



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA

**“ FACTORES ASOCIADOS A LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA ”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR:  
**DRA. ILIANA REBECA ZÁRATE TORIJA**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

DIRECTORA DE TESIS  
**DRA. FLOR DE MARÍA ZEPEDA RAMÍREZ**

- 2012 -



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA

**“ FACTORES ASOCIADOS A LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA ”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR:  
**DRA. ILIANA REBECA ZÁRATE TORIJA**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

DIRECTORA DE TESIS  
**DRA. FLOR DE MARÍA ZEPEDA RAMÍREZ**

- 2012 -

“ Factores Asociados a la Histerectomía Obstétrica ”

Dra. Iliana Rebeca Zárate Torija

Vo. Bo.

Dr. Martín Guillermo Pérez Santiago

---

Profesor Titular del Curso de Especialización en  
Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret

---

Director de Educación e Investigación

“ Factores Asociados a la Histerectomía Obstétrica ”

Dra. Iliana Rebeca Zárate Torija

Vo. Bo.

Dra. Flor de María Zepeda Ramírez

---

Directora De Tesis

Médico Adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia  
del Hospital General de Ticomán

## DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

*A mis padres y hermana, por quién soy y  
por su infinito apoyo en todo momento.*

*A mi esposo, que camina conmigo apoyándome  
siempre para seguir adelante.*

*A todos mis maestros, que influyeron de una u otra  
manera en mi formación como médico especialista*

*Al personal de archivo clínico que, a pesar  
de su carga de trabajo, me apoyó.*

# **ÍNDICE**

## **RESUMEN**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>8</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>10</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>15</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>16</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>18</b>

## RESUMEN

*Objetivo.* Determinar la incidencia y analizar los factores asociados que determinan la realización de histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital General Ticomán en los años 2009 y 2010.

*Material y métodos.* Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, de casos y controles, a través del censo de expedientes clínicos de pacientes de cualquier edad que acudieron para finalizar su embarazo al Hospital General de Ticomán y que se les practicó histerectomía obstétrica en el 2009 y 2010.

*Resultados.* Se calculó una incidencia de 3.3 histerectomías por cada 1000 eventos obstétricos. Dentro de un total de 9819 Partos, cesáreas y abortos, La falta de recursos adecuados aumentó el riesgo 114 veces para sufrir una histerectomía, así como la cesárea 2 veces en relación con parto. Se vio que las características obstétricas relevantes fueron: primigestas en primer lugar, multigestas que cursan con embarazo de alto riesgo y/o cirugías uterinas previas, entre 28 y 30 años de edad y resolución del embarazo con cesárea. El diagnóstico más frecuente fue la hemorragia por atonía uterina para un 60% con sangrado promedio de 1730 ml. No se registraron casos de mortalidad. Durante el puerperio la causa más frecuente de histerectomía fue sepsis.

*Conclusión.* El índice de histerectomía obstétrica es elevado, asociado a la falta de recursos adecuados como un factor de riesgo relativo mayor e inherente a la paciente su multiparidad asociada a otros factores acompañantes. La principal indicación es la hemorragia seguida por sepsis en el puerperio.

*Palabras claves:* Histerectomía obstétrica, factores de riesgo.



## INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica es la excresis quirúrgica del útero durante el embarazo o inmediatamente después.<sup>1</sup> Es un procedimiento de urgencia que puede practicarse desde el primer trimestre del embarazo hasta el puerperio con el propósito de prevenir o contrarrestar posibles complicaciones, para preservar la vida de la madre y que requiere, por la gravedad del mismo, de un mejor entendimiento de las causas que lo desencadenan con el fin de poder prever una atención más oportuna y con altos estándares de calidad.

Dentro de las diferentes clasificaciones de la histerectomía se describe una que considera el momento, la indicación, la extensión y las circunstancias asociadas en cada caso. (Cuadro I). Sólo cuando se consideran todos estos factores se pueden obtener conclusiones válidas sobre el riesgo y la evolución en forma comparativa.

### Cuadro I. Clasificación de las histerectomías obstétricas<sup>1</sup>

#### Histerectomía preparto -feto in situ

- Subtotal - con anexiotomía o sin ella.
- Total - con anexiotomía o sin ella.
- Radical - con o sin disección de ganglios linfáticos, anexiotomía, o ambas, o sin ellas.

---

#### Histerectomía periparto

- Histerectomía poscesárea
- Subtotal - con anexiotomía o sin ella.
- Radical - con o sin disección de ganglios linfáticos y anexiotomía o sin ellas.

---

#### Histerectomía posparto -después del parto vaginal

- Subtotal - con anexiotomía o sin ella.
  - Total - con anexiotomía o sin ella.
-

A pesar de la baja frecuencia de histerectomía obstétrica de emergencia, el incremento de la cesárea ha hecho que un útero lesionado indirectamente aumente la incidencia de histerectomía postparto y sus complicaciones. Con ello el obstetra se ve en el dilema de elegir entre un manejo conservador o agresivo, la elección puede pesar en el deseo materno de preservar la fertilidad comparado con el riesgo de una decisión retardada para realizar la histerectomía puede empeorar la salud hasta la muerte materna.<sup>2</sup>

Las indicaciones de emergencia son menos comunes que en el pasado, ya que existen tratamientos alternativos menos invasivos. En la actualidad las histerectomías se realizan como esfuerzo final para detener una hemorragia incoercible.<sup>3</sup>

Datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que la hemorragia obstétrica es la causa del 25% de las muertes maternas que ocurren en todo el mundo. Aproximadamente el 80% de las muertes maternas por hemorragia son por causas obstétricas directas; es decir, por complicaciones del embarazo, trabajo de parto, puerperio, así como por diagnósticos y tratamientos erróneos de enfermedades que se presentan durante la gestación. La ruptura uterina ha sido la segunda indicación más frecuente de histerectomía de emergencia debida a hemorragia.<sup>4</sup>

Una cesárea anterior aumenta la probabilidad de placenta previa, placenta acreta, dehiscencia de cicatriz y ruptura uterina evidente, y cada uno de estos diagnósticos incrementa el riesgo de histerectomía de emergencia.<sup>5</sup> Se han hecho básicamente profilácticos a base de la colocación de un catéter de balón intravascular para disminuir la hemorragia en pacientes ya conocidas con anomalías de la placentación, lo cual no ha demostrado beneficio en las pacientes que entran para realización de cesárea histerectomía.<sup>6</sup>

Las infecciones uterinas severas, que antes requerían histerectomía poscesárea, suelen responder a los tratamientos antibióticos modernos.<sup>3</sup>

Las indicaciones definidas para realizar una Histerectomía Obstétrica pueden clasificarse en 3 grupos que orientan a la toma de decisiones, considerándolas como:

*Absolutas:* cuando el único tratamiento para salvar la vida es la extirpación inmediata del útero, como en los casos de hemorragia severa y sepsis.

*Relativas:* cuando se juzga conveniente realizar la histerectomía pero sin necesidad absoluta para ello, no perjudica la vida del paciente como lo es en la Miomatosis uterina, Neoplasia Intraepitelial Cervical y Neoplasias Ováricas

*Electivas:* donde se incluyen el resto de la indicaciones pero el riesgo quirúrgico es muy alto, razón por la cual, la mayoría de los autores no apoyan la histerectomía obstétrica completamente electiva.

<b>Cuadro II. Indicaciones de Histerectomía Obstétrica<sup>7</sup></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Emergencias obstétricas               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hemorragia                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ruptura uterina                       <ul style="list-style-type: none"> <li>● Espontánea                           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cicatriz uterina anterior</li> <li>○ Útero intacto en forma previa</li> </ul> </li> <li>● Traumática</li> </ul> </li> <li>▪ Ruptura de un embarazo ectópico                       <ul style="list-style-type: none"> <li>● Embarazo cornual</li> <li>● Embarazo intramural</li> <li>● Embarazo cervical</li> <li>● Embarazo diverticular</li> </ul> </li> <li>▪ Hematoma pelviano en expansión</li> <li>▪ Trastornos placentarios                       <ul style="list-style-type: none"> <li>● Placenta acreta, increta y percreta</li> <li>● Complicaciones de la placenta previa</li> <li>● Complicaciones del desprendimiento placentario</li> </ul> </li> <li>▪ Hemorragia posparto                       <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atonía uterina incoercible</li> <li>● Inversión uterina</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ Sepsis                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Corioamnioitis con sepsis</li> <li>▪ Abscesos miometriales</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No urgentes               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trastornos ginecológicos coexistentes                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leiomiomas</li> <li>▪ Neoplasia Intraepitelial cervical</li> <li>▪ Neoplasia cervical invasora inicial</li> <li>▪ Neoplasia de ovario</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>● Casos electivos               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cicatrices de cesáreas anteriores, múltiples o defectuosas</li> <li>○ Trastornos ginecológicos                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedentes de endometriosis, enfermedad inflamatoria pelviana, menstruaciones irregulares y abundantes, adherencias pelvianas.</li> </ul> </li> <li>○ Solicitud de esterilización mediante Histerectomía</li> </ul> </li> </ul>

Existen medidas de promoción de la salud y atención prenatal y obstétrica para evitar que este tipo de complicaciones terminen en una muerte materna. La presencia de estas muertes, nos puede hablar de un problema de acceso o un problema de calidad.

La Histerectomía Total Abdominal genera un gasto anual por caso de aproximadamente \$12,944.5 por lo que es imprescindible justificar adecuadamente las indicaciones.<sup>8</sup> La cesárea histerectomía se recomienda en aquellos casos de infección severa con producto vivo viable, desgarros extensos, accidentes en cesáreas repetidas o sangrados profusos incontrolables.

Se contempla que la incidencia de histerectomía obstétrica es de 0.2 a 1.5 por cada 1000 nacimientos.

En 2005 se presentaron en México 1,278 muertes maternas. De este total, 1,242, correspondieron a muertes obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio, y 36 a muertes tardías o por secuelas.<sup>9</sup>

Actualmente la preeclampsia –primera causa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en México– es la enfermedad más común y recurrente en la mujer embarazada.

Las muertes maternas han disminuido en las últimas décadas. Entre 1990 y 2005 la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos se redujo de 89 a 63. Aunque se trata de un descenso importante todavía estamos lejos de la meta que se estableció en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, lo que significa llevar el valor de este indicador a 22 por 100,000 nacidos vivos en 2015.<sup>10</sup>

Entre los factores de riesgo que con mayor frecuencia han sido identificados están los antecedentes de cesárea (aumenta 10 a 12 veces su probabilidad), edad mayor de 35 años, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y antecedentes de hemorragia en el parto anterior.

Las indicaciones para una histerectomía post-cesárea se discuten, algunos autores refuerzan investigaciones que incluyen la infección intrauterina, una cicatriz uterina defectuosa, un útero marcadamente hipotónico que no responde a los oxitócicos, prostaglandinas o masaje energético; desgarro de los vasos uterinos principales, grandes miomas y la displasia cervical severa o el carcinoma in situ de cérvix.<sup>11</sup> La literatura reporta que la mayoría de los casos se ven asociados con alteraciones de la placentación.

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 está 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.<sup>12</sup>

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 más tardíamente entre la octava y decimosexta semana gestacional, la hemorragia puede ser rápidamente 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 pero particularmente posterior a FIV y la transferencia de embriones, 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>13</sup>

Estudios aleatorizados acerca de histerectomía obstétrica en casos de hemorragia postparto incontrolable hablan de una incidencia de 0.2 – 1.5 por cada 1000; han demostrado que del 44% al 56% de las pacientes requieren hemotransfusión. Teniendo mortalidad materna en 2.6%. Se realizan histerectomías totales en 52.2%, subtotalet en 47.8% y alguna cirugía extra (anexiotomía, ligadura de arterias uterinas, hipogástricas, reparación de vejiga o ureteros) ha sido necesaria en el 10.5% de los casos. En donde se concluye que las pacientes con mayor riesgo de histerectomía son las multíparas (77%), las que cuentan con antecedente de cesárea previa (63%) o con placentación anormal.<sup>2</sup> La mortalidad se asocia principalmente con hemorragia masiva.<sup>14</sup>

La pronta decisión de realizar una histerectomía obstétrica es esencial en pacientes cuya condición se deteriora, además de la habilidad de un obstetra experimentado que pueda realizar la cirugía.<sup>15</sup>

En la literatura se describen diversos factores de riesgo que pueden complicar la terminación del embarazo y conducir a la realización de una histerectomía en la emergencia obstétrica. Para establecer el diagnóstico, se utilizan recursos hospitalarios que brindan información acerca de las condiciones a enfrentar al termino de la gestación como lo son el ultrasonido, estudios de laboratorio y contar con disponibilidad de sangre segura y compatible para el procedimiento obstétrico, que si bien en la mayoría de los casos no es consumida, en caso de requerirla no se dispone del tiempo necesario para realizar cruce y tipaje de paquetes globulares.

En algunos casos de emergencia obstétrica no se llegan a utilizar las maniobras y técnicas para control de la hemorragia con el fin de conservar la fertilidad a través de la preservación del útero durante el procedimiento obstétrico y directamente se decide la realización de histerectomía para disminuir la morbimortalidad materna. Así como en ocasiones se subestima el pronóstico de la paciente en procedimiento obstétrico y sin contar con el protocolo de estudio adecuado, se obtiene un resultado satisfactorio para el termino del embarazo.

Hay indicaciones precisas de realizar una histerectomía obstétrica, sin embargo qué tan grande es el riesgo que se corre al terminar un embarazo, indistintamente de la vía, cuando nos encontramos ante una situación de riesgo que compromete la vida de la paciente. Son casos que se presentan a frecuencia en las unidades hospitalarias y éstas tienen importante repercusión a corto y largo plazo de acuerdo a las técnicas y complicaciones inherentes al acto quirúrgico, que en consecuencia causan gran significancia dentro del entorno social y económico familiar.

En el presente estudio se pretende obtener información que permita determinar la incidencia, características obstétricas, e identificar adecuadamente los factores de riesgo e indicaciones asociadas a histerectomía obstétrica en el Hospital General Ticomán, con el fin de disminuir la morbimortalidad materna y mejorar la calidad de atención, identificando áreas de oportunidad, así como derivar la atención hacia las carencias y enfatizar en la necesidad e importancia de contar con los recursos adecuados para el adecuado manejo de pacientes.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo de casos y controles que analiza pacientes sometidas a histerectomía obstétrica, en cualquier momento de la gestación, de cualquier edad y por cualquier causa que acudieron para su atención al Hospital General de Ticomán en el periodo de Enero del 2009 a Diciembre del 2010.

Para recabar la información, se realiza censo de los casos reportados en los expedientes clínicos.

Para el cálculo se utiliza una relación de 2 controles por 1 caso que cumplieran los requisitos de los criterios de inclusión, los cuales fueron: Todos los expedientes clínicos de pacientes de cualquier edad que acudieron por embarazo a quién se atendió para finalizar su embarazo ya sea por aborto, parto o cesárea y se les haya practicado histerectomía obstétrica en el período de estudio. Quedando excluidos los expedientes de pacientes a las que no se realizó histerectomía obstétrica y aquellos expedientes incompletos.

Para lo cual se elaboro un formato ex profeso para recabar la información de los expedientes obtenidos en archivo clínico, el cual incluye datos generales como edad, control prenatal, si se trata de embarazo de alto riesgo, el número de gestas, existencia de cirugía uterina previa por cualquier motivo, la vía de terminación del embarazo, existencia de enfermedad concomitante, o de emergencia obstétrica, la oportunidad en la atención, si cursa un embarazo con sepsis o molar, indicación de histerectomía y tipo realizado, y el sangrado total durante el evento obstétrico y quirúrgico. Posteriormente se elaboró una base de datos en Excel; y para el análisis de resultados se utilizó el paquete de Excel y EPI INFO v.6.0. Para el análisis descriptivo se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas: porcentaje, media, rango y desviación estándar; y para el análisis inferencial se utilizó razón de momios.

Con los datos proporcionados por el servicio de estadística de la unidad se estimó la incidencia de histerectomía obstétrica.



Desde el punto de vista bioético se considera una investigación sin riesgo con la aprobación del Comité de ética del Hospital General de Ticomán.

## RESULTADOS

Entre Enero del 2009 a Diciembre del 2010 se atendieron 5540 pacientes por parto, 2470 por cesárea y 1809 por aborto. Llevando a cabo 33 histerectomías de urgencia, de las cuales únicamente se encontraron 25 expedientes. Por lo tanto el 15% de ellos no se analizaron.

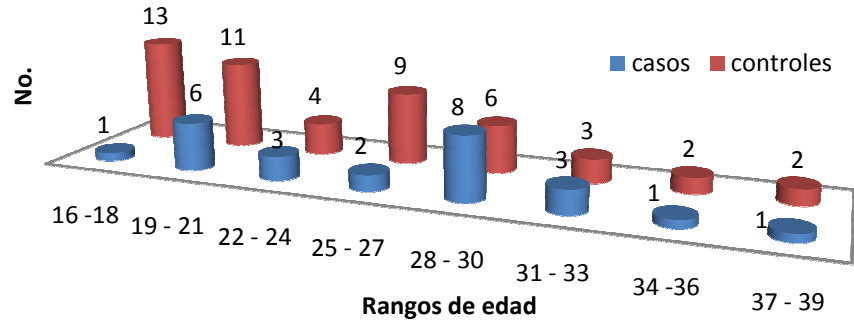
Se calcula una incidencia de 3,3 histerectomías obstétricas por cada 1000 eventos obstétricos predominando en cesáreas.

En el estudio identificamos que el factor de riesgo más importante es la falta de recursos físicos y materiales adecuados para la atención obstétrica con un OR 114,8. El ser multigesta aumenta el riesgo 8.81 veces de practicar una histerectomía obstétrica. Se duplica el riesgo si se ha llevado un inadecuado control prenatal, si se considera una emergencia obstétrica o el momento de la atención no es el adecuado. (*Tabla I*)

*Tabla I. Resultados de Factores de Riesgo para Histerectomía Obstétrica*

RIESGO	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA
Edad	0.18	0.03-0.97
Control Prenatal	2.47	0.70 - 8.85
Emb Alto Riesgo	0.85	0.29 - 2.49
Multigesta	8.81	1.84 - 47.63
Cirugías previas	1.77	0.60 - 5.23
Trabajo de Parto	0.77	0.26 - 2.34
Oportunidad en la atención	2.98	0.5 - 18.85
Emergencia obstétrica	2.9	0.96 - 8.90
Recursos materiales adecuados	114.89	17.69 – 999

Se identificó que la edad media más afectada fue de 26 años  $\pm$  5.4; en la *Fig.1* se esquematiza el rango de edad más afectado (28-30 años).



*Fig 1. Edad con mayor proporción de Histerectomía Obstétrica.*

Se enumeraron los condicionantes de embarazo de alto riesgo en la *Tabla II*, con lo que el embarazo ectópico con 33.34% de los casos, es el que predomina para mayor riesgo de histerectomía en la paciente que lo presenta.

*Tabla II. Comparativo de causas de embarazo de alto riesgo*

Causa	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Adolescente	1	11.11	13	46.43
Apendicitis	1	11.11	0	0
Embarazo Ectópico	3	33.34	0	0
EHIE	1	11.11	12	42.86
Molar	1	11.11	0	0
Cesárea Iterativa	1	11.11	2	7.13
Óbito	1	11.11	0	0
Embarazo Gemelar	0	0	1	3.58
Total	9	100	28	100

Fuente: Archivo clínico Hospital General Ticomán 2009 - 2010.

Comparando el adecuado e inadecuado control prenatal, los resultados muestran que la mayoría de las pacientes lo llevan aparentemente adecuado, en la *Tabla III* se reporta que el 32% de pacientes con inadecuado control terminaron en Histerectomía Obstétrica comparada con el control inadecuado en 16% de los controles.

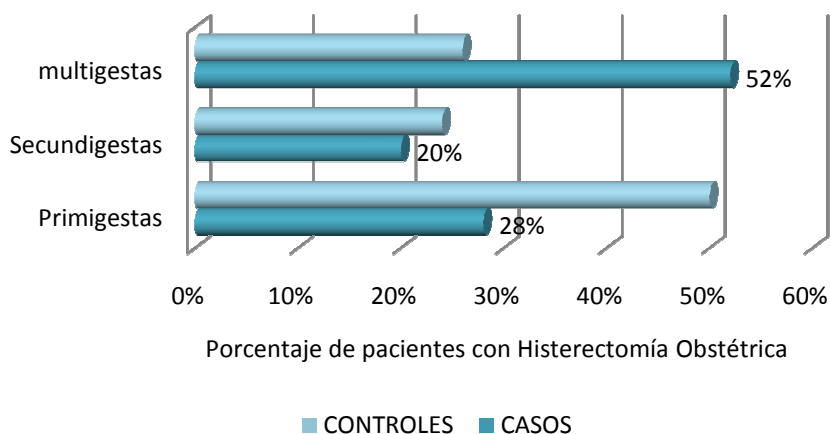
*Tabla III. Comparación del Control Prenatal*

Control Prenatal	Casos	%	Controles	%
Adecuado	17	68	42	84
Inadecuado	8	32	8	16

Fuente: Archivo clínico Hospital General Ticomán 2009 - 2010

En cuanto a la relación que existe entre el número de gestas y las pacientes que terminaron en histerectomía obstétrica se observa en la *Fig. 2* que las multigestas ( $\geq 4$ ) son las más afectadas en 36% comparadas con las primigestas en un 28%, esto asociado con cirugías previas y considerados como embarazos de alto riesgo.

*Fig 2. Relación del número de gesta con realización de Histerectomía Obstétrica*

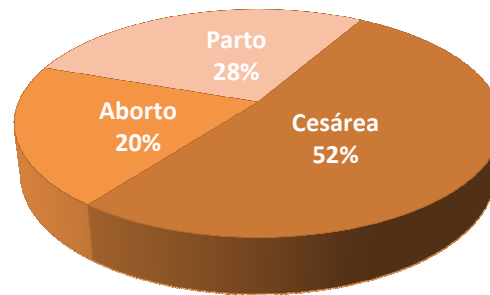


De éstas el 52% tenían cirugías previas en útero: 38% legrado(s) y 62% cesárea(s). Hubo 1 sólo caso de enfermedad trofoblástica al que se le realizó histerectomía.

El 60% de las pacientes a las que se les practicó histerectomía obstétrica presentaban trabajo de parto.

La resolución del embarazo se llevó a cabo en 52% de las pacientes por Cesárea, 28% por Parto y 20% por Aborto como se muestra en la *Fig.3*

*Fig 3. Porcentaje de Resolución del embarazo*



La principal indicación que llevó a la realización de la histerectomía obstétrica la observamos en la *Fig.4* donde se muestra que fueron las causas hemorrágicas con el 88% originada principalmente por atonía uterina en 68%, seguido por alteraciones de la placentación y el embarazo ectópico en 13% de los casos con mayor riesgo en localización cervical. (*Fig. 5*)

*Fig 4. Principales Indicaciones de Histerectomía Obstétrica*

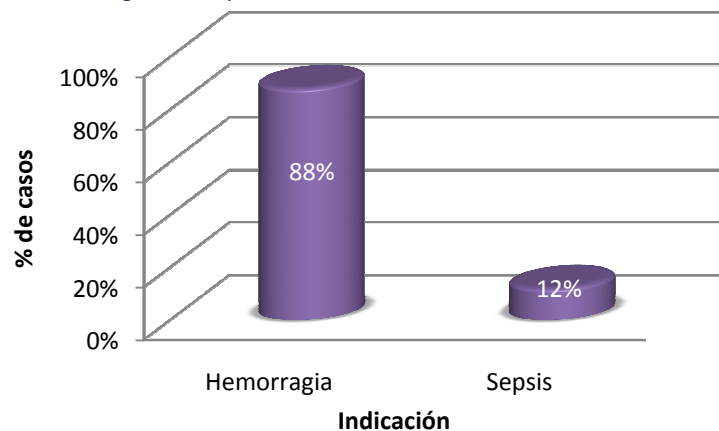
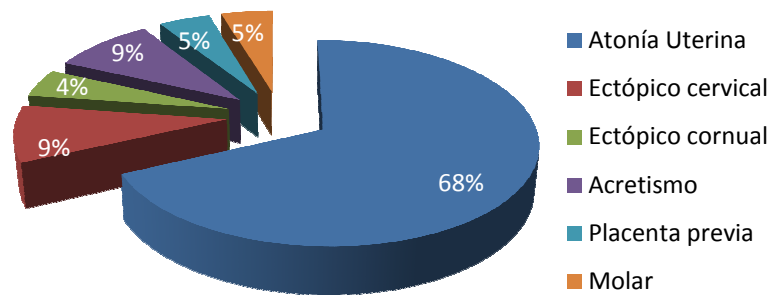


Fig 5. Causas de Hemorragia Obstétrica

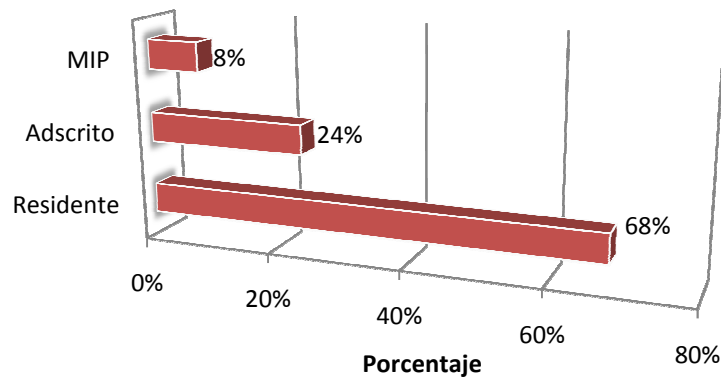


Se calculó sangrado promedio de 1730 ml  $\pm$  1182.5. Con hemotransfusión en un 48% de las pacientes y 13% de los casos requirieron manejo por la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital. Dentro de las causas no hemorrágicas la sepsis ocupó el primer lugar en 12 %. Y fue la principal razón de realización histerectomía en el puerperio.

Como complicaciones se registra un caso de ligadura de ureteros, 1 caso de dehiscencia de herida quirúrgica, 1 caso de reintervención por textiloma y 1 caso de absceso residual en una paciente con sepsis. No se registraron muertes en el periodo de estudio.

El 68% de la atención del evento obstétrico que se complica fue otorgada por los médicos residentes de la unidad y el 24% únicamente por los médicos adscritos al turno principalmente en cesáreas o laparotomías por embarazos ectópicos; el 8% restante fueron partos que se atendieron por los médicos internos en rotación. Fig 6.

Fig 6. Médico que otorga la atención obstétrica



## DISCUSIÓN

Considerando los resultados de acuerdo a las histerectomías realizadas en el periparto, la incidencia en el Hospital General de Ticomán es de 3.3 por mil eventos obstétricos, lo que se traduce en la triplicidad de lo reportado como incidencia general en la literatura que reporta de 0.2 a 1.5.<sup>9</sup> Lo cual puede estar asociado al aumento en la tasa de cesárea que se ha observado paulatinamente a través de los últimos años en todas las unidades. Además de otros factores encontrados en el estudio como la falta de recursos adecuados y la multiparidad de las pacientes.<sup>2</sup> El rango de edad más afectado fue entre los 28 y 30 años a pesar de que los controles reportan que la mayoría de las pacientes atendidas se encuentran entre los 16 a 21 años, esto aunado a que las pacientes ya cuentan con embarazos previos, cirugías o patologías concomitantes como Enfermedades Hipertensivas que son consideradas como el factor de morbimortalidad más frecuente en la población gestante en la actualidad.<sup>10</sup>

La falta de recursos adecuados en la unidad, tanto físicos como en personal, está condicionando que lo consideremos como el factor de riesgo más importante (OR 114,8) de histerectomía en el periparto en ésta institución, lo cual es notablemente elevado.

La principal indicación de histerectomía fue la hemorragia, causada en primer lugar a reportes por atonía uterina corroborada por patología y el resto de los casos por la localización de embarazos ectópicos cornuales o cervicales, así como alteraciones en la placentación. Lo cual concuerda con lo reportado en la literatura. Los métodos utilizados para cohibir la hemorragia principalmente son oxitócicos, ya que en ocasiones no se dispone de material más eficaz como la carbetocina o prostaglandinas que están indicadas en casos de hipo ó atonía uterina.<sup>11</sup> Así como la falta de experiencia en el personal para realizar procedimientos como ligadura de arterias hipogástricas o colocación de balones intravasculares, además de que en la institución no se cuenta con éstos últimos.

## CONCLUSIÓN

El índice de histerectomía obstétrica es elevado, asociado a la falta de recursos adecuados como un factor de riesgo relativo mayor e inherente a la paciente su multiparidad asociada a otros factores acompañantes. La principal indicación para histerectomías obstétrica fue la hemorragia por atonía uterina seguida por sepsis principalmente como causa de histerectomía en el puerperio. De acuerdo a esto se identifican puntos de oportunidad en donde se puede actuar oportunamente, como cursos de actualización para el personal y aumentar el número, así como mejorar el equipo con el que se trabaja para cada evento obstétrico con el fin de mejorar la calidad de atención de las pacientes. Desafortunadamente en hospitales donde la enseñanza es parte de las labores diarias, se eleva el riesgo de complicaciones, ya sea por falta de experiencia de los médicos en formación o la toma aislada de decisiones que llevan a una inadecuada vigilancia obstétrica durante el trabajo de parto y esto a su vez desencadena una serie de complicaciones en las que se incluye la histerectomía obstétrica como una de las principales.

En un análisis en conjunto podemos considerar que la Histerectomía Obstétrica no fue de primera elección en cualquiera de los casos expuestos, sin embargo es totalmente preferible en los procesos donde ya no es posible cohibir una hemorragia, o en donde el estado séptico de la paciente le está comprometiendo la vida. Indudablemente priorizando la vida de la paciente sobre sus deseos de fertilidad, lo que se vuelve en muchas ocasiones un problema para el médico que busca preservar la vida de las pacientes en compromiso obstétrico.

Dentro de todo, seguir apoyando los programas de planificación familiar e incluir una consulta en el control prenatal al respecto, orientaría a la población sobre los cuidados de la mujer embarazada y cada uno de los hijos así como proponer riesgos y complicaciones de la multiparidad.



Se ha corroborado que los expedientes faltantes no pertenecen a casos registrados como muertes maternas o casos médico legales.

Los reportes de patología distan de calidad en la interpretación del tejido, ya que se describen de manera escueta y sin detalle en las notas revisadas.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 Larry C. Gilstrap III, et al. *Urgencias en sala de partos y obstetricia quirúrgica*. 2ª ed. Ed Panamericana. Argentina. 2004. pp 275-291
- 2 Rossi, A. et al. *Emergency Postpartum Hysterectomy for Uncontrolled Postpartum Bleeding: A Systematic Review*. *Obstetrics & Gynecology* March 2010 Volume 115 - Issue 3 - pp 637-644
- 3 Ramos García, Raziél. et al. *Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008*. *Revista de Archivos de Investigación materno infantil*. Vol. II, No.1.2010. pp 11-14
- 4 Vanegas Estrada, Rafael Orestes, et al. *Emergency Obstetric Hysterectomy*. Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa. Cuba 2009.
- 5 Knight M, et al. *Cesarean delivery and peripartum hysterectomy*. *Obstet Gynecol*. 2008;111(1):97-105.
- 6 Shrivastava V, Nageotte M, Major C, et al. *Case-control comparison of cesarean hysterectomy with and without prophylactic placement of intravascular balloon catheters for placenta accreta*. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:402.e1-402.e5.
- 7 Sowers M. et al. *Physical functioning and menopause states*. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 1290-1296.

- 8 Reveles J, et al. *Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones*. Ginecol Obstet Mex. 2008;76:156-160
- 9 Ávila-Burgos L, et al. *Estimación 2005 y evolución del gasto 2003-2005*. Ciudad de México/Cuernavaca, México: Secretaría de Salud/Instituto Nacional De Salud Pública, 2007.
- 10 *México Sano*, año 2, número 10, Editora La Prensa. México DF. 2009
- 11 *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. 1ª ed. Secretaría de Salud. México DF. 2007
- 12 Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993, Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio a Recién Nacidos. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio. Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995
- 13 Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos".
- 14 Williams: *Obstetricia*. 20° Edición. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires 1998; 558:561, 480:488,637,724.
- 15 J. Rahman. et al., *Emergency obstetric hysterectomy in a university hospital: A 25-year review*. Journal of Obstetrics & Gynaecology 2008, Vol. 28, No. 1 , Pages 69-72 .