



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTADA DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION.

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRINCIPALES HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES CON
HISTERECTOMÍAS OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE
TICOMÁN

TIPO DE INVESTIGACIÓN: CLÍNICA

PRESENTADO POR: DRA. LAURA RESENDIZ MARTÍNEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LOURDES GARCÍA LÓPEZ

CIUDAD DE MÉXICO

2017



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



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.

**PRINCIPALES HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES CON
HISTERECTOMÍAS OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE
TICOMÁN**

Autora: Dra. Laura Resendiz Martínez

Vo.Bo
Dr. Juan Carlos De La Cerda Ángeles



Profesor Titular del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia

Vo.Bo.
Dr. Federico Miguel Lazcano Ramírez



Director de Educación e Investigación



**DIRECCION DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**PRINCIPALES HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES CON
HISTERECTOMÍAS OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE
TICOMÁN**

Autora: Dra. Laura Resendiz Martínez

Vo.Bo
Dra. Lourdes García López



Directora de Tesis.

Medico Adscrito de Ginecología y Obstétrica Hospital Materno Infantil de Inguarán
Gestor de Calidad

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS.

Gracias a esas personas tan importantes que forman parte de mi vida, que sin ellas no los hubiera logrado esto, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda. Con todo mi cariño y mi amor para ustedes que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento:

Papá, Mamá y Hermano.

A la doctora Lourdes García, que sin ella esto no hubiera sido posible, gracias por su tiempo y dedicación.

ÍNDICE

INTRODUCCION.	1
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIONES	22
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25

INTRODUCCION.

La mortalidad materna es un buen indicador de la calidad asistencial obstétrica y perinatal. Sin lugar a dudas, la muerte materna es una de las situaciones más dramáticas en el quehacer obstétrico diario. De hecho, la mortalidad materna es uno de los indicadores que mejor definen las diferencias socioeconómicas y sanitarias entre los diferentes países. ¹

Se estima que a nivel mundial, en el año 2013, fallecieron 293.000 mujeres en relación con el hecho reproductivo. Sin embargo, desde 1990 se ha producido una reducción de la mortalidad materna, siendo este descenso mayor en los países desarrollados. ¹ Según datos de la OMS, cada año se producen en el mundo 50,000 muertes maternas. Solamente en América Latina se reportan 30,000 defunciones, la mayoría de ellas evitables con tratamiento médico quirúrgico oportuno. ²

La hemorragia obstétrica masiva sigue siendo una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad materna en todo el mundo. La hemorragia postparto primaria es la más frecuente siendo la atonía uterina su etiología más común. Si el tratamiento farmacológico resulta insuficiente se deben emplear métodos invasivos como la radiología vascular intervencionista o la ligadura de los vasos arteriales. La histerectomía es la última opción cuando fracasan las medidas anteriores. ³

Esta hemorragia es más común debido a la placentación anormal o atonía uterina, con de 30 a 50 por ciento de las histerectomías obstétricas. Otras causas potenciales son hemorragia obstétrica severa incluyen rotura uterina, leiomiomas, y laceración de los vasos uterinos. ⁴

Los sangrados de origen obstétrico y las infecciones pélvicas constituyen las 2 primeras causas para practicar una histerectomía en el estado grávido puerperal.⁵

La definición "tradicional" de la hemorragia posparto primaria (definida por la Organización Mundial de la Salud en 1990 como > 500 y > 1000 ml vía vaginal y por cesárea, respectivamente) refleja lo universal tendencia a subestimar la pérdida de sangre. ⁴ Otras definiciones incluyen la necesidad de transfundir más de cuatro paquetes globulares, o bien, la caída de las cifras de hemoglobina superiores a 4 g/dL. Las definiciones basadas en alteraciones fisiológicas pueden ser poco fiables debido a los cambios fisiológicos asociados con el embarazo.⁶

Una manera fácil de recordar las causas de hemorragia obstétrica es utilizando la nemotecnia de las "4T":

- 1.- Tono (70%): Incluye la atonía o inercia uterina
- 2.- Trauma (19%): Incluye trauma uterino (rotura e inversión uterina) y laceraciones de cuello y vagina.
- 3.- Tejidos (10%): Incluye retención de restos placentarios y coágulos y placentación anormal.
4. Trombina (1%): Incluye coagulopatías congénitas o adquiridas ⁷

Atonía uterina

Se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato, ocasionando una pérdida continua de sangre desde el lugar de implantación de la placenta. La exploración física muestra un útero blando que no se contrae y aumentado de tamaño.⁸

Desgarros o laceraciones del tracto genital

Son accidentes que se presentan con frecuencia durante el proceso del parto. La severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión. Pueden ser desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión al parametrio.⁸

Retención de restos placentarios

Existen dos entidades que las describen

Retención placentaria: es cuando no se ha separado la placenta después de transcurridos 15 minutos de la salida del feto y a pesar del uso de la oxitocina y maniobras para la expulsión de placenta.

Retención de restos placentarios: es el alumbramiento incompleto que puede presentarse después de un parto y con menor frecuencia posterior a la cesárea.⁸

Acretismo placentario

Es la inserción anormal de una parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la caduca verdadera, con penetración de las vellosidades coriales excediendo al endometrio.

En las últimas décadas, se ha evidenciado un incremento injustificado en las tasas de cesárea, siendo esta cirugía un factor de alteraciones en la implantación placentaria, tanto placenta previa como acretismo placentario, con lo cual se aumenta el riesgo de histerectomía, con un riesgo relativo entre 2,1 y 6,5 veces mayor con una cesárea previa y entre 7,6 y 8,9 veces con dos cesáreas previas. La incidencia de acretismo placentario aumentó significativamente durante los últimos años, ésta varía de 1 en 533 a 1 en 2,510 nacimientos con mortalidad materna de hasta 60%.⁵

Existen tres tipos de adherencia anormal de la placenta:

- a) Placenta acreta: es la adherencia de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina que invade el tercio interno del miometrio; es la forma más frecuente de acretismo placentario representando 80% de los casos.
- b) Placenta increta: es una variedad de acretismo en donde las vellosidades exceden el tercio interno del miometrio (15%).
- c) Placenta percreta: es la penetración anormal de los elementos coriales hasta la serosa del útero (5%), inclusive con invasión a órganos vecinos, vejiga, recto, etc.

Por su extensión se clasifica de la siguiente forma:

- a) Focal: sólo en pequeñas áreas.
- b) Parcial: uno o más cotiledones se involucran en el proceso.
- c) Total: toda la superficie está anormalmente adherida ⁸

Histología

Hallazgos histológicos posparto muestran vellosidades placentarias ancladas directamente o que invaden hacia o a través del miometrio, sin una placa decidual. La placenta se caracteriza como una acreta, increta, o percreta, dependiendo de la profundidad de la invasión del miometrio (superficial, profundo, o que penetra en la totalidad de la pared uterina). El diagnóstico de placenta acreta focal puede ser confirmado en la histerectomía por la visualización de estos hallazgos en fragmentos de miometrio adheridos a la placenta.⁸

Los procesos infecciosos en obstetricia tienden a limitarse en forma adecuada mediante el empleo apropiado de medidas terapéuticas, las cuales generalmente van a corregir las alteraciones

vasculares, hemodinámicas y multiorgánicas, cuando estas medidas fallan y no se logra controlar el proceso séptico, el gineco-obstetra empleara recursos más radicales como la histerectomía obstétrica, y así lograr abatir la morbimortalidad.⁵

Afortunadamente, las muertes maternas debido a procesos infecciosos en etapa puerperal han llegado a ser poco comunes, el Sistema Nacional de Vigilancia de Mortalidad materna y embarazo en los EE.UU., informó de 1.500 decesos por esta causa en un periodo de 13 años, la infección incluye el 13% de muertes asociadas con embarazo y fue la 4ta causa de muerte. En México ocurre un fenómeno muy semejante en la década de los sesenta y setenta las principales causas de muerte se debían a la infección puerperal, la hemorragia y la enfermedad hipertensiva del embarazo, en años más recientes la principal causa de mortalidad la constituyen los sangrados de origen obstétrico desplazando a la infección puerperal al tercer sitio.⁵

La endometritis es la infección postparto más común durante el puerperio, afecta el 5 % de todos los embarazos, es 4 a 7 veces más común en pacientes sometidas a operación cesárea. ⁵

Histopatología de endometritis.

Histológicamente, el endometrio en endometritis es edematoso e hiperémico, con infiltrados inflamatorios marcados en las glándulas endometriales, principalmente por los neutrófilos. El proceso inflamatorio puede invadir el miometrio y perimetrio, y puede haber áreas de necrosis y trombosis. Patológicamente, endometritis puede definirse como 5 o más neutrófilos por campos de alta potencia 400 en el endometrio superficial y una o más células plasmáticas por 120 campos de alta potencia en el estroma endometrial. ⁹

La necesidad de extirpar un útero en el posparto inmediato es siempre una decisión difícil para el ginecoobstetra, tanto desde el punto de vista médico como legal, dejando a la paciente sin la posibilidad de reproducción en el futuro. Por otro lado, resulta ser igual o más grave la demora en la decisión, con un aumento significativo en la morbilidad materna.¹⁰

Se define como histerectomía obstétrica a la intervención quirúrgica que consiste en la resección del útero en forma parcial o total, indicada por complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente por indicación obstétrica o ginecológica, presentes durante el embarazo, parto o puerperio.

11,12

La histerectomía de un útero grávido puede realizarse en dos circunstancias: cuando una razón obstétrica pone en riesgo la vida de la mujer, intervención de necesidad (rotura uterina, placenta acreta, placenta previa, atonía uterina) o por una causa extra obstétrica de oportunidad (afecciones genitales benignas o malignas).¹³

Considerando el momento de su realización, la histerectomía por complicaciones obstétricas se refiere a tres eventos:¹³

1) Histerectomía en el puerperio,

2) Cesárea histerectomía y

3) Histerectomía en bloque.

La incidencia de la histerectomía por complicaciones obstétricas varía de acuerdo al tipo de normas ginecoobstétricas que se manejan en las instituciones, del control prenatal, atención obstétrica,

etcétera. En EUA varía entre 0.13 y 0.15%, en Shangai 0.54%, en Taiwán 0.36% y en México (INPer) 1.72%.¹³

Se desconoce la incidencia exacta de la histerectomía periparto de urgencia. Varios autores han comunicado índices de 0.5 a 1.5 por 1,000.¹³ Siendo más frecuente la variedad post-cesárea. En Noruega, se reportaron 11 casos de histerectomía obstétrica en un lapso de 25 años. En Inglaterra la incidencia se reporta en 4.1 por 10,000 nacidos vivos.³ En EUA, Whiteman, et al. reportaron una incidencia de 0.77 por cada 1,000 partos. Cada vez menos médicos indican la histerectomía obstétrica; la incidencia en México se desconoce, sin embargo algunos autores refieren que es de 0.5 a 0.9%.¹⁶ Puede realizarse de manera electiva o de urgencia, y los factores de riesgo son: antecedente de cesárea previa, mayores de 35 años, multiparidad, instrumentación uterina previa y embarazos múltiples.¹⁴

La histerectomía obstétrica se ha mantenido en la práctica medico quirúrgica por más de 130 años, y seguirá siendo usada por futuras generaciones, probablemente con mejoras técnicas como última medida en el manejo de la hemorragia posparto por atonía uterina.¹⁵

Indicaciones de histerectomía obstétrica.

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.¹³

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 abrupcio 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.

Los diagnósticos histopatológicos reportados con mayor frecuencia fueron placenta acreta (28.6%), seguido por miometritis (23.8%) y placenta increta (14.3%).¹³

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 y con altos estándares de calidad.

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.

Esta operación, aunque puede afectar posteriormente la capacidad reproductiva o provocar otras secuelas, constituye un arma de gran valor para el obstetra cuando es necesario realizarla ante una emergencia como medida salvadora.¹⁷

La histerectomía afecta a un 20% de la población femenina nivel mundial; su mayor incidencia es en mujeres fértiles entre los 35-49 años. Esta cirugía, al poner fin a la vida reproductiva de la mujer, amenaza fuertemente su sentido de feminidad, puede provocar una alteración de la autoestima, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros. Por lo que este recurso quirúrgico debe ser de última medida y tener un adecuado diagnóstico que justifique la misma.

Este estudio pretende analizar el diagnóstico clínico para la realización de histerectomía obstétrica con respecto al diagnóstico histopatológico, y de esta manera encontrar los aciertos o deficiencias en el manejo de estas pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio en el Hospital General de Ticomán, con la información obtenida del archivo clínico, del tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

Se revisaron los expedientes de pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica durante el periodo comprendido del 1ero de Enero del 2013 al 31 de Diciembre del 2015. Se seleccionaron aquellos expedientes clínicos que contaran con estudio histopatológico.

Las variables utilizadas para estudio consistieron en edad de la paciente, número de gestas, edad gestacional, evento obstétrico, diagnóstico clínico prequirúrgico y el diagnóstico histopatológico.

Se recabó la información en la cedula de recolección de datos, posteriormente se elaboró una base de datos en Excel, después se procesó la información en mismo programa obteniendo medidas de tendencia central (media, moda y desviación estándar).

RESULTADOS.

Se realizó un estudio descriptivo transversal analítico en el Hospital General Ticomán de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en un periodo de 3 años,

Se identificaron el total de eventos obstétricos realizados durante e el 2013 al 2015, se revisaron los expedientes de mujeres sometidas a histerectomía obstétrica durante este período en el hospital.

Se obtuvieron un total de 9170 eventos obstétricos en los años previamente mencionados de cuales 56.05% correspondieron a parto y el 43.94% a cesárea.

Se encontró con un total de 44 histerectomías obstétricas, indicando una prevalencia de 0.4 por cada 100 casos.

Se encontró registro de 44 histerectomías obstétricas realizadas entre el 1ero de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2015 de los cuales se encontraron 36 expedientes completos, 4 expedientes sin resultados de patología y 4 expedientes no se localizaron en la unidad hospitalaria.

De los 36 expedientes analizados encontramos los siguientes datos.

La edad promedio de las pacientes en las que se realizo histerectomía obstétrica es de 28.9 +/- 6.4 años de edad, siendo la edad mínima de 13 años y la máxima de 40 años. Respecto al grupo de edad las pacientes entre 20 y 35 años, son las que con mayor frecuencia fueron sometidas a histerectomía obstétrica en un 58.3% (21 pacientes).

El promedio de gestas fue de 2.8 embarazos, presentando el 27.7% de las pacientes.

TABLA I: NUMERO DE EMBARAZOS PREVIOS Y SU PORCENTAJE

NUMERO DE EMBARAZOS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
1	9	25
2	7	19.4
3	6	16.6
4	10	27.7
5	3	8.3
>5	1	2.7

FUENTE: ARCHIVO CLINICO D HG TICOMAN

EL 25% de las pacientes correspondía a primigestas y el 75% restante a multigestas. 14 pacientes en total tenía antecedente de al menos una cesárea, que representa el 38.8% del total de la población estudiada; 11 (30.5%) pacientes tenían antecedente de cesárea, dos tenían 2 cesáreas previas y solo 1 tenía 3 cesáreas previas.

La moda es de 40 semanas de gestación. Se presentó en el 86% del evento obstétrico en el tercer trimestre. La edad promedio de interrupción del embarazo durante el tercer trimestre fue de 38 +/- 2.9 semanas de gestación.

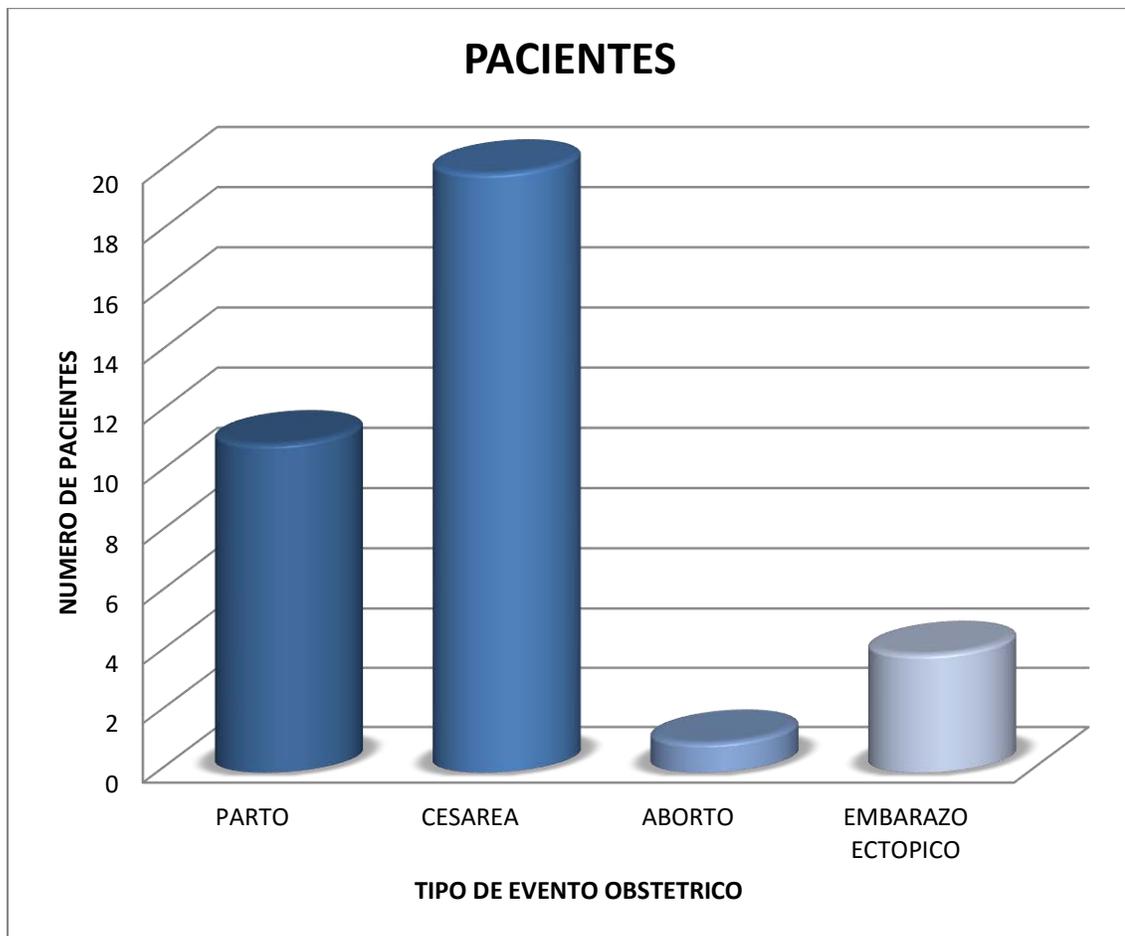
TABLA II. Número de casos reportados por trimestre del embarazo en pacientes con histerectomía obstétrica

TRIMESTRE DEL EMBARAZO	NUMERO DE EMBARAZOS	PORCENTAJE
1ER	4	11
2DO	1	3
3ER	31	86
TOTAL	36	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO D HG TICOMAN

De las 36 pacientes, 20 cursaban con un puerperio inmediato postcesarea, 11 un puerperio postparto, y a 4 se les realizo histerectomía secundario a embarazo ectópico y solo 1 fue por aborto del segundo trimestre.

Figura 1 TIPO DE EVENTO OBSTETRICO PREVIO A LA HISTERECTOMIA OBSTTRICA



FUENTE: ARCHIVO CLINICO D HG TICOMAN

El 75 por ciento de las pacientes cursaron con diagnóstico de hemorragia obstétrica, siendo la atonía uterina con un 85% la principal causa.

El cuanto el diagnóstico clínico así como los hallazgos clínicos que se reportaron corresponde a un total de 19 pacientes con atonía uterina; acretismo placentario en 6 pacientes; dehiscencia de histerorrafia o ruptura uterina en 4 pacientes; embarazo ectópico en 4 pacientes; miomatosis uterina en 2 pacientes y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en 1 paciente.

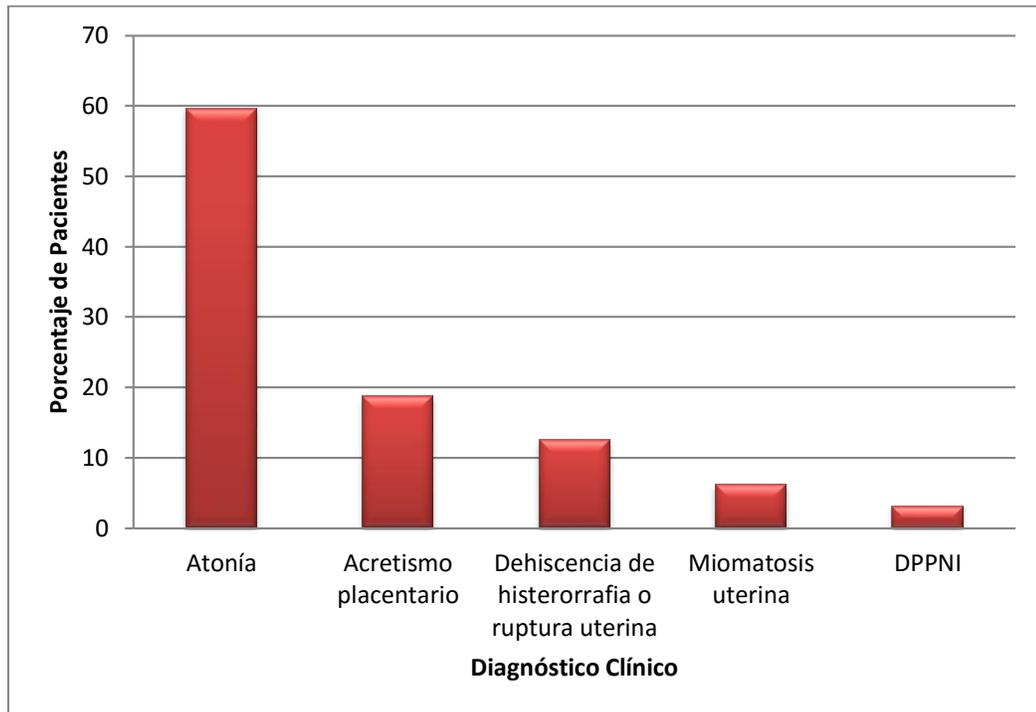
La atonía uterina representa un 52.2% de las causas de histerectomía durante el 2do y 3er trimestre dato que concuerda con lo reportado en la literatura

TABLA 4. Diagnósticos clínicos y su porcentaje durante el segundo y tercer trimestre

Diagnóstico clínico	Número de pacientes
Atonía	19
Acretismo placentario	6
Dehiscencia de histerorrafia o ruptura uterina	4
Miomatosis uterina	2
DPPNI	1
Total	36

FUENTE: ARCHIVO CLINICO D HG TICOMAN

Figura 2 Porcentaje de diagnósticos clínico durante segundo y tercer trimestre.



FUENTE: ARCHIVO CLINICO D HG TICOMAN

Entre otros hallazgos transoperatorios encontrados fueron: en 2 pacientes datos de corioamnionitis, 1 paciente con hematoma uterino, 1 útero bicorne y en una paciente una tumoración a nivel de cuerno izquierdo.

Los hallazgos histopatológicos y diagnóstico histopatológico encontrados en las 36 piezas quirúrgicas correspondieron a 13 úteros con hiperplasia fisiológica del embarazo, 11 úteros con atonía uterina, 4 con miomatosis uterina, 3 con embarazo ectópico, 3 con ruptura uterina, 2 con restos ovuloplacentarios, 2 con endometritis y uno con un infarto subcorial. Se puede observar sus porcentajes correspondientes en la tabla número V.

TABLA V. Hallazgos diagnósticos histopatológicos de las histerectomías obstétricas su porcentaje.

Hallazgo histopatológico	Número de paciente	Porcentaje
Hiperplasia fisiológica del embarazo	13	33.3
Útero atónico	11	28.2
Miomatosis uterina	4	10.2
Embarazo ectópico	3	7.69
Ruptura uterina	3	7.69
Restos ovuloplacentarios	2	5.12
Endometritis	2	5.12
Infarto subcorial	1	2.56

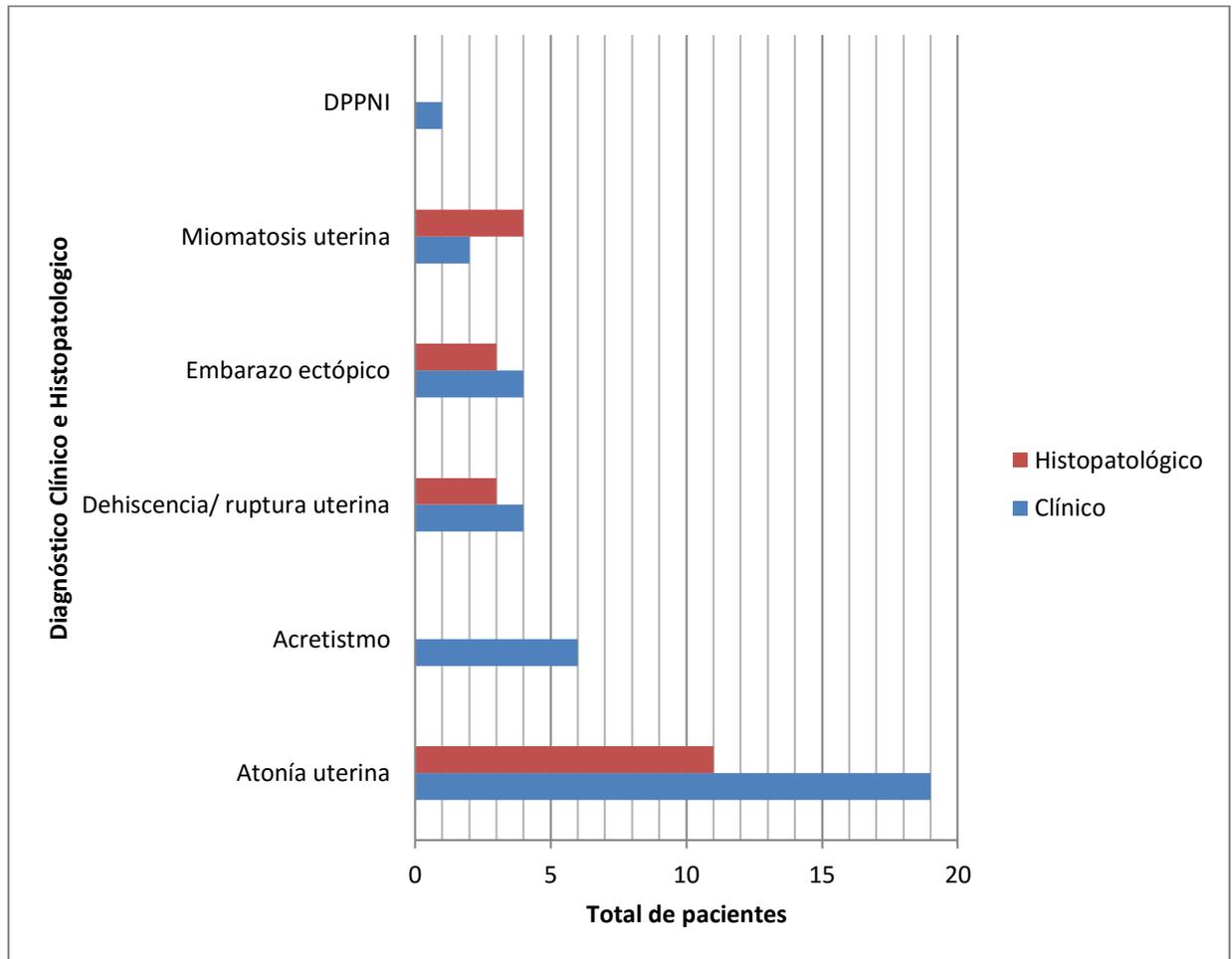
FUENTE: ARCHIVO CLINICO D HG TICOMAN

TABLA VI. Comparación del número de casos de diagnóstico clínico y diagnostico histopatológico

Diagnóstico	Atonía uterina	Acretismo	Dehiscencia/ruptura uterina	Embarazo ectópico	Miomatosis uterina	DPPNI
Clínico	19	6	4	4	2	1
Histopatológico	11	0	3	3	4	0

FUENTE: ARCHIVO CLINICO D HG TICOMAN

Figura 3. Comparación del diagnóstico clínico vs histopatológico



FUENTE: ARCHIVO CLINICO D HG TICOMAN

De los 19 casos con diagnóstico clínico reportados con atonía uterina solo 11 fueron corroborados histopatológicamente

De los 6 casos encontrados como diagnóstico clínico de acretismo placentario, no se encontró ninguno caso con reporte histopatológico.

De los 4 casos de dehiscencia o ruptura uterina se corroboraron 3 mediante patología.

De los 4 casos de embarazo ectópico solo 3 fue positivo en diagnostico histopatológico.

En cuanto a los casos reportados clínicamente de miomatosis uterina, se encontraron histopatológicamente en 4 úteros.

No se encontró ningún caso histopatológicamente correspondiente a desprendimiento prematuro de placenta como se hacía mención en diagnostico clínico.

DISCUSIÓN.

Se estudiaron 36 casos de histerectomía obstétrica realizadas en el Hospital General de Ticomán durante el 2013 al 2015, encontrándose una prevalencia de la misma en un 0.44%, la mismo que es reportado en el Hospital de la Mujer, sin embargo más elevada en comparación con la incidencia reportada por el Hospital General Regional no. 17 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cancún.

El 25 por ciento de las pacientes correspondía a primigesta y el 75% del restante a multigestas, la paciente con mayor número de embarazo correspondió a un total de 8 gestas. Lo que corrobora mencionado en la literatura la multiparidad como un factor de riesgo de hemorragia obstétrica y de histerectomía obstétrica.

Se ha reportado la asociación entre histerectomía obstétrica y cesárea este estudio presenta resultados similares teniendo como resultados de antecedentes ginecobstétricos que el 38.8 % de las pacientes contaban con una o más cesáreas previas y el 21.4% de estas eran cesáreas iterativas. Este factor de riesgo se ha relacionado a alteraciones en la implantación placentaria, las cuales provocan frecuentemente hemorragia obstétrica grave de difícil control.

La edad gestacional más frecuente de interrupción del embarazo fue durante las 40 semanas de gestación. El 86% de los embarazos corresponde al tercer trimestre, el 11% al primer trimestre y solo un 3% al segundo trimestre.

La histerectomía obstétrica se realizó en 20 pacientes posteriores a cesárea, en 11 pacientes posterior a parto, 4 secundarias a embarazo ectópico y solo 1 posterior a un aborto del segundo trimestre. En un estudio de 10 años realizado en el Hospital Central de Portugal en el año 2012, se

encontró que de un total de 31,767 nacimientos, 13 fueron histerectomías obstétricas, y de éstas 8 fueron posteriores a una cesárea, 5 posteriores a parto vaginal.

Se encontró reportada que 27 pacientes presentaron hemorragia obstétrica correspondiente a un 75% del total, y la principal causa reportada fue secundaria a atonía uterina en 85% de los casos. Las 9 pacientes restantes no presentaron hemorragia obstétrica. En un estudio similar realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en Quintana Roo reportó la principal indicación de histerectomía obstétrica es por atonía uterina, en este estudio se encontró que 75% fue secundaria a esta causa. En el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud en México, la causa principal fue la atonía uterina (36.6%) alteraciones en la placentación: placenta acreta, increta y percreta (34.1%), ruptura uterina y útero de Couvalier (4.9%), y embarazo molar (2.4%).

El diagnóstico clínico reportado como diagnóstico prequirúrgico así como hallazgos clínicos durante la cirugía se encontró que el 52.2% cursaba con atonía uterina, el 16.6% con acretismo placentario, 11.1% ruptura o dehiscencia de histerorrafia; 11.1% embarazo ectópico, 5.5% miomatosis uterina y 2.7% desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Entre otros hallazgos reportados fue la presencia de corioamnioitis en 2 pacientes, hematoma uterino en una paciente, tumoración en útero en una paciente y un útero bicorne igualmente en una paciente.

En cuanto a los reportes de histopatología, la mayoría de los casos se encontró una hiperplasia fisiológica del embarazo con un 36.1% correspondiendo a 13 casos, el resto de los resultados fueron 11(30.5%) casos con reporte de atonía uterina, 4 (11.1%) casos con miomatosis uterina, 3 (8.3%) con embarazo ectópico, 3 (8.3%) con rotura uterina, 2 (5.5%) con restos ovuloplacentarios, 2

(5.5%) con endometritis y 1 (2.7%) con infarto subcorial. No se encontró reportes con hallazgos histopatológicos de acretismo placentario. En comparación con resultados obtenidos en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud en México los principales resultados histopatológicos son alteraciones en la implantación placentaria hasta en 29.3% (placenta acreta 12.4%, increta 4.9%, percreta 12.2%), sitio exagerado de implantación placentario 17.1%, sin alteraciones 7.3%, atonía uterina 7.3% y leiomioma 7.3%. presentando similitud en cuanto a los resultados sin alteraciones, atonía uterina y miomatosis uterina o leiomiomas.

CONCLUSIONES

La prevalencia de la histerectomía obstétrica se encuentra dentro de los parámetros reportados por la literatura nacional e internacional. Los resultados encontrados en cuanto al análisis de los diagnósticos clínicos e histopatológicos, encontrados que la atonía uterina fue la principal indicación de la histerectomía obstétrica, en todos los casos se tiene reporte del uso de uterotonicos los cuales no revirtieron la atonía, sin embargo no se encontró información sobre el uso de otras técnicas quirúrgicas que pudieran haber corregido dicha atonía. Así mismo encontramos que los hallazgos transoperatorios son deficientes para poder evaluarlos y de esta manera corroborar clínicamente la atonía en un análisis retrospectivo. El reporte de estudio histopatológico no se encuentra alguna alteración específica de dicha atonía solo se encuentra como útero con historia de atonía uterina, pudiendo ampliar el estudio histopatológico el cual nos pudiera corroborar de una manera más certera el diagnóstico de atonía uterina.

Otro de los diagnósticos clínicos relevantes y en el que se tuvo mayor discrepancia en relación con el diagnóstico histopatológico, es el de acretismo placentario, de los cuales encontraron 6 casos; sin embargo analizando dichos diagnósticos se encuentra que 2 de las pacientes no tenían algún antecedente que predispusiera para esta alteración placentaria, el resto contaba con antecedente de cesárea previa o cesárea iterativa. También se encontró en estas pacientes no contaba con alguna alteración por estudio ultrasonográfico que pudiera indicar dicho diagnóstico o simplemente no se contaba con estudios previos, realizándose solo el diagnóstico por clínica y durante el evento obstétrica, sin embargo de igual manera los hallazgos transoperatorios son deficientes en cuanto a la redacción de los mismos, sin especificar los datos relevantes para un mejor diagnóstico clínico.

De manera general se observan deficiencias en cuanto al abordaje clínico de la paciente en el cual no se realizó un adecuado protocolo de estudio, pudiendo corroborarse con la discordancia entre el diagnóstico clínico vs el diagnóstico histopatológico. Así como falta de aplicación de otras técnicas quirúrgicas previas a la histerectomía obstétrica que se pudieron haber empleado como medida alternativa a la histerectomía obstétrica, demostrando quizá la falta de adiestramiento de dichas maniobras terapéuticas alternativas.

Encontramos una discordancia importante entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico pudiendo ser este secundario a la falta de evaluación correcta de la paciente durante la urgencia obstétrica pudiéndose ver influenciada por diferentes situaciones como el estrés de las circunstancias, diferente punto de vista clínico por el personal médico así como la falta de aplicación del uso alternativo de otras técnicas quirúrgicas terapéuticas que podrían emplearse previas a la histerectomía obstétrica.

También se observó falta de evaluación integral de la paciente, así como falta de protocolo de estudio en algunas que nos pudieran orientar de manera más acertada en el diagnóstico. Al mejorar la consulta pregestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria.

Otro de los puntos importantes encontrados fue una inadecuada redacción de las notas quirúrgicas con hallazgos transoperatorios no descritos adecuadamente que nos pudiera orientar y comprender de manera más adecuada la toma de decisiones. Cabe mencionar que según la Norma Oficial Mexicana 004, del Expediente Clínico, la nota prequirúrgica debe contar con una descripción de la

técnica quirúrgica así como descripción de los hallazgos transoperatorios los cuales se deben redactar en lenguaje técnico-medico sin abreviaturas.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Miguel Sesmero. Mortalidad Materna en España en el periodo 2010-2012: resultados de la encuesta de la Sociedad Española de Ginecología (SEGO). Prog obstet ginecol. 2015
2. Antonio Saad. Costantine, MD Obstetric hemorrhage: recent advances. Clinical obstetrics and gynecology, volume 57,number 4 , december 2014
3. A. Pérez Solaz¹, R. Ferrandis Comes.La hemorragia obstétrica. Actualización. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2010; 57: 224-235)
4. Daniela A Carusi. Peripartum hysterectomy for management of hemorrhage Updated: nov 10, 2014
5. A. Juárez, A.M.Rivera, M.A.Durán, Histerectomía obstétrica por sepsis en el puerperio. Clinica Investigación Ginobst.2012;39(2):53---56
6. Guillermo David Hernández-López, Leticia Graciano-Gaytán. Hemorragia obstétrica posparto: reanimación guiada por metas. Revista Hospital Juarez de México 2013; 80(3): 183-191
7. Aldo Solari, Caterina Solari G. Hemorragia del postparto principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Revista. Medica. Clínica. Condes - 2014; 25(6) 993-1003
8. José Antonio Hernández Pacheco, Dr. Salvador Espino y Sosa. Curso taller preeclampsia-eclampsia, hemorragia posparto y sepsis obstétrica. Primera edición 2014
9. Katherine T Chen, MD, MPH. Postpartum endometritis. Updated: Oct 21, 2015
10. Luis E. Tang, Roberto Albinagorta. Histerectomía puerperal. Experiencia en una institución privada. Revista peruana de ginecología y obstetricia.. 2013;59: 199-202
11. Dra. Susan Aguilar Ponce, Dra. Omayda Safora Enríquez. La histerectomía obstétrica como un problema vigente. Revista cubana de ginecología y obstetricia 2012;38(1):107-116
12. Ana Yuridia Mendoza Gama, Mauricio Pichardo Cuevas. Histerectomía obstétrica en el Hospital de la Mujer, SSA, México, D.F. *Rev invest med sur mex, julio-septiembre 2011; 18 (3): 96-101*
13. 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. Archivos Investigación materno infantil 2010;II(1):11-14
14. Larisa Marcela Patino-Peyrani, María Valeria Jiménez-Baez. Histerectomía obstétrica: caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel. Revista salud Quintana Roo issn 2007 – 1671.volumen 7 no. 28 abril - junio 2014 p. 10-14
15. F. Morillas-Ramírez, J.R. Ortiz-Gómez. Actualización del protocolo de tratamiento de la hemorragia obstétrica. Rev Esp Anestesiología Reanimación. 2014;61(4):196---204
16. Robert Resnik, MD. Clinical features and diagnosis of the morbidly adherent placenta (placenta accreta, increta, and percreta). Updated: Oct 06, 2015

17. Rafael Sánchez-Peña, Fabiola Elizabeth García- Padilla. Técnica cesárea-histerectomía modificada para el tratamiento del acretismo placentario. *Ginecol Obstet Mex* 2014;82:105-110
18. Robert Resnik, MD. Clinical features and diagnosis of the morbidly adherent placenta (placenta accreta, increta, and percreta). Updated: Oct 06, 2015.
19. Mavis N. Schorn, Julia C. Phillippi. Volume replacement following severe postpartum hemorrhage. *Journal Midwifery Womens Health* 2014;59:336–343

ANEXOS.

Cedula de recolección de datos

Nombre:

Edad:

Numero de expediente:

Gestas:

Partos:

Cesáreas:

Aborto:

Fecha de ingreso

Antecedentes patológicos de importancia:

Diagnostico de ingreso:

Antecedentes de complicaciones en el embarazo previo:

Antecedentes de complicaciones en embarazo actual:

Antecedentes de importancia de la gestación actual (USG, LABS, ETC)

Antecedente de rotura de membranas, horas de evolución:

Duración de trabajo de parto:

Hemorragia obstétrica:

Diagnostico preoperatorio:

Diagnósticos posoperatorio:

Cirugía proyectada:

Cirugía realizada:

Hallazgos transoperatorios:

Sangrado transoperatorio:

Complicaciones:

Hallazgos histopatológicos: