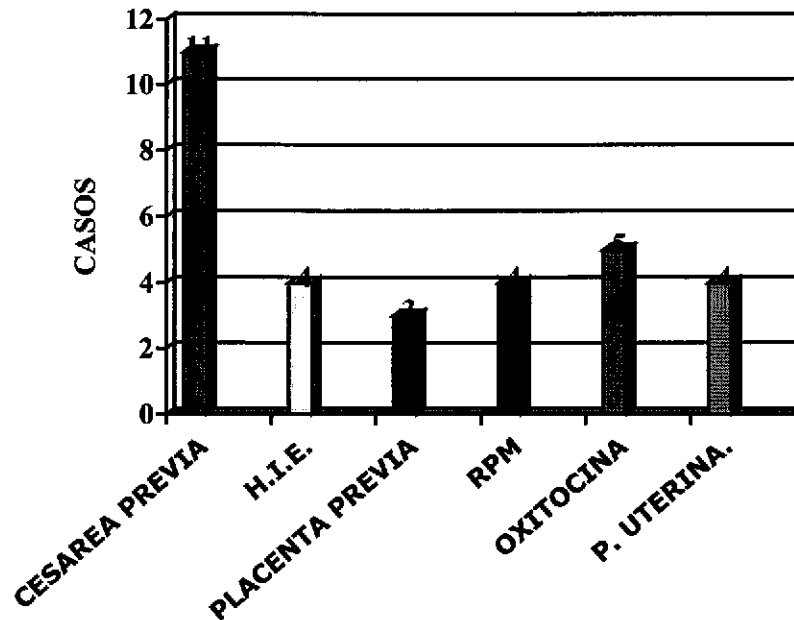
FUENTE: Archivo clínico, Bioestadística y Patología

Como se observa en la grafica número 2 que más del 50% de todas las pacientes no lleva un control prenatal ó si lo lleva es irregular, esto predominando en los extremos de la edad reproductiva de 15 a 25 años y en más de 36 años. No siendo así en el rubro de 26 a 35 años en el cual más del 60% de las pacientes de esta edad lleva un adecuado control prenatal.

El grafico número 3 muestra los antecedentes patológicos de todas las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica.

Gráfico 3

Antecedentes patológicos



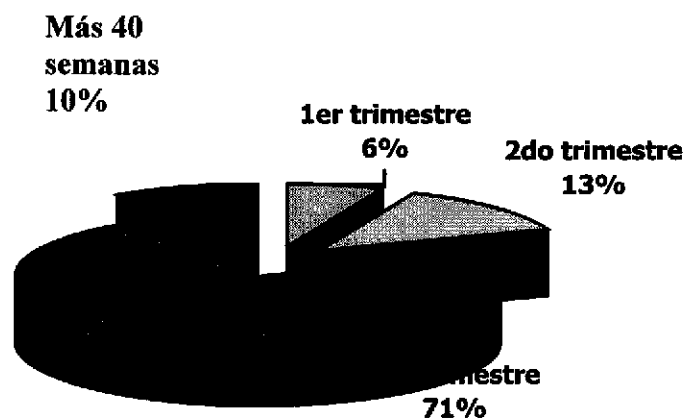
FUENTE: Archivo clínico, Bioestadística y Patología

Esta grafica nos muestra que el antecedente de mayor importancia es la cesárea previa, ya que en el 35 % de toda la muestra lo presento seguido, de la pacientes que se encontraron en conducción de trabajo de parto con oxtocina en 16%, y con un 13 % las pacientes con hipertensión inducida por el embarazo y RPM; lo cual hace referencia a lo escrito en la literatura.

En el grafico 4 se observa la frecuencia de histerectomía obstetrica en relación al trimestre gestacional.

Gráfico 4

Trimestre gestacional



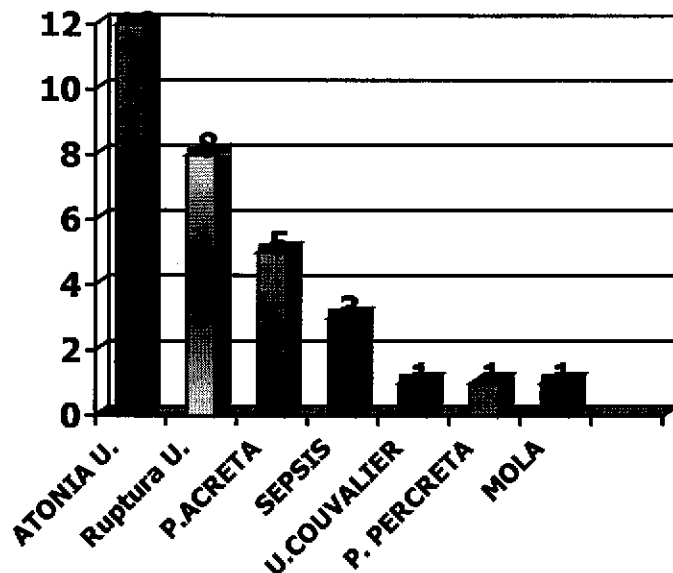
FUENTE: Archivo clínico, Bioestadística y Patología

En esta grafica podemos observar que más del 70%, de todas las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica se encontraban en el tercer trimestre, lo cual indica que las pacientes que se encuentran en este periodo tienen más riesgo de que la terminación de embarazo se acompañe de histerectomía obstétricas.

Gráfico 5, muestra el diagnóstico clínico de todas las pacientes al momento de someterlas a histerotomía obstétrica.

Gráfico 5

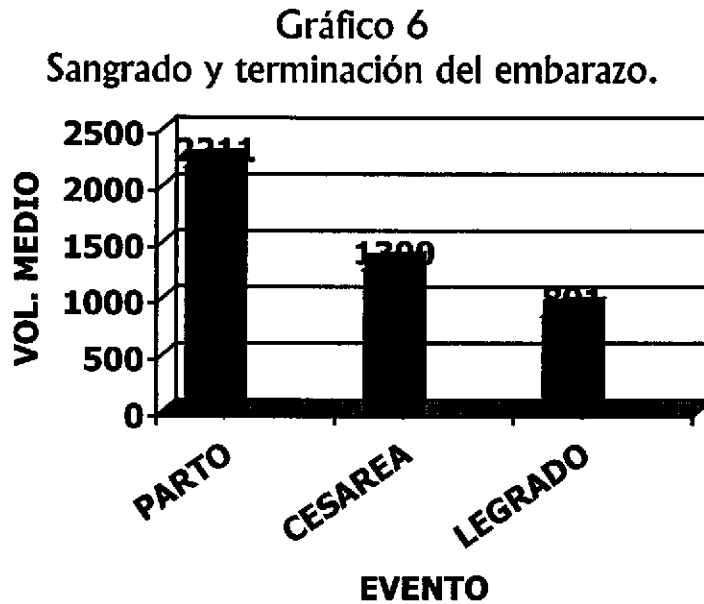
Diagnostico clínico



FUENTE: Archivo clínico, Bioestadística y Patología

En esta grafica podemos apreciar que el diagnostico clínico mas frecuente por el cual once pacientes (39%), fueron sometidas a histerectomía obstetrica fue la Atonia uterina, seguida de ruptura uterina en ocho pacientes (26%), y placenta acreta en cinco pacientes correspondiente a (16%). Cabe mencionar que más del 50% se acompaña de hemorragia. Esta grafica se muestra para los tres diferentes eventos obstétricos, (parto, cesárea, legrado).

Grafico 6. Muestra la relación entre el sangrado y la terminación del embarazo.



FUENTE: Archivo clínico, Bioestadística y Patología

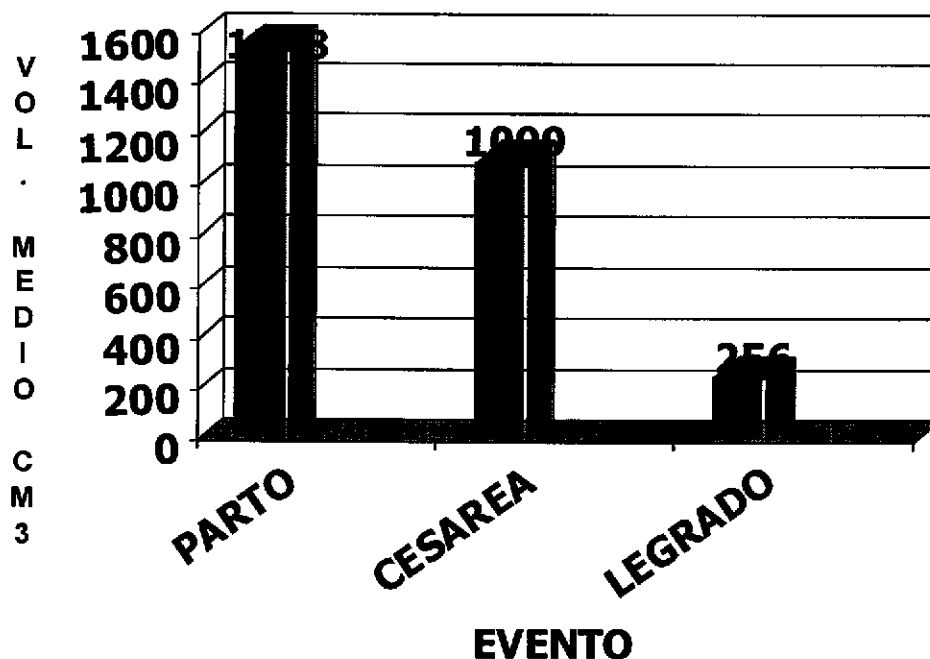
En esta grafica podemos observar el **VOLUMEN MEDIO**, de sangrado que se presente en los tres diferentes eventos obstétricos (parto, cesárea, legrado), el cual fue cuantificado por medio de apreciación, teniendo que se presenta un volumen mayor de sangrado en todas las pacientes que el embarazo termino en parto y posteriormente fueron sometidas a histerectomía.

No siendo así en la mayoría de las pacientes que fueron sometidas cesárea en las cuales la decisión de la histerectomía obstétrica fue inmediato al nacimiento reduciendo así en tiempo de sangrado.

Gráfico 7. Esta grafica muestra la relación de terminación del embarazo y volumen (cm³), de la pieza quirúrgica.

Gráfico 7

Terminación de embarazo y volumen cm³



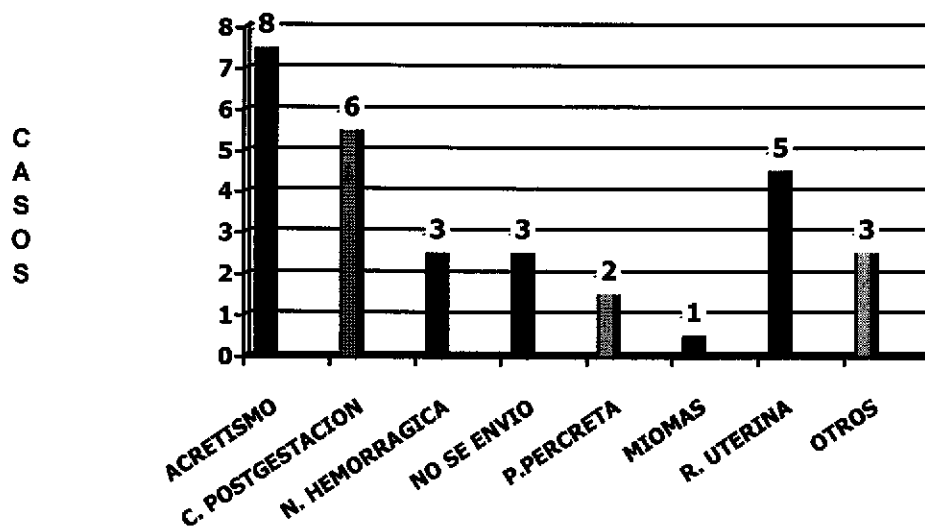
FUENTE: Archivo clínico, Bioestadística y Patología

En esta grafica podemos observar que se encuentra un mayor volumen de la pieza quirúrgica en todas las pacientes que su embarazo término en parto, esto podría estar en relación al tiempo que se espera a realizar la histerectomía obstetricia, en donde el útero se encuentra en un estado atónico.

Grafico 8. En esta grafica se muestra los diferentes diagnósticos histopatológicos que con mayor frecuencia se presentaron.

Gráfico 8

Diagnostico histopatológico



FUENTE: Archivo clínico, Bioestadística y Patología

En esta grafica nos muestra que el acretismo placentario es la causa mas frecuente como causa de histerectomía y se presenta en 26% de las patologías es decir una de cada cuatro pacientes presento este padecimiento, seguido de cambios posgestacionales (edema del miometrio y depósitos de fibrina), en 19% y ruptura uterina en 16%, lo cual se corrobora a lo referido en la literatura.

COMENTARIO

- La necesidad de histerectomía obstétrica de urgencia, sigue siendo un reto para el médico ginecoobstetra, ya que a pesar de las innovaciones en el aspecto quirúrgico, la respuesta al procedimiento es inherente al estado general de cada paciente.
- La causa que puede llevar a algún trastorno uterino obstétrico, es multifactorial, por lo tanto resulta difícil predecir, que mujer presentará algún problema, durante el procedimiento de resolución del embarazo.
- Se debe tener más atención, según resultados de este estudio en mujeres que presentan factores de riesgo como cesárea previa, sin control prenatal, pacientes con hipertensión inducida por el embarazo y toda paciente que sea sometida a conducción del trabajo de parto.

- La decisión del procedimiento ante una urgencia que ponga en riesgo la vida de la paciente debe tomarse en forma rápida y oportuna para disminuir la morbi-mortalidad materna
- La colaboración de Servicio de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre es fundamental para obtener sangre y sus derivados en el momento oportuno; estos forman gran parte del tratamiento para un mejor pronóstico.

- en más del 50% de los casos por hemorragia profusa.
 - en un 39%, seguido de ruptura uterina en un 26%, acompañándose
- La principal indicación de histerectomía obstétrica fue Atonía uterina
- acrecismo placentario o debido a la hipotonía uterina.
 - durante el transoperatorio ante el sangrado uterino incoercible por el
 - histerectomía ya que la necesidad de histerectomía se presento
- La cirugía que en mayor número de los casos se realizó fue la cesárea-
 - con parto.
 - tiene un riesgo mas elevado de sufrir histerectomía que una mujer
- La posibilidad de que una paciente termine el embarazo por cesárea
 - 2000 a 2003 fue del 1.02 por cada mil embarazos.
- La incidencia de histerectomía obstétrica en el HIES en el periodo de

CONCLUSIONES

- El diagnóstico histopatológico más frecuente fue el acretismo placentario en un 26%, seguido de cambios postgestacionales 19% y ruptura uterina en 16%.

BIBLIOGRAFIA.

- Easterday CL. Cesarean hysterectomy at the Boston Hospital for Woman. Clin Obstret Gynecol 1969:12:652-9.
- Clark SL, Yeh SY, Pelan JP, et al: Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1984; 64:376
- Bergman C. And col: Ten years experience with cesarean hysterectomy Am. J. Obstetric Gynec. 1991 Vol. 164. 107:109.
- Te Linde: Ginecología quirúrgica, octava edición 1998. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires. 879:895
- Williams & Wilkins: Post abortion Infection and septic Shock. En: Infectious Diseases of the female Genital Tract. Sweet R, Gibbs R II edition USA, 1990
- Gary A. Dildy III, MD. Clin. Obstetrics and Gynecology Vol.45 No 2 June 2002.
- Williams: Obstetricia. 20° Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1998; 558:561, 480:488,637,724.
- Carolyn M.Zelop, MD Bernard L.Harlow, Boston Massachusetts, Am. Journal Obstetrics and Gynecology 1993:168: 1 443-8.

- Stanco, LM y col.: Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. Am J Obstet Gynecol. 1993; 168 (3Pt. 1); 879:883.
Zelop ZM, y col. Emergency peripartum hysterectomy Am J Obstet Gynecol. 1993; 168 (5); 1443:1448.
- O'Brien J. et al: The management of placenta percreta: Conservative and operative strategies Am J. Obstet Gynecol 1996. Vol. 175 (6) 1632:1638.
- Nava Flores et al: INDICACIONES Y FACTORES DE RIESGO PARA HISTERECTOMIA OBSTETRICA DE URGENCIA. Ginecol Obstet Mex.2002 Vol 70 (6): 289-294.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

No. De Expediente: _____

Edad: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS:

HIE	()	Cesárea Previa	()
Perforación uterina	()	Placenta previa	()
RPM	()	Fiebre intraparto	()
Anemia	()	Embarazo múltiple	()

Antecedentes de aplicación

De oxitocina	()	Duración de TDP	()
Miomas	()	Dehiscencia uterina	()
Polihidramnios	()	DPPNI	()

CONTROL PRENATAL

Regular () Irregular () Nulo ()

EDAD GESTACIONAL _____

PARIDAD

0 ()	2 ()	4	()
1 ()	3 ()	Más de 4.	()

FORMA DE TERMINACION DE EMBARAZO

Eutócico ()	Cesárea ()
Instrumentado ()	Curetaje ()

TIPO DE HISTERECTOMIA

Total () Parcial ()

DIAGNOSTICO PREVIO DE HISTERECTOMIA

Ruptura uterina ()	Atonia uterina ()
Sepsis ()	Útero de Couvalier ()
Otras ()	

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

Infecciones ()	Shock hipovolémico ()
Neurológicas ()	Lesiones urológicas y tubo digestivo ()
CID ()	Muertes ()
No complicaciones ()	

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Acretismo placentario ()

Ruptura uterina ()

Fibromas ()

Útero de Couvalier ()

Endometritis ()

SANGRADO.....

DIMENSIONES.....

PESO.....
