



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE LA MUJER

**CAUSAS DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL
HOSPITAL DE LA MUJER EN EL PERIODO DEL AÑO 2012 AL
AÑO 2013.**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DR. JAVIER HERNANDEZ TORRES

ASESOR DE TESIS:

DR DELFINO CRUZ CRUZ



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.

DRA. MARIA DE LOURDES MARTINEZ ZUÑIGA
DIRECTORA

DR. ESTEBAN GARCIA RODRIGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO

DR. JOSE JESUS PRADO ALCAZAR
JEFE DE DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR. DELFINO CRUZ CRUZ
ASESOR DE TESIS

INDICE

MARCO TEORICO.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
JUSTIFICACION.....	21
OBJETIVOS.....	22
HIPOTESIS.....	23
MATERIAL Y METODOS.....	24
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	25
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	26
RESULTADOS.....	27
DISCUSION.....	31
CONCLUSIONES.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	34
ANEXOS.....	38

INTRODUCCION

DEFINICION

La histerectomía obstétrica (HO) es un procedimiento quirúrgico mayor que consiste en la extirpación del útero en una mujer gestante, antes del parto, después de un parto o un aborto, o en el puerperio; involucra necesariamente la condición de un útero que está o ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiere la extracción parcial o total del órgano¹.

Se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente al aumentar el riesgo de hemorragia, como atonía o laceración uterina. En ocasiones no es posible controlar estas complicaciones, pese a que se dispone de procedimientos o medicamentos uterotónicos, por lo que se prefiere realizar la Histerectomía Obstétrica antes que arriesgar la vida de la paciente².

HISTORIA

La palabra histerectomía deriva de dos raíces griegas isteros (útero) y ectomía (extirpación). La histerectomía obstétrica se desarrolló a finales del siglo XVIII, con la finalidad de disminuir la mortalidad de la cesárea que era del 100%.

En 1768, Joseph Cavallini, en Florencia, realizó experimentos en perros y ovejas preñadas, concluyendo que el útero no es un órgano necesario para la subsistencia y que de ser la operación cesárea riesgosa, la mortalidad podría

disminuirse mediante la resección del útero.

En 1868, Horatio Robinson Storer realizó la primera cesárea seguida de histerectomía de urgencia por la presencia de un tumor pelviano que obstruía el canal del parto. El neonato sobrevivió, la madre murió en el tercer día del puerperio.

Fue hasta 1876 que Eduardo Porro, realizó una cesárea con histerectomía en una paciente viva, y madre e hijo sobrevivieron, por lo que la cesárea-histerectomía lleva el nombre de este obstetra.

En 1880, Robert Harris reunió 50 casos de cesárea-histerectomía publicados en todo el mundo, con mortalidad materna de 58% y fetal de 86%. Estos valores representaban en aquel entonces un significativo avance para una cirugía de la que ninguna mujer sobrevivía. Tait en 1890, introdujo modificaciones técnicas a la primera cirugía de Porro.

En varios trabajos destacan los autores como, Muller, Taylor, Richardson y Godzon, siendo este último el primero en realizar la histerectomía por causa obstétrica³⁻⁶.

EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de histerectomía obstétrica varía considerablemente según algunos autores. Se produce de manera más frecuente después una cesárea (0,17-8,9 por cada 1 000 partos) que después de un parto vaginal (0,1-0,3 por cada 1 000 partos). Actualmente la literatura médica estima un aumento de la incidencia de histerectomía posparto entre 0,29 y 3,78 por cada 1 000 partos y el 10 % de ellas

puede requerir una segunda intervención⁷. La incidencia real en México se desconoce, aunque algunos autores indican que es del 0.5 al 0.9%². La incidencia de histerectomía obstétrica en el mundo, en el Reino Unido es de 0.41/ 1000 nacimientos, En Dinamarca es de 0.24/1000 nacimientos, en Arabia Saudita es de 0.64/1000, en Ghana es de 4.34/1000, en Nigeria es de 5.4/1000 y en Sudáfrica es de 5.1/1000. La diferencia se encuentra en los distintos niveles de atención obstétrica en cada uno de ellos. En Estados Unidos la histerectomía postparto de urgencia tiene una incidencia de 0.8 a 2.28 por cada 1,000 nacimientos¹⁴.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen cerca de 14 millones de casos de hemorragias asociadas al embarazo y al menos 128,000 de estas mujeres se desangran y mueren.

La Morbilidad de las histerectomías por cesárea electiva se vio en una revisión de 80 casos de mujeres sometidas a histerectomía por cesárea electiva, McNulty comunicó que sólo cinco (6%) presentaron morbilidad febril y 12 (15%) recibieron transfusiones de sangre, cuatro (5%) padecían lesiones vesicales y cuatro (5%) tenían hematomas del ligamento ancho. En consecuencia, es probable que las histerectomías por cesáreas electivas no se relacionen con mayor riesgo de complicaciones o de morbilidad respecto al parto por cesárea, seguido por histerectomía electiva posterior. En dos estudios comparativos sobre histerectomías electivas postparto y de urgencia, la morbilidad fue mayor cuando se relacionaba con el procedimiento de urgencia. En el grupo de urgencia fueron superiores: la pérdida estimada de sangre, la cantidad de mujeres transfundidas y el tiempo del procedimiento. En general, las complicaciones son más frecuentes en las histerectomías de urgencia que en los casos de indicación electiva

TECNICA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

No es necesario cerrar la histerotomía, si no hay sangrado significativo. Es necesario disecar el colgajo vesical antes de iniciar la histerectomía. Desde el segmento uterino inferior anterior se realiza la doble ligadura de ligamentos redondos, se extiende hacia lateral la serosa vesicouterina a la que estaba adosada la vejiga antes de su disección; en ese momento se aseguran los ligamentos uteroováricos, previa formación de una ventana a través de la hoja posterior del ligamento ancho mediante doble fijación, corte y ligadura bilateral; se disecan los vasos uterinos, se corta y se hace una doble ligadura; se disecan los ligamentos cardinales, se sujetan y ligan a un nivel inferior al cuello uterino y posteriormente se retira la pieza quirúrgica por una incisión en la mucosa vaginal; se inspecciona el cérvix para asegurarse de que la remoción fue completa¹¹. Después de retirar el útero completo, se aseguran todos los ángulos del fórnix vaginal lateral a los ligamentos cardinales y uterosacros, las suturas mas frecuentes que se utilizan en la histerectomía obstétrica es catgut crómico y el vicryl. No hay unanimidad de opciones en cuanto a si se debe mantener abierto o hay que cerrar el manguito vaginal. Posterior al cierre de esta última, se realiza la peritonización pelviana, se verifica la hemostasia de todos los muñones y se continúa con el cierre de la pared abdominal por planos⁹.

En otra técnica descrita se realiza una incisión tipo Maylard, o media infraumbilical compresas aislantes y un separador de balfour. El ligamento redondo del lado derecho, se pinza, corta y se realiza mismo procedimiento en el otro lado. A

continuación se localiza la salpinge, el ligamento útero-ovárico y parte del ligamento ancho derecho, que se pinza, corta y se ligan los ligamentos se realiza el mismo procedimiento de lado contralateral. Se incide el peritoneo parietal anterior y posterior y se ligan ambas arterias uterinas. En este momento se realiza la cesárea tipo corporal y se pinza el cordón umbilical, sin traccionarlo; la placenta se deja in situ, y se pinza, corta y liga los ligamentos cardinales y uterosacro y se retira la pieza¹⁸.

La Histerectomía total es el método quirúrgico recomendado, debido al riesgo potencial de malignidad en desarrollo del muñón cervical y la necesidad de la citología periódica y otros problemas asociados, tales como sangrado o flujo asociado con el muñón cervical. Actualmente la proporción de la histerectomía subtotal realizada varía de 53% a 80%. Los reportes de histerectomía subtotal muestran una pérdida de sangre menor, una menor necesidad de transfusión de sangre, reduce el tiempo quirúrgico y la reducción de complicaciones pre y postoperatorias. La Histerectomía subtotal puede no ser eficaz en cuanto al acretismo situado en la parte baja del útero. La Histerectomía total, sin embargo se debe considerar al sangrado activo que se produce a partir del segmento uterino inferior proveniente de la rama cervical de la arteria uterina que puede permanecer intacta. La decisión final de realizar la histerectomía subtotal o total esta influenciada por la condición del paciente. Por lo tanto, mientras que la histerectomía abdominal total es un procedimiento más conveniente, la subtotal puede ser una mejor opción en ciertas condiciones donde la cirugía tiene que ser completada en un tiempo más corto¹³.

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo que con mayor frecuencia han sido identificados están: antecedente de cesárea (aumenta 10 a 12 veces su probabilidad), edad mayor de 35 años, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y el antecedente de hemorragia en el parto anterior, este último con un riesgo relativo (RR) de 9,3¹.

Si bien, según los textos clásicos, la hemorragia postparto por atonía uterina es una de las principales causas de Histerectomía Obstétrica, diferentes experiencias publicadas demuestran que las indicaciones están cambiando, y que también el enfrentamiento frente a patologías que durante el embarazo presentan un mayor riesgo de hemorragia postparto (como es el acretismo placentario y su asociación con placenta previa y cicatriz uterina) necesita nuevos enfoques y conductas terapéuticas.¹¹

Placentación anormal

De acuerdo con un informe de la indicación para la Histerectomía Obstétrica , que era la atonía uterina en 43,45 % y la placenta previa o acreta en el 33,9 % de los casos en 1984 ahora cambió 9 años más tarde a la placenta adherida en un 45 % y la atonía uterina en el 20% de los casos. Hallazgos similares son reportados por

otros con placentación anormal como la indicación predominante, la incidencia que oscila entre 45 a 73,3 %; y la atonía uterina en 26.6 % a 35.6 %. En los últimos años, la placentación anormal se ha convertido en una indicación más común debido al mayor número de mujeres embarazadas con partos por cesárea previa. La incidencia de cesárea oscila entre el 59,8 % en los pacientes con placenta acreta y 75 % en pacientes con placenta previa. A la vista de varios de estos informes, la asociación entre la placentación anormal y el parto por cesárea ha sugerido que la alta incidencia de la Histerectomía Obstétrica está directamente relacionada con el aumento del número de cesáreas. Los pacientes con placenta previa y cicatrices uterinas tenían riesgo del 16% de la Histerectomía Obstétrica de someterse a comparación con el 3,6 % en los pacientes con útero sin cicatrices. La edad avanzada y la paridad son también factores de riesgo importantes en el desarrollo de la placenta previa y acreta. Por lo tanto, parece prudente que el obstetra deba prepararse para la posibilidad de Histerectomía Obstétrica en casos de hemorragia masiva en pacientes sometidas a cesárea con estos factores de riesgo. Preocupa sin embargo, la limitada experiencia de la realización de la histerectomía de emergencia entre los obstetras más jóvenes ya que, según uno de los informes de Países Bajos, la probabilidad promedio de la ejecución de una Histerectomía Obstétrica es una vez en 11 años.

El acretismo placentario es la alteración adherencial de la placenta en su sitio de inserción y se distingue por la invasión anormal de las vellosidades coriales hacia la pared uterina. Según el grado de penetración en el miometrio se clasifica en tres variantes: placenta acreta, increta y percreta. En la placenta acreta, que es la

forma más leve, las vellosidades atraviesan la decidua basal y se fijan superficialmente al miometrio, pero no lo invaden (78% de los casos), mientras que en la placenta increta invaden parte del miometrio (15% de los casos). En la placenta percreta, que es la forma más severa, el trofoblasto invade por completo el miometrio y alcanza la serosa uterina e, incluso, otras estructuras vecinas (5% de los casos). La patogénesis aún se desconoce, pero se ha planteado la hipótesis de un desarrollo anormal de la decidua basal, una invasión excesiva de las vellosidades, o la combinación de ambas. Es difícil determinar con exactitud la prevalencia de acretismo placentario porque las complicaciones (particularmente la hemorragia) pueden controlarse en algunos casos sin necesidad de histerectomía, lo que impide contar con la confirmación histopatológica de invasión trofoblástica⁸.

La ultrasonografía es útil en la búsqueda de placenta acreta, y requiere una valoración cuidadosa y diligente de la interfase uteroplacentaria. La ausencia o adelgazamiento (menor de 1 mm) de la zona miometrial hipoeoica normal en el segmento uterino anterior es sugestivo de una adhesión anormal de la placenta. La sensibilidad (93%), especificidad (79%), y el valor predictivo positivo (78%) de este criterio sonográfico son aceptables según pequeñas series pero combinado con otros criterios ecográficos se puede establecer el diagnóstico de placenta acreta confiablemente. La presencia de la zona miometrial hipoeoica normal es consistente con una baja probabilidad (< 10%) de placenta acreta. La presencia de espacios lacunares vasculares en el parénquima placentario se le ha llamado “apariencia en queso Suizo”, se piensa que este hallazgo es un factor de riesgo para placenta acreta, aun en ausencia de otros hallazgos sospechosos. El

adelgazamiento, irregularidad o disrupción focal de la interfase hiperecoica entre la pared vesical y el útero, es muy sospechosa de invasión de la vejiga. El doppler color puede incrementar el nivel de confiabilidad en la identificación de la zona miometrial. Otras ventajas del doppler color son la mayor especificidad en el diagnóstico de placenta acreta y una mejor valoración de la profundidad de la invasión miometrial o de la serosa. Cuando se pueden identificar los vasos prominentes extendiéndose desde la base de la placenta al miometrio o la pared vesical, se puede sospechar el diagnóstico de placenta acreta. La imagen de resonancia magnética (IRM) puede ser muy útil, particularmente para evaluar la invasión vesical. Otra ventaja de la IRM es la habilidad para visualizar la invasión de la pared posterior y lateral del útero en esos casos en que la placenta se implantó posteriormente. La IRM se debe usar en los casos en que el ultrasonido no pueda descartar la presencia de placenta acreta¹⁹.

Atonía uterina

La atonía uterina es una indicación para la Histerectomía Obstétrica en el 20,6% y el 43% de los casos. Si bien esto ha sido tradicionalmente la principal causa, la incidencia se ha reducido debido a la utilización de estrategias de tratamiento farmacológico combinado con diferentes modos de acción y procedimientos quirúrgicos sistematizados.

Es la causa principal de Hemorragia postparto (HPP). Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en los países pobres. La indecisión retrasa la terapia y conlleva a hemorragia excesiva que puede provocar coagulopatía dilucional e hipovolemia severa, hipoxia tisular y acidosis. Esto dificultará el control de la hemorragia e incrementará el riesgo de histerectomía, shock hemorrágico y muerte. Es muy importante determinar el volumen de pérdida de sangre, teniendo presente siempre que el volumen sanguíneo del ser humano es de aproximadamente 80 mL por kilo de peso corporal. En base a lo anterior, debe determinarse el volumen de sangre perdido y el porcentaje que esta pérdida representa para cada paciente¹⁶.

La ruptura uterina

Los pacientes con ruptura uterina como una indicación para la Histerectomía Obstétrica variaron de 11,4% a 45,5%. El factor de riesgo para esto sería múltiples cesáreas previas con útero con cicatrices¹³.

Se entiende por ruptura uterina al desgarramiento de la porción supravaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo del útero. Es más común la ruptura uterina en los casos de distocias o de partos laboriosos, y es más rara cuando espontáneamente llega a presentarse durante el embarazo. En la mayoría de los casos el origen de este accidente debe ser atribuido a alguna causa, materna o fetal, que sobrepasando la resistencia elástica de la fibra uterina logra romperla o

disociarla, tal como ocurre cuando padecimientos propios del músculo uterino o de los anexos fetales logran producir este accidente durante el curso del embarazo¹⁷.

Embarazo ectópico

El embarazo ectópico intersticial o cornual es una forma rara de presentación del embarazo extrauterino, fue descrito inicialmente por Kelly en 1898. Representa una elevada morbi-mortalidad durante el primer y segundo trimestre. Éste ocurre cuando el embrión se implanta en la parte media de la unión útero-tubárica, en el ángulo lateral de la cavidad uterina, cerca del ostium interno de la trompa de Falopio. La ruptura uterina se presenta en el 20% de los casos y sucede alrededor de la semana 12 de gestación. El embarazo cornual representa entre el 1,1% y el 6,3% de los embarazos ectópicos en general y corresponde solo a 2,2% de los embarazos ectópicos tubaricos. La mortalidad en el embarazo cornual es 2 veces mayor que otros embarazos ectopicos. El embarazo ectópico es responsable del 9 % de la mortalidad materna en el primer trimestre de la gestacion. Entre los factores de riesgo se presentan; salpingitis, enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, cirugía abdomino-pelvica previa, métodos anticonceptivos (dispositivo intrauterino, micro píldora progestativa, esterilización tubarica), embarazo ectópico previo, técnicas de reproducción (Fertilización In Vitro), fármacos (dietilestilbestrol, antineoplásicos), endometriosis, insuficiencia lútea, edad materna (el riesgo es mayor desde los 28 años e incrementa desde los 40 años), enfermedad inflamatoria pélvica. Después de un embarazo ectópico la probabilidad de volver a embarazarse es un 50% y el riesgo de presentarse nuevamente un embarazo

ectópico es del 15%. El diagnóstico de embarazo cornual es tardío debido al desarrollo gestacional y por la proximidad a las arterias uterina y ovárica existe riesgo de una hemorragia grave. La ruptura del útero a causa de un embarazo ectópico varía entre 20-35%. La triada clásica es: retraso menstrual, sangrado vaginal irregular y dolor abdominal. El tratamiento tradicional en caso de embarazo cornual correspondía a la histerectomía o resección cornual por laparotomía. En el embarazo cornual con hemorragia se recomienda la laparotomía y la cirugía consistirá en la resección cornual, y en algunos casos la histerectomía. Se está utilizando la laparoscopia en embarazos cornuales no muy evolucionados²⁰.

CLASIFICACION DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA

Según la literatura, la HO se puede clasificar en:

- Cesárea-histerectomía (conocida también como operación de Porro): la cesárea y la histerectomía se realizan en un solo tiempo.
- Histerectomía postcesárea: estas intervenciones se realizan en dos tiempos diferentes.
- Histerectomía posparto: la que se realiza después de un parto, en el puerperio inmediato o mediato.
- Histerectomía posaborto.
- Histerectomía en bloque: cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica o un feto muerto y corioamnionitis severa en pacientes con sepsis grave o choque séptico¹.

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA POR HEMORRAGIA OBSTETRICA

Se indica cuando han fallado las medidas previas conservadoras como la utilización de uterotónicos, balón bakri, pinzamiento de arterias uterinas (técnica Zea), triple ligadura selectiva, técnicas invasivas como la ligadura de arterias hipogástricas, embolización selectiva de las arterias uterinas por radiología intervencionista, suturas uterinas como B-Lynch y variantes para preservar la fertilidad, opciones poco útiles en pérdidas sanguíneas masivas¹.

Las indicaciones absolutas son aquellas que durante el transcurso de un nacimiento vía vaginal y/o abdominal, obligan a terminar la intervención con una histerectomía como único procedimiento para solucionar una situación grave.

Generalmente se elige la histerectomía total, pero en determinados casos, por la urgencia que se requiere, puede estar indicada la histerectomía subtotal.

Indicaciones absolutas:

1. Ruptura uterina de difícil reparación.
2. Hemorragia incoercible.
3. Prolongación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos.
4. Útero de Couvelaire en abruptio placentae.
5. Acretismo placentario.
6. Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico.

7. Infección puerperal de órganos internos.

Indicaciones electivas:

Son las que se plantean antes de la intervención; algunas surgen en el momento de la cirugía, sin ser por sí mismas indicación absoluta de histerectomía:

1. Carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama.
2. Mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha.
3. Torsión de útero grávido en grado avanzado.
4. Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino).
5. Algunos casos de corioamnionitis grave.
6. Enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual (talasemia, enfermedad de Werlhof, etc.)⁹.

La decisión de la técnica para la histerectomía (total o subtotal) dependerá de la experiencia del cirujano, de las características anatómicas y del estado clínico de la paciente. La decisión tardía de una histerectomía obstétrica puede conducir a la muerte de la paciente, por lo que su indicación y realización deben ser llevadas a cabo por personal capacitado. Este procedimiento no planeado se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, como única alternativa terapéutica en el manejo de la hemorragia y la sepsis, después de grandes esfuerzos conservadores e inútiles. Modificada su frecuencia por las medidas de prevención en el seguimiento de los casos de riesgo, seguirá siendo utilizada en futuras generaciones, en el manejo sobre todo de la hemorragia posparto¹⁰.

COMPLICACIONES

Las posibles complicaciones asociadas a una hemorragia severa del posparto son el choque hipovolémico, la coagulación intravascular diseminada, falla renal, falla hepática, síndrome de distrés respiratorio y muerte materna¹².

El manejo óptimo de estas pacientes es complejo y requiere de la cooperación de especialistas de numerosas disciplinas. Este equipo debe estar liderado por un obstetra. Un manejo organizado, en el cual todos entiendan qué esperar y cuál es su contribución particular, reduciría la confusión en el momento que se lleve a cabo la cirugía. La adecuada preparación y manejo del equipo tratante reduce la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, lo cual constituye el fin principal del obstetra. La hemorragia obstétrica y sus complicaciones son la segunda causa de mortalidad materna en México. Si se quiere reducir ésta, es fundamental instaurar medidas para lograr que todos los hospitales en que se atienden partos cuenten con la infraestructura y los recursos acordes con la gravedad de la situación y que dispongan del personal calificado.

La mayoría de las muertes maternas ocurren dentro de las 24 horas posteriores al parto, siendo la causa más frecuente el sangrado excesivo. El sangrado grave o hemorragia es la principal causa de muerte materna en todo el mundo; al menos una cuarta parte de todas las muertes maternas se deben a hemorragias¹⁵.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La histerectomía obstétrica es la última alternativa en situaciones donde las medidas conservadoras no logran controlar la hemorragia postparto. Es una cirugía habitualmente urgente y de riesgo vital que pone a prueba las habilidades del equipo quirúrgico a cargo de la resolución de esta grave complicación. La histerectomía obstétrica es un evento que busca preservar la vida de la mujer 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. El manejo óptimo de estas pacientes es complejo y requiere de la cooperación de especialistas de numerosas disciplinas.

Este equipo debe estar liderado por un Obstetra. Deberá contar con un manejo organizado. La adecuada preparación y manejo del equipo tratante reduce la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, lo cual se constituye en el fin principal del obstetra. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen cerca de 14 millones de casos de hemorragias asociadas al embarazo y al menos 128,000 de estas mujeres se desangran y fallecen. Estas características epidemiológicas nos dan una idea clara de los aspectos generales de este procedimiento y nos brindaran ciertos lineamientos que nos servirán para tomar desiciones adecuadas.

En el Hospital de la mujer ha sido evidente el aumento en el número de casos de este procedimiento, en los últimos años, identificándose un problema, por lo que nosotros como futuros profesionales de la salud, relacionados con el mismo, consideramos la necesidad de realizar un estudio sobre esta situación para tener una caracterización del mismo y poder de esa manera, darle una solución más efectiva.

JUSTIFICACION

El propósito del trabajo consiste en conocer las características epidemiológicas y las indicaciones de las histerectomías obstétrica, de esa manera poder tener una idea clara con respecto a este procedimiento, que lo ideal sería no utilizarlo, y que con esta información que pretendemos recolectar y ordenar, poder obtener los datos estadísticos, expresados en tablas, que nos ayudaran a tomar decisiones futuras, para actuar y resolver problemas en una Histerectomía Obstétrica cuando estos se presenten.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Determinar cuáles son las principales indicaciones por las que se realiza Histerectomía Obstétrica, así como determinar las características epidemiológicas y los principales factores de riesgo en las pacientes a las cuales se realiza este procedimiento en el Hospital de la Mujer en el periodo comprendido del año 2012 al 2013.

ESPECIFICOS:

- Determinar cuáles son los factores de riesgo de las pacientes a las que se les realiza Histerectomía Obstétrica en el Hospital de la mujer.
- Determinar las características y las variables en las pacientes a las cuales se les realizo Histerectomía Obstétrica.
- Conocer las complicaciones de las pacientes a las cuales se les realizo Histerectomía Obstétrica.
- Determinar las características epidemiológicas con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad secundaria a la realización de Histerectomía Obstétrica.

HIPOTESIS

Analizar las causas por las cuales se realiza Histerectomía Obstétrica en el Hospital de la mujer, para comprender y enfocarnos en el manejo de las principales indicaciones y complicaciones.

MATERIAL:

- Instrumento de recolección de datos.
- Equipo de informática.

MÉTODO:

- **Tipo de estudio:** descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional.
- **Recolección de datos:** se realizó una revisión de 52 expedientes que conforman el total de pacientes a quienes se les efectuó la operación histerectomía Obstétrica en el Hospital de la Mujer.
- **Universo:** pacientes que se les realizó Histerectomía Obstétrica en el Hospital de la Mujer.
- **Muestra:** pacientes que se les realizó Histerectomía Obstétrica en el Hospital de la Mujer, durante el período comprendido del 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2013.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes postoperados de Histerectomía Obstétrica.
- Expediente clínico completo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Expediente clínico incompleto.
- Pacientes que el procedimiento se haya realizado en otra unidad hospitalaria.
- Que no se cuente con el resultado de patología de la pieza quirúrgica.

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Edad.
- Antecedentes obstétricos.
 - o Gestaciones.
 - o Paridad.
 - o Abortos.
 - o Cesáreas.
- Semanas de gestación.
- Variedad de histerectomía obstétrica realizada.
 - o Total.
 - o Subtotal.
- Indicaciones de histerectomía obstétrica.
- Complicaciones.
- Número de reintervenciones quirúrgicas.
- Hemoglobina prequirúrgica.
- Hemoglobina postquirúrgica.
- Servicio de ingreso postquirúrgico.
 - o Unidad de Terapia Intensiva (UTI).
 - o Hospitalización.
- Diagnóstico histopatológico.
- Días de estancia intrahospitalaria

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron pacientes a las cuales se les realizó histerectomía obstétrica a partir de enero del año 2012 hasta diciembre del año del 2013, del total se encontraron 57 expedientes clínicos, 5 se excluyeron por no contar con todos los criterios de inclusión. El total de atenciones obstétricas durante el periodo de estudio fue de

De las 52 Histerectomías Obstétricas realizadas, se realizaron los siguientes procedimientos: 43 en procedimientos de Cesárea, 4 en procedimientos de Parto, 3 en procedimiento de aborto y 2 en procedimiento de Laparotomía exploradora debido a un Embarazo ectópico cornual. Las pacientes encontradas el momento del procedimiento tenían un rango de edad de 18 años hasta 52 años, con una edad media de presentación de 30.2 años. Siendo la edad más frecuente de presentación entre 20 a 29 años, es decir 25 pacientes que representa el 48.07% de los casos totales. Las pacientes tenían antecedentes de gestaciones desde 1 hasta 8, con un número promedio de gestaciones de 3.28%. se presentaron los casos con una edad gestacional desde 9 semanas de gestación hasta 41 semanas de gestación, con un promedio de 15.20 semanas de gestación, en embarazos de primer trimestre, presentándose en 9 casos del total de los pacientes en estudio lo cual representa el 17.30% de las pacientes, y un promedio de 36.10 semanas de gestación en embarazos del segundo y tercer trimestre, presentándose en 43 de los casos, lo cual representa el 82.70% de las pacientes. Las pacientes permanecieron hospitalizadas desde 1 día hasta 11 días con un

promedio de estancia intrahospitalaria de 4.48 días de estancia intrahospitalaria, de los cuales 38 pacientes pasaron al servicio de Recuperación posterior al evento quirúrgico que representa el 73.07% del total de las pacientes, y 14 pacientes pasaron al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos posterior al evento quirúrgico que representa 26.93% del total de las pacientes, del total de la pacientes que se ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos, permanecieron en el servicio de 1 hasta 6 días, con un promedio de 3 días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se presentaron perdidas hemáticas desde 500 ml hasta 7000 ml, con una pérdida hemática promedio de 2527.30 ml, de las cuales 32 pacientes presentaron perdidas hemáticas mayores de 2000 ml que representa el 61.53% del total de las pacientes. Se utilizaron un total de 108 paquetes de hemoderivados, utilizando un promedio de 2.33 paquetes por paciente, de los cuales se usaron 52 paquetes globulares, 49 Plasmas Frescos y 7 crioprecipitados. Al ingreso a la unidad se tomaron estudios de laboratorio, presentando cifras de Hemoglobina desde 6mg/dL hasta 14.6mg/dL, con un promedio de resultado de Hemoglobina al ingreso de 12.16mg/dL, además se tomaron estudios de laboratorio al egreso de la unidad presentando cifras de Hemoglobina desde 4mg/dL hasta 14.6mg/dL, con un promedio de resultado de Hemoglobina al egreso de 9.71mg/dL, en total desde el ingreso de las pacientes y posterior al procedimiento quirúrgico, transfusión sanguínea hasta el egreso de las pacientes, se presentó una disminución de la Hemoglobina en promedio del 20.25% de las cifras de hemoglobina con respecto su cifra de ingreso.

Las causas más comunes de Histerectomía Obstétrica son Acretismo Placentario en 22 pacientes que representa el 42.60% del total de las pacientes, Hipotonía uterina en 20 pacientes, que representa el 38.46% del total de las pacientes, Miomatosis uterina en 4 pacientes, que representa el 7.69% del total de las pacientes, Ruptura Uterina en 2 pacientes, que representa el 3.84% del total de las pacientes, embarazo ectópico cornual en 2 pacientes, que representa el 3.84% del total de las pacientes, Hematoma en 1 paciente, que representa el 1.92% del total de las pacientes, Sepsis Abdominal en 1 paciente, que representa el 1.92% del total de las pacientes.

Se realizó estudio histopatológico de todos los procedimientos que se realizaron, de los cuales se encontraron 23 reportes histopatológicos que confirman el Acretismo Placentario, del total de las 22 pacientes que se realizó histerectomía Obstétrica debido a este diagnóstico, lo cual corresponde al 100% del total de casos de Acretismo Placentario con diagnóstico previo, además cabe mencionar que se encontró 1 caso más de Acretismo Placentario diagnosticado mediante el reporte histopatológico.

Dentro del procedimiento quirúrgico de Histerectomía Obstétrica se realizaron 15 procedimientos de ligadura de Hipogástricas, de las cuales 14 se realizaron de manera bilateral, y 1 se realizó de manera unilateral, de igual manera se colocaron 3 balones de Bakri los cuales fueron fallidos en su totalidad, además se realizaron 2 empaquetamientos a pacientes que posteriormente fueron reintervenidas.

Del total de las 52 Histerectomías obstétricas se realizaron 46 Histerectomías totales que corresponde al 88.46% del total de pacientes, y se realizaron 6 Histerectomías subtotales que corresponden al 11.54% del total de la pacientes.

DISCUSION

Con los datos anteriores, se concluye que en este periodo la principal causa de Histerectomía Obstétrica fue el Acretismo Placentario, y en segundo lugar fue por Hipotonía uterina, con lo cual podemos analizar que hay un ligero aumento en el diagnostico de Acretismo placentario en nuestra institución, debido en su mayoría al aumento en la incidencia del nacimiento por vía cesárea. Es importante señalar el hallazgo histopatologico de acretismo placentario incluso por encima de las pacientes previamente diagnosticas con este padecimiento.

Como se describe en nuestro estudio el mayor numero de diagnostico que se presente en Acretismo placentario fue en pacientes con antecedentes de 2 o mas cesáreas por lo que consideramos como un factor de riesgo importante el número de embarazos que presenta la paciente y su vía de resolución.

La edad a la que mayor se presento es de 20 a 29 años debido a que es en la edad donde se presenta el mayor número de embarazos. Cabe mencionar que realizar una histerectomía obstétrica aumenta el consumo de hemoderivados debido a la gran pérdida hemática que se presenta durante el procedimiento, además aumenta el número de días de estancia intrahospitalaria.

En nuestro estudio se realizaron 6 Histerectomías subtotales de las 52 Histerectomías Obstétricas que se realizaron, esto debido en gran parte a que esta técnica puede no ser efectiva para los casos de Acretismo placentario que se localizan en el segmento uterino inferior debido a que las ramas de las ramas de la

arteria uterina quedan intactas. Una alternativa a este procedimiento es realizar la ligadura de arterias Hipogastricas con lo cual se reducen las perdidas hemáticas.

La complicación más frecuente que se encontró fue la Anemia secundaria a la hemorragia Obstétrica, que como se menciona la mayoría de nuestros pacientes tuvo una hemorragia significativa por encima de los 2000 ml.

La Histerectomía obstétrica sigue siendo un procedimiento que puede salvar la vida de la paciente y que todo medico Obstetra debe estar obligado y familiarizado con el conocimiento del mismo, así como su manejo y la resolución de las posibles complicaciones que se puedan presentar. La decisión de realizar este tipo de procedimiento debe ser tomada de manera particular con cada uno de los pacientes dándole un tratamiento oportuno y adecuado a cada paciente.

CONCLUSIONES

- La histerectomía obstétrica representa un procedimiento efectivo para el manejo de hemorragia postparto que no responde a otro tipo de tratamiento para disminuir la morbilidad y mortalidad en las pacientes.
- La principal indicación para realizar histerectomía obstétrica fue el Acretismo Placentario, seguido de la Atonia uterina.
- El diagnóstico prenatal del Acretismo placentario permite realizar prevención secundaria, al permitir que se programe y se cuente con los recursos necesarios para realizar el procedimiento.
- La principal complicación que se presentó fue la Anemia secundaria a la Hemorragia.
- Es obligatorio por parte del especialista en Ginecología y Obstetricia conocer y dar un manejo oportuno, así como resolver las complicaciones que puedan presentarse.
- Es imprescindible disminuir el número de Cesáreas y analizar sus indicaciones para reducir el número de Histerectomías Obstétricas.

BIBLIOGRAFIA

1.- Rodolfo L. Casas-Peña, MD; Ibey Lorena Pérez-Varela, MD; Gustavo A. Chicangana-Figueroa, MD. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2013. 64(2): 121-125.

2.- Juan A Reveles Vázquez, Geannyne Villegas Rivera, Salvador Hernández Higareda, Fernando Grover Páez, Carmen C Hernández Vega, Agustín Patiño Segura. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Mex 2008; 76(3):156-60.

3.- Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. ACOG 2006; 108:1486-1492.

4. - Briery CM, Rose CH, Hudson WT, Lutgendorf MA et al. Planned vs emergent cesarean hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 2007; 154:1-5.

5.- Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. Obstet Gynecol 2008;111:97-105.

6.- Uribe R, Reyes L, Zamora J. La histerectomía como recurso en la obstetricia actual. Ginec Obstet Mex. 2004;43:113-122.

7.- MSc. Alfredo Nodarse Rodríguez, MSc. Reinaldo Capote Arce, MSc. Eduardo Cuevas Hidalgo, MSc. Julio Borrego López, MSc. Iván Martínez Cernuda, MSc. Martha Patricia Couret Cabrera. Comportamiento epidemiológico de la histerectomía Obstétrica. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013; 39(2)128-134.

8.- Francisco Javier Hagenbeck-Altamirano, Teresa Leis-Márquez, Rodrigo Ayala-Yáñez, Luz del Carmen Juárez-García, Carla García-Moreno. Diagnóstico antenatal de acretismo-percretismo placentario. Ginecol Obstet Mex 2013;81: 259-271.

9.- Raziel Ramos García, Gilberto Ramírez López, Gabino Hurtado Estrada. Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. REVISTA Hospital de Ginecología y Obstetricia. Instituto Materno Infantil del Estado de México. 2010, 2 (1): pp. 11-14.

10.- MSc. Dr. Juan Antonio Suárez González, MSc. Dr. Mario Gutiérrez Machado, Dr. C. Alexis Corrales Gutiérrez, MSc. Dra. Vivian Cairo González, Dra. Susley Pérez Viera La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad

extremadamente grave. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37(4):481-488.

11.- José Caro M.1,2, Luis Bustos M.3,4,a, Álvaro Ríos S.b, Joaquín Bernales M.b, Neumann Pape C. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT, REV CHIL OBSTET GINECOL 2006; 71(5): 313-319.

12.- ROBERT S, Jorge Andrés; RICCI A, Paolo; RODRIGUEZ A, Tulio y PONS G, Andrés. HISTERECTOMÍA POSPARTO: EXPERIENCIA DE CLÍNICA LAS CONDES. Rev. chil. obstet. ginecol. 2010, 75 (5): 300-305.

13.- Machado LSM. Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome. North Am J Med Sci 2011; 3: 358-361.

14.- A. Cristina Rossi, MD, Richard H. Lee, MD, and Ramen H. Chmait, MD. Emergency Postpartum Hysterectomy for Uncontrolled Postpartum Bleeding. ACOG. 2010, 115(3).

15.- Jorge Luis Pérez Méndez,* Iniesta Mejía Antonio,* Vázquez López Alejandro* Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza» y en el Hospital Ángeles México. Análisis comparativo. An Med (Mex) 2008, 53 (4): 10-14.

16.- Santiago Cabrera. Hemorragia Posparto. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56: 23-31.

17.- Esteban Castro Anaya y Augusto Díaz Infante. Rotura uterina. Ginecol Obstet Mex 2010;78(4):254-258.

18.- Esperanza Bautista-Gómez, Víctor Morales-García, Jenny Hernández-Cuevas, Omar Calvo-Aguilar, Ana Luisa Flores-Romero. Acretismo placentario: una alternativa quirúrgica que puede salvar vidas. Ginecol Obstet Mex 2012;80(2):79-83.

19.- Fidel Ernesto Ferreira-Narváez, M.D., Mónica Angulo-Carvallo. Predicting placenta accreta with Doppler ultrasound at the Neiva teaching hospital, Colombia. A cohort study. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2007, 58 (4): 290-295.

20.- *Karen Mariel Delgado Núñez, Mariela Delgadillo Céspedes, Antonio José Pardo Nova, Eberedson Roque Orihuela.* Embarazo Ectópico Cornual: Reporte de un Caso. Rev Cient Cienc Med 2012;15(1): 33-36.

ANEXOS

Tabla 1. Histerectomías realizadas según procedimiento.	
PROCEDIMIENTO	CASOS
CESAREA	43
PARTO	4
ABORTO	3
LAPE	2

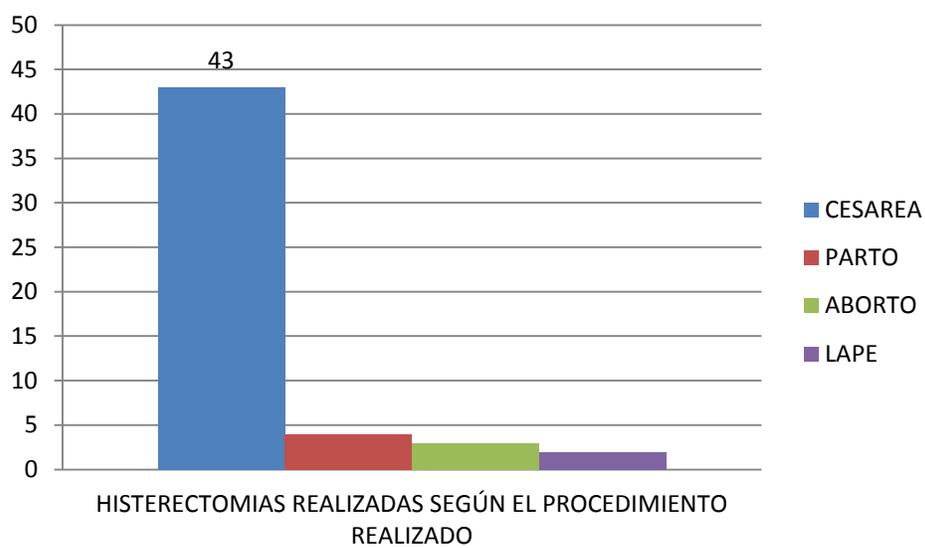


Tabla 2. Grupos de edad en los que se presentaron los casos	
EDAD	CASOS
10 a 19	2
20 a 29	26
30 a 39	18
40 a 49	6
>50	1

Figura 2. Grupo de edad en la que se presentaron los casos

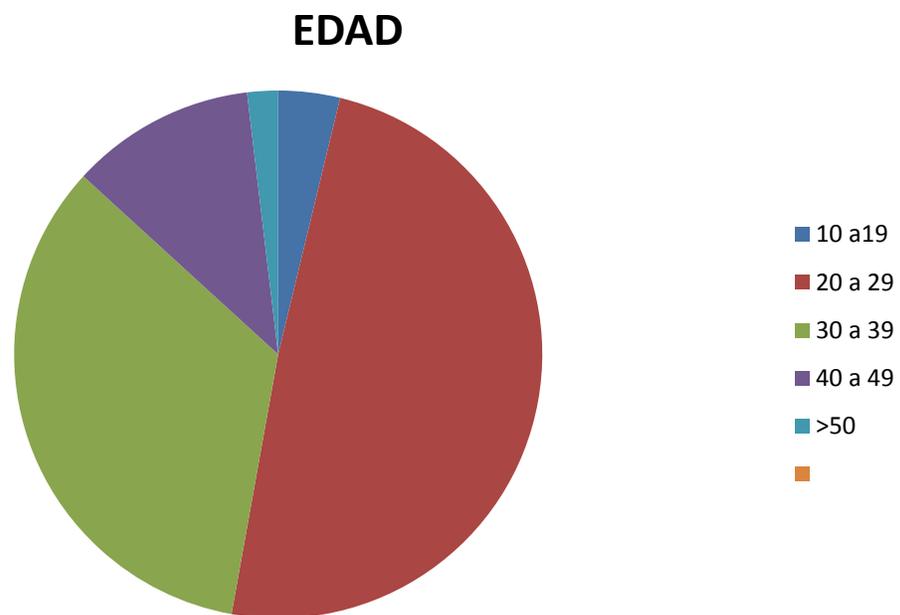


Tabla 2. Causas de Histerectomía Obstétricas	
CAUSAS	CASOS
ACRETISMO	22
ATONIA UTERINA	20
MIOMATOSIS UTERINA	4
RUPTURA UTERINA	2
EMBARAZO ECTOPICO	2
HEMATOMA	1
SEPSIS	1

Figura 3. Causas de Histerectomía Obstétrica

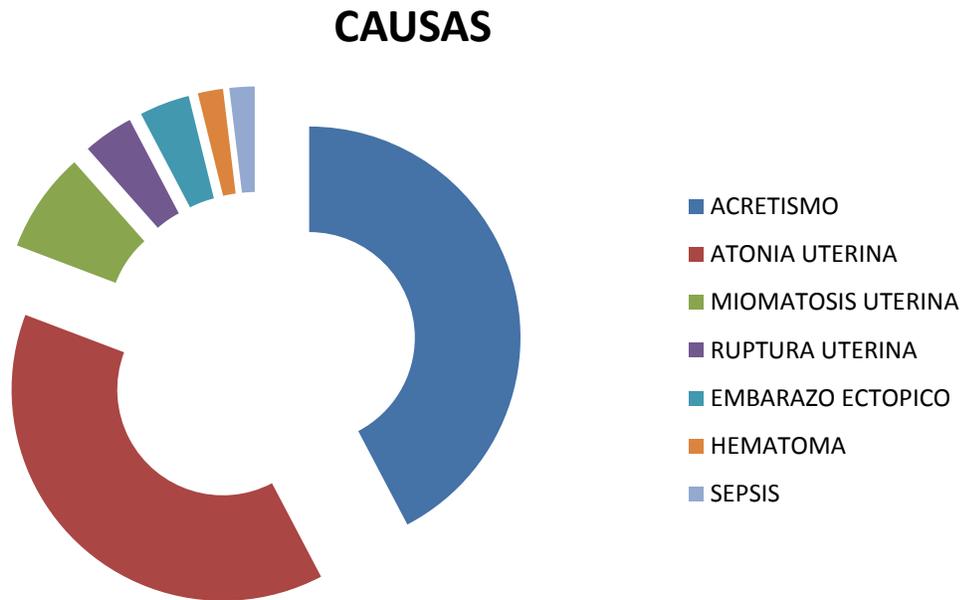


Tabla 4. Hemoglobina de ingreso y egreso de cada paciente

HB	INGRESO	EGRESO
1	13.4	7.2
2	13.3	8
3	13.8	11.6
4	9.7	5.7
5	9.3	8
6	11	11
8	11.8	10
11	11.6	8.9
13	10.8	9.7
14	11.2	9.7
15	13.6	9.8
16	12.3	8.1
17	13.9	9.1
18	11.2	8.1
19	12	13.5
20	12	10
21	12.2	4
22	12.2	12
23	14.1	9.4
24	12.1	8.1
25	14.6	13.5
26	13	10
27	12.7	10.3
28	13.3	11
29	13.5	10.8
30	12.4	12.9
31	14	10.8
32	12.5	9.4
33	9.8	11.5
35	10.5	12
36	12.5	14.5
37	13.5	11.1
38	12.4	9.1

39	8.1	8.1
41	12.2	9.9
42	11.6	6.6
43	13.8	12.3
44	10.8	6.8
45	12.3	7.4
46	12.3	12.1
47	10.8	7.5
48	13.6	13
49	13.4	9.6
50	11.8	10.4
51	11.2	10.4
53	11.8	10.4
54	14.7	9.9
55	11.2	10.4
56	6	9.8
57	14	11.7

Figura 4. Hemoglobina al ingreso y egreso de cada paciente

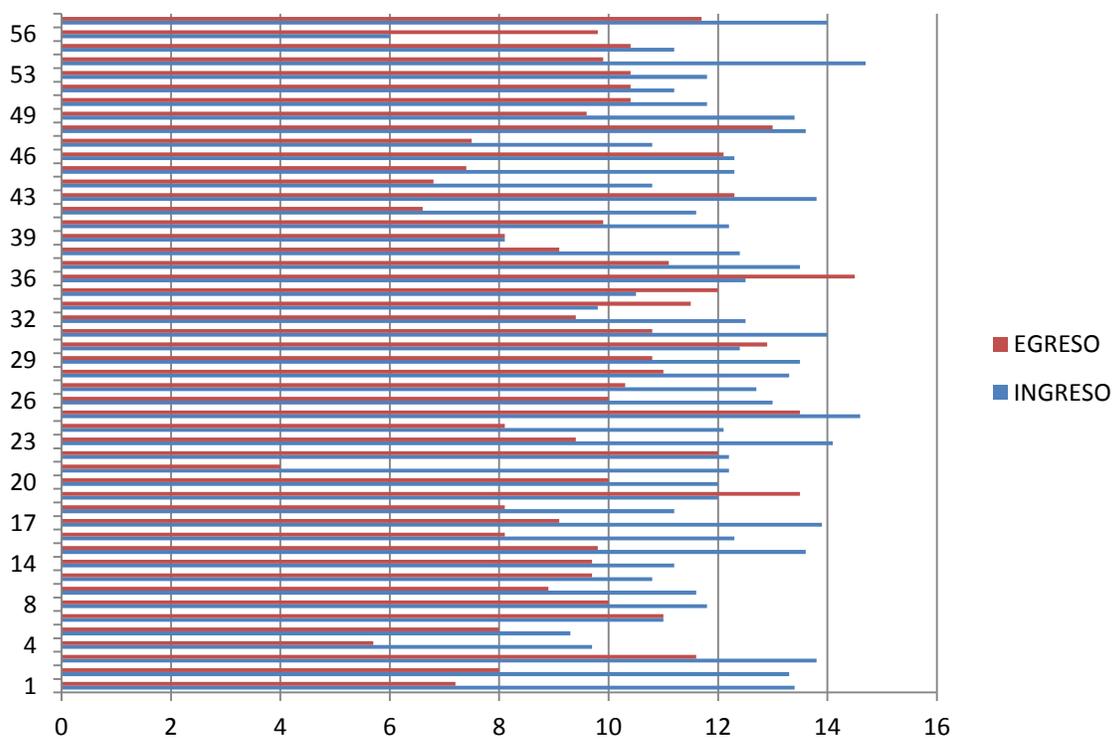


Tabla 5. Semanas de Gestación al momento del procedimiento	
SDG	CASOS
<29.6	9
30-34.6	8
35-37.6	14
38-41.6	21
>42	0

Figura 5. Semanas de Gestación al momento del procedimiento

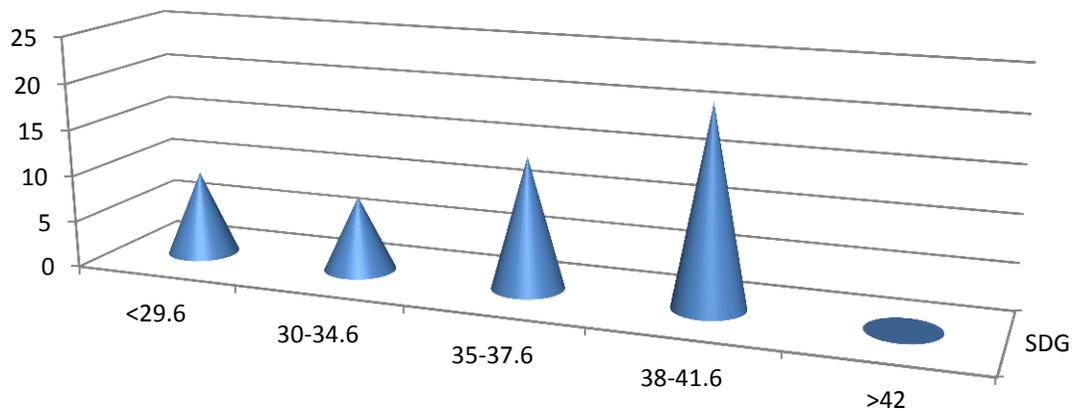


Tabla 6. Días de estancia intrahospitalaria.	
Días de estancia intrahospitalaria	CASOS
1 a 2	6
3 a 5	31
>6	15

FIGURA 6. DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA



Tabla 7. Perdidas hemáticas	
PERDIDAS HEMATICAS	CASOS
<1000	6
1001 A 2000	20
2001 A 3000	13
3001 A 4000	4
4001 A 5000	7
>5000	2

Figura 7. Perdidas Hematicas

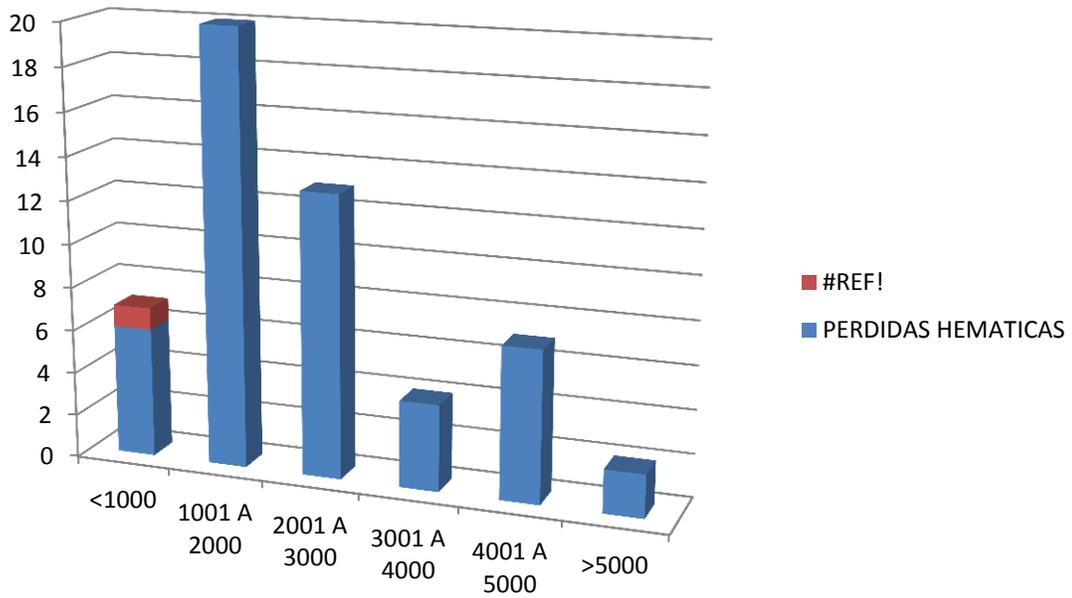


Tabla 8. Procedimientos asociados a la Histerectomía Obstétrica.	
PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS	CASOS
LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGASTRICAS	15
BALON DE BAKRII	3
EMPAQUETAMIENTO	2

