



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado e Investigación

**INDICACIONES Y COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE LA
HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA
ESPECIALIDAD DE GINECO OBSTETRICIA LUIS CASTELAZO AYALA**

Tesis para obtener el grado de especialista en Ginecología y Obstetricia

Presentada por:

Dr. José Pedro Flores Cortés

Tutor:

Dr. Armando Alberto Moreno Santillán

Unidad Médica de Alta Especialidad de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”

Instituto Mexicano del Seguro Social



Ciudad de México, Julio de 2016



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.

**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD DE GINECO OBSTETRICIA
LUIS CASTELAZO AYALA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TESIS

**INDICACIONES Y COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE LA
HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA
ESPECIALIDAD DE GINECO OBSTETRICIA “LUIS CASTELAZO AYALA”**

Registro del Comité Local de Investigación
R-2016-3606-14

Dr. Oscar Moreno Álvarez

Encargado de la Dirección General
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”. IMSS

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer

Director de Educación e Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”. IMSS

Dr. Juan Fernando Romero Arauz

Jefe de la División de Educación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”. IMSS

Dr. Armando Alberto Moreno Santillán

Ginecólogo y Obstetra.
Asesor de Tesis
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”. IMSS

AGRADECIMIENTOS

A Dios, con el todo es posible.

A Emilia Cortés Avalos y Pedro Flores Márquez, mis padres, quienes han sido el motor que ha impulsado mi vida, gracias por dar todo lo que está en sus manos para que mi vida esté en el punto que yo he querido. Roberto y Jesús, hermanos, gracias por acompañarme en esta aventura. Agustín y Fausta, abuelitos, gracias por tanto amor. Victoria, Agustín, Guadalupe, Daniel, Silvia, y resto de mi familia, gracias por todo.

A Rafael Bustos y Adriana Mora, mis padres adoptivos, quienes me abrieron las puertas de su vida y me ayudaron a hacer el camino más fácil.

A mis amigos que se han convertido en hermanos con el paso de los años, Pablo, Jorge, Carlos, Liliana, Alejandra, Rafael, Alejandro, Diego, Liggia que soportaron todas las locuras, crecer y madurar a su lado ha sido un honor.

A mis maestros de Querétaro y de Gineco 4, por confiar en mí y transmitir sus conocimientos para que mi formación sea tan excelente.

A mi familia queretana y de Gineco 4, el proceso de ser ginecoobstetra fue más divertido con ustedes.

A mi maestro, hermano y asesor de tesis Dr. Armando Alberto Moreno Santillán por aceptar el reto de hacer este trabajo y por brindarme su confianza y amistad.

Todo lo que soy es gracias a ustedes.

ÍNDICE

	Página
Resumen	5
Summary	6
Antecedentes	7
Objetivos	11
Justificación	11
Planteamiento del problema	11
Hipótesis	11
Material y métodos	12
Recursos y financiamiento	17
Aspectos éticos	17
Resultados	18
Discusión	24
Conclusiones	26
Bibliografía	27
Anexos	29

RESUMEN

Antecedentes. La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico mayor que se realiza de carácter urgente y que se indica como tratamiento de condiciones que ponen en peligro de vida a la paciente. Técnicamente consiste en la remoción del útero, generalmente debido a sangrado incoercible, después de un procedimiento obstétrico (cesárea, parto o un legrado uterino).

Objetivo. Describir las indicaciones y complicaciones quirúrgicas de la histerectomía obstétrica en la Unidad Médica de Alta Especialidad de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”

Material y Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal en el cual se analizó el total de histerectomías obstétricas realizadas durante el periodo comprendido un año, en la Unidad Médica de Alta Especialidad de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”. Se registraron y describieron las variables clínicas correspondientes a antecedentes gineco-obstétricos, indicaciones de cirugía y complicaciones.

Resultados. Se realizaron un total de 61 histerectomías obstétricas de enero a diciembre de 2015. El promedio de la edad fue de 32 ± 6.7 años (19-46). El 100% de las histerectomías fueron totales. Las principales indicaciones fueron hemorragia por hipotonía o atonía uterina (77%), acretismo o percretismo placentario (21.3%) y ruptura uterina (1.6%). El sangrado promedio fue de 2495 ml. Las principales complicaciones fueron choque hipovolémico en un 49.2%, lesión vesical en 3.2%, lesión de arteria hipogástrica (3.2%). La mortalidad materna fue del 0%.

Conclusión. La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico de emergencia que tiene el objetivo de salvar la vida de la paciente y es una herramienta quirúrgica que todo obstetra debe dominar, indicar oportunamente, y realizar con velocidad, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad de la paciente obstétrica.

Palabras clave. Histerectomía obstétrica, indicaciones, complicaciones.

SUMMARY

Introduction. Obstetric hysterectomy is a lifesaving procedure. Technically is the removal of uterus at the time of caesarean section, following caesarean section, immediately after vaginal delivery or in the period of puerperium in order to save maternal life.

Objective. To study indications and maternal outcome of emergency obstetric hysterectomy in patients admitted in the Gynecology & Obstetrics High Specialty Medical Unit "Luis Castelazo Ayala" of the Mexican Social Security Institute.

Methods. A retrospective, transversal and descriptive study of the cases and outcomes of emergency obstetric hysterectomy performed over a period of 1 year, from January to December 2015, in patients admitted in the Gynecology & Obstetrics High Specialty Medical Unit "Luis Castelazo Ayala" of the Mexican Social Security Institute. Maternal characteristics, indications, surgical complications and maternal morbidity were analyzed.

Results. During the study period there were 61 emergency obstetric hysterectomies. In 100% of the cases, total hysterectomy was performed. Atonic post-partum hemorrhage (77%), placenta accreta (21.3%) and ruptured uterus (1.6%) were the common indications. Main bleeding was 2495 ml. The main complications were hypovolemic shock (55.6%), vesical injury (3.2%) and internal iliac artery injury (3.2%). The maternal mortality was 0%.

Conclusions. Emergency obstetric hysterectomy is a lifesaving procedure and remains as a necessary tool for consultant obstetricians who need to act at the optimal time with clear judgment, using surgical technique with speed, to reduce mortality and morbidity in such patients.

Keywords. Obstetric hysterectomy, indications and outcome.

ANTECEDENTES

La histerectomía obstétrica se define como la exéresis de un útero que esta o ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición de urgencia que requiera su extracción parcial o total (1-6). La palabra histerectomía es derivada de los vocablos griegos *histero* que significa útero y *tomos* que significa cortar o extirpar (5). Es un reto para el gineco-obstetra y se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida del paciente, por lo que es considerada una cirugía de carácter urgente en la mayoría de los casos y de riesgo vital. (1-13) La decisión de realizarla debe de ser tomada rápidamente por el gineco-obstetra ya que una decisión tardía puede conducir a la muerte del paciente (11).

Este procedimiento quirúrgico se ha realizado desde hace más de 135 años, cuando Porro en 1875 realizo la primera cesárea-histerectomía exitosa en donde tanto la madre como el hijo sobrevivieron, desde entonces a la realización de la histerectomía obstétrica posterior a cesárea en un mismo acto quirúrgico se le conoce como cirugía de Porro (1,3,4,5,12,13,14).

Epidemiología y factores de riesgo

La incidencia de la histerectomía obstétrica varía de acuerdo a la literatura, en Estados Unidos la incidencia es de 1.3-1.5%, en Shanghái 0.54%, en Taiwán 0.36% y en México 1.72%(1,4). Estudios en Venezuela reportan incidencia de 0.16%(15) a 0.7%(12). Dentro de los factores de riesgo predisponentes para la realización de histerectomía obstétrica se encuentra el antecedente de cesárea previa (aumentando el riesgo hasta 6 veces), edad mayor a 35 años, multiparidad (3 o más gestaciones), mal control prenatal, antecedente de legrado uterino instrumentado y haber cursado con hemorragia obstétrica en gestaciones anteriores.(4,6,9)

Entre las indicaciones para la realización de la histerectomía obstétrica diversos estudios reportan que más de las tres cuartas partes se deben a trastornos placentarios y trastornos de la inercia uterina, entre los que se encuentran el

acretismo placentario, placenta previa, abrupto placentario, atonía uterina; variando el orden de acuerdo a la población estudiada.

Después de estas causas se encuentran con menor frecuencia la rotura uterina, sepsis puerperal, dehiscencia de cicatriz anterior, aborto séptico y enfermedad trofoblástica. (1-20).

Clasificación

Según el momento de la realización de la histerectomía obstétrica se pueden clasificar en 3 grupos:

1. Histerectomía obstétrica en el puerperio: que puede ser en el postparto, post-cesárea y postaborto.
2. Cesárea-histerectomía (cirugía de Porro): se realiza inmediatamente posterior al nacimiento del feto, en un mismo acto quirúrgico.
3. Histerectomía en bloque: se realiza sin la extracción previa del producto.

Puede ser electiva o de urgencia de acuerdo a la indicación de la misma, siendo más común el procedimiento de urgencia. De acuerdo a la técnica quirúrgica empleada puede ser total o subtotal y esto va a depender de la indicación de la operación, el curso del acto quirúrgico y de la habilidad del cirujano.(1,3,4,12)

Indicaciones

Las indicaciones de histerectomía obstétrica se dividen en:

Absolutas. Son aquellas que durante el transcurso de un nacimiento vía vaginal y/o abdominal o después de este obligan a terminar la intervención con una histerectomía como único procedimiento para solucionar una situación grave que pone en peligro la vida del paciente:

- Ruptura uterina de difícil reparación.
- Hemorragia incoercible.
- Prolongación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos.

- Útero de Couvelaire en *abrupto placentae*.
- Acretismo placentario.
- Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico.
- Infección puerperal en órganos internos.

Relativas. Se plantean antes de la intervención, no son por si mismas indicaciones absolutas de histerectomía obstétrica, pero pueden prevenir posibles complicaciones posteriores:

- Cáncer invasor de cérvix.
- Cáncer de ovario.
- Cáncer de mama.
- Miomas uterinos en pacientes con paridad satisfecha.
- Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino).
- Corioamnioitis grave.
- Enfermedades concomitantes que hagan suprimir la función menstrual.

Existen además múltiples causas que el cirujano decidirá como indicación de la histerectomía obstétrica de acuerdo a las características de cada caso en particular.

Técnica quirúrgica

Depende del tipo de histerectomía obstétrica a realizar y del momento de la realización de la misma, así como de la habilidad del cirujano y de las características propias del acto quirúrgico, se describe a continuación la técnica empleada en la cirugía de Porro (3,4):

- Después de la extracción del producto no es necesario cerrar la histerotomía si esta no está sangrando en exceso, de lo contrario se cierra para realizar hemostasia.
- Disecar colgajo vesical.
- Realizar doble ligadura de ligamentos redondos.

- Formar una ventana a través de la hoja posterior del ligamento ancho mediante doble fijación, corte y ligadura bilateral.
- Asegurar los ligamentos uteroovaricos.
- Diseccionar vasos uterinos, corte y doble ligadura.
- Retirar pieza quirúrgica por incisión de la mucosa vaginal.
- Asegurar todos los ángulos del fórnix vaginal lateral a los ligamentos cardinales y uterosacros.
- Cierre del manguito vaginal.
- Cierre por planos anatómicos hasta piel.

Complicaciones potenciales

En más del 50% de las pacientes post-operadas de histerectomía obstétrica se producen complicaciones que ponen en riesgo la vida de las mismas. Las principales complicaciones reportadas incluyen:

- Hemorragia trans o postoperatoria.
- Anemia.
- Síndrome febril.
- Shock hipovolémico.
- Lesión vesical.
- Fistulas.
- Tromboembolismo.
- Infección de cúpula vaginal.
- Peritonitis.
- Lesión de anexos.
- Muerte materna.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Describir las indicaciones y complicaciones quirúrgicas de la histerectomía obstétrica en la Unidad Médica de Alta Especialidad de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”

Objetivos específicos.

Señalar los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes.

Señalar las características quirúrgicas generales.

JUSTIFICACIÓN

La histerectomía obstétrica es el último recurso del obstetra en el tratamiento de la hemorragia obstétrica, que es la primer causa de muerte materna en nuestro país. Conocer las principales características clínicas, indicaciones y complicaciones de este procedimiento es fundamental para entender más este procedimiento quirúrgico de emergencia.

Magnitud. La realización de una histerectomía obstétrica oscila entre 0.1 a 2% de los actos obstétricos realizados en México.

Trascendencia. Las complicaciones que existen posterior a una histerectomía obstétrica pueden llevar a la paciente a un incremento de su morbi-mortalidad.

Vulnerabilidad. La realización de una histerectomía obstétrica oportuna tiene una implicación directa en la morbimortalidad materna, una decisión tardía puede conducir a la muerte de la paciente.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las indicaciones y complicaciones quirúrgicas de la histerectomía obstétrica en la Unidad Médica de Alta Especialidad de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”?

HIPÓTESIS

No hay hipótesis por ser estudio exploratorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal.

Universo y muestra. El total de pacientes a las que se les realizó histerectomía obstétrica en el transcurso de un año en la Unidad Médica de Alta Especialidad de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”

Criterios de selección.

Criterios de inclusión. Ser derechohabiente del IMSS, que se haya realizado la histerectomía obstétrica durante el transcurso de enero a diciembre de 2015.

Criterios de no inclusión. Contar con expediente clínico incompleto o con notas no legibles.

Procedimiento

Localización de pacientes. Se revisaron los registros quirúrgicos para localizar a las pacientes a las que se les realizó histerectomía obstétrica.

Localización de expedientes clínicos. Con el registro de pacientes a los que se les realizó histerectomía obstétrica en el año 2015 se localizaron los expedientes clínicos de las pacientes.

Localización de variables de estudio. Con el expediente clínico se procedió a la identificación y registro de las variables de estudio.

Vaciado en programa estadístico. Con las variables localizadas se procedió a realizar el vaciamiento de las mismas en una hoja de cálculo de Excel.

Variables

Variable	Definición	Indicador	Tipo	Estadístico
Edad	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Años	Numérica	Media \pm desviación estándar

Menarca	Edad en años en la que se produjo la primera menstruación	Años	Numérica	Media ± desviación estándar
Gestaciones	Número total de embarazos	0-∞	Numérica	Media ± desviación estándar
Partos	Número de embarazos que se resolvieron por parto	0-∞	Numérica	Media ± desviación estándar
Cesáreas	Número de embarazos que se resolvieron por cesárea	0-∞	Numérica	Media ± desviación estándar
Abortos	Número de embarazos que se resolvieron en aborto	0-∞	Numérica	Media ± desviación estándar
Embarazos múltiples	Embarazos que el número de productos era más de 1	0-∞	Numérica	Media ± desviación estándar
Embarazos ectópicos	Embarazo con implantación anormal	0-∞	Numérica	Media ± desviación estándar

Óbitos	Embarazo con muerte del producto antes de la culminación del mismo	0-∞	Numérica	Media ± desviación estándar
Legrados	Procedimiento de evacuación uterina mediante curetaje con legra	0-∞	Numérica	Media ± desviación estándar
Cirugías ginecobstetricias Previas	Procedimiento quirúrgico que involucra alguna parte del aparato reproductor femenino	0-∞	Numérica	Media ± desviación estándar
Tipo de cirugía previa	Clasificación de acto quirúrgico	Uterina, ovárica	Categórica	Frecuencia simple y porcentaje
Control Prenatal	Acudir a 5 o más consultas médicas durante el embarazo	Si-No	Categórica	Frecuencia simple y porcentaje
Complicaciones durante el embarazo	Haber transcurrido durante el	Amenaza de aborto, amenaza de parto	Categórica	Frecuencia simple y porcentaje

	embarazo con alguna complicación del mismo	pretérmino, infección de vías urinarias.		
Alcoholismo	Presencia de ingesta de alcohol durante el embarazo	Si-No	Categórica	Frecuencia simple y porcentaje
Tabaquismo	Presencia de ingesta de alcohol durante el embarazo	Si-No	Categórica	Frecuencia simple y porcentaje
Otros antecedentes de importancia	Antecedentes de la paciente que intervengan con el padecimiento actual	Consumo de drogas, patología previas, alergias.	Categórica	Frecuencia simple y porcentaje
Interrupción del embarazo actual	Forma en la que se resolvió el embarazo actual	Parto, cesárea, legrado.	Categórica	Frecuencia simple y porcentaje
Edad gestacional del producto	Semanas de gestación del producto	Número de semanas	Numérica	Media \pm desviación estándar

Complicaciones post nacimiento	Algún tipo de complicación sucedida en el puerperio	Hemorragia obstétrica, atonía uterina, desgarro cervical.	Categórica	Frecuencia simple y porcentaje
Tipo de histerectomía obstétrica realizada	Qué tipo de histerectomía se realizó en la paciente	Histerectomía postparto, histerectomía post lui, histerectomía post cesárea, cesarea-histerectomia, histerectomía en bloque.	Categórica	Frecuencia simple y porcentaje
Indicación por la que se realizó la histerectomía obstétrica	Causa por la cual se indicó la histerectomía obstétrica	Desprendimiento de placenta, útero de Couvelaire, acretismo placentario, atonía uterina.	Categórica	Frecuencia simple y porcentaje
Complicaciones posthisterectomia	Algún tipo de complicación después de haberse practicado la histerectomía obstétrica	Hemorragia, sepsis, dehiscencia de herida, muerte.	Categórica	Frecuencia simple y porcentaje
Características quirúrgicas de la	Descripción del acto	Técnica, hallazgos,	Categórica	Frecuencia simple y

histerectomía	quirúrgico	sangrado, incidentes.		porcentaje
---------------	------------	--------------------------	--	------------

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se describieron las características de las pacientes tomando en cuenta los criterios de inclusión y no inclusión. Se describieron en la hoja de captura de datos las variables obstétricas y clínicas de cada paciente. Se reportó la información utilizando medidas de tendencia central y dispersión, expresándolos mediante media y desviación estándar. Se presenta la información en tablas y gráficas.

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

El trabajo se realizó en el servicio de toco-cirugía y obstetricia Unidad Médica de Alta Especialidad de gineco-obstetricia “Luis Castelazo Ayala, con recursos y financiamiento por parte del hospital.

EXPERIENCIA DEL GRUPO

29 artículos nacionales e internacionales en temas de obstetricia general y preeclampsia

ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el CLIEIS correspondiente. En apego a la Ley General de Salud en materia de Investigación el presente estudio está catalogado con riesgo menor al mínimo, por realizarse solamente a base de los expedientes.

El presente protocolo está basado en los preceptos emitidos por la Declaración de Helsinki y sus enmiendas posteriores para el caso de estudios descriptivos retrospectivos.

En cuanto a la confidencialidad de los datos de los pacientes, esta se mantendrá en absoluto secreto para su difusión. Solamente se difundirán los datos obtenidos en forma general de la muestra y nunca los casos particulares de las pacientes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Debido a las características del presente estudio que solo será observacional y no se aplicará ninguna maniobra de intervención, en el que se obtendrán las variables a estudiar del expediente clínico, por lo que no se requiere hoja de consentimiento informado.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 61 casos de Histerectomía Obstétrica realizadas de enero a diciembre de 2015. Las variables generales correspondientes a la edad materna, semanas de gestación en el momento de la histerectomía, así como los antecedentes personales y obstétricos de las pacientes se expresan en las tablas 1, 2 y 3.

Tabla 1. Variables generales del grupo estudiado

Variable (n=61)	Media y desviación estándar
Edad materna	32 ± 6.7
Semanas de gestación al momento de la histerectomía	35.3 ± 6.8

Tabla 2. Antecedentes personales de las pacientes

Antecedente personal	Porcentaje (%)
Tabaquismo	0
Alcoholismo	0
Diabetes Mellitus tipo 2	3.3
Hipertensión gestacional	4.9
Hipotiroidismo	6.6

Tabla 3. Antecedentes obstétricos

Antecedente obstétrico	Porcentaje (%)
Gesta 1	9.8
Gesta 2	27.9
Gesta 3	36.1
Gesta 4	21.3
Gesta 5	4.9
Una cesárea previa	18
Dos o más cesáreas previas	59
Uno o más abortos previos	49.2

Los procedimientos quirúrgicos realizados previamente a la realización de la histerectomía (Tabla 4) fueron cesárea (n=42, 68.9%), parto (n=15, 24.6%) y legrado uterino instrumentado (n=3, 4.9%). Cabe mencionar que se registró un caso de histerectomía en bloque programada. De las 42 histerectomías realizadas posterior a la cesárea, el 71.4% se realizó en el mismo tiempo quirúrgico de la cesárea, mientras que el 28.6% se practicó en una segunda laparotomía.

Las indicaciones de la histerectomía obstétrica (Tabla 5) fueron hemorragia por hipotonía o atonía uterina (n=47, 77%), acretismo o percretismo placentario (n=13, 21.3%) y ruptura uterina (n=1, 1.6%).

Tabla 4. Procedimientos obstétricos previos a la histerectomía

Procedimiento	Porcentaje (%)
Cesárea	68.9
Parto	24.6
Legrado uterino instrumentado	4.9

Procedimientos obstétricos previos a la histerectomía

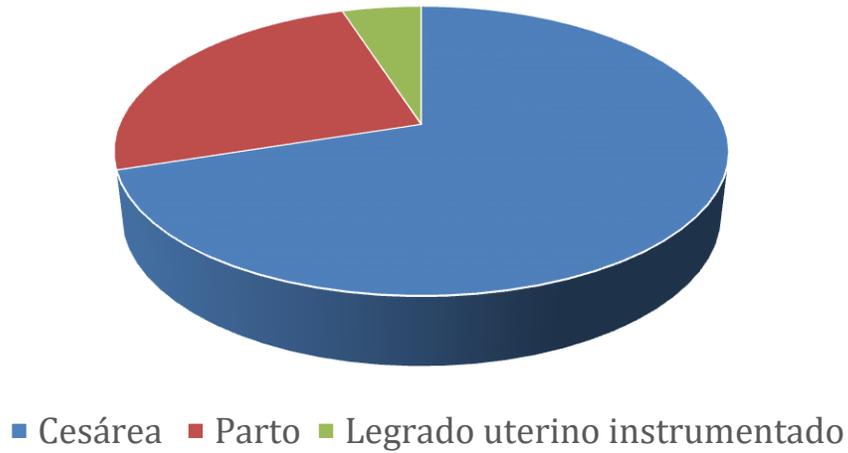
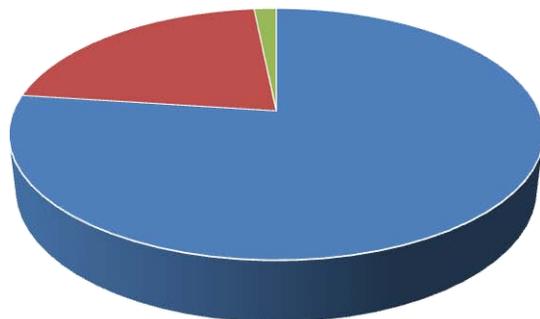


Tabla 5. Indicaciones generales de la histerectomía obstétrica

Indicaciones	Porcentaje (%)
Hemorragia obstétrica por hipotonía/atonía uterina	77
Acretismo/percretismo placentario	21.3
Ruptura uterina	1.6

Indicaciones de la histerectomía obstétrica



- Hemorragia obstétrica por hipotonía/atonía uterina
- Acretismo/percretismo placentario
- Ruptura uterina

Respecto a la técnica quirúrgica, cabe mencionar que el 100% fue histerectomía total, con un sangrado promedio de 2495 ml. Los hallazgos y complicaciones en el transoperatorio se presentan en la tabla 6 y 7.

Tabla 6. Hallazgos quirúrgicos

Hallazgo	Casos (n)	Porcentaje
Acretismo focal	2	3.3%
Acretismo placentario	2	3.3%
Atonía uterina	3	4.9%
Dehiscencia de histerorrafia	2	3.3%
Desgarro de comisura derecha de histerorrafia	2	3.3%
Desgarro de comisura derecha e izquierda de histerorrafia	1	1.6%
Desgarro de histerorrafia	1	1.6%
Hematoma comisura izquierda de histerorrafia	1	1.6%
Hemorragia incoercible	1	1.6%
Lesión arteria hipogástrica	1	1.6%
Lesión comisura derecha de histerorrafia	1	1.6%

Lesión comisura izquierda de histerorrafia	1	1.6%
Ninguno	12	19.7%
Percretismo placentario	2	3.3%
Placenta increta	2	3.3%
Sangrado del lecho placentario	2	3.3%
Sangrado incoercible del lecho placentario	1	1.6%
Sección del domo vesical	1	1.6%
Útero atónico	18	29.5%
Útero de Couvaliere	2	3.3%
Útero infiltrado	1	1.6%
Útero infiltrado 30%	1	1.6%
Útero infiltrado 50%	1	1.6%

Las complicaciones transoperatorias (Tabla 7) fueron choque hipovolémico (n=30, 49.2%), lesión de arteria hipogástrica (n=2, 3.2%), lesión vesical (n=2, 3.2%).

Tabla 7. Complicaciones transoperatorias

Complicación transoperatoria	Porcentaje (%)
Choque hipovolémico	49.2%
Lesión de arteria hipogástrica	3.2
Lesión del domo vesical	3.2

El 69% de las pacientes requirieron la administración de hemoderivados, en la tabla 8 se muestran los esquemas y el número de paquetes administrados.

Tabla 8. Unidades transfundidas

Unidades transfundidas	Casos (n)	Porcentaje (%)
1 paquete globular	4	6.6
2 paquetes globulares	10	16
3 paquetes globulares	5	8
4 paquetes globulares	1	1.6
5 paquetes globulares	1	1.6
2 paquetes globulares y 1 plasma fresco congelado	1	1.6
3 paquetes globulares y 1 plasma fresco congelado	4	6.6
3 paquetes globulares y 2 plasma fresco congelado	1	1.6
4 paquetes globulares y 1 plasma fresco congelado	1	1.6
4 paquetes globulares y 2 plasma fresco congelado	3	4.9
5 paquetes globulares y 2 plasma fresco congelado	1	1.6
5 paquetes globulares y 3 plasma fresco congelado	1	1.6
6 paquetes globulares y 3 plasma fresco congelado	2	3.3
6 paquetes globulares, 4 plasma fresco congelado y 1 aféresis plaquetaria	1	1.6
8 paquetes globulares, 5 plasma fresco congelado y 1 aféresis plaquetaria	1	1.6
9 paquetes globulares, 7 plasma fresco congelado, 1 aféresis plaquetaria y 3 crioprecipitados	1	1.6
13 paquetes globulares, 6 plasma fresco congelado y 1 aféresis plaquetaria.	1	1.6

DISCUSIÓN

Dentro de los factores de riesgo que se han reportado como predisponentes para la realización de una histerectomía obstétrica se encuentra como principal la realización de una cesárea previa, el 77% de nuestras pacientes contaban con este antecedente, resultado similar al reportado por Reveles en 2008 (9). Entre otros antecedentes de importancia se reportan en diferentes estudios la edad mayor a 35 años, la multiparidad y el antecedente de legrado. Nuestros resultados corroboran esta información (4, 6,9).

En cuanto a la indicación de la histerectomía obstétrica se ha corroborado por la literatura que cerca del 75% es debido a alteraciones en la placentación y alteraciones de la dinámica uterina, hecho que corroboramos en nuestro estudio con cerca del 70% de las indicaciones de histerectomía obstétrica, además de que una tercera parte de las pacientes tuvo como indicación del procedimiento una hemorragia obstétrica. (1-20).

Cerca de la mitad del tipo de histerectomía obstétrica en nuestro estudio fue la cesarea-histerectomía, datos que son similares a los obtenidos por Ramos en el Hospital Infantil del Estado de México en 2010 (4).

En los estudios reportados sobre el tipo de técnica quirúrgica utilizados en la realización de la histerectomía obstétrica se ha observado que es más común la histerectomía total, en nuestro hospital esta técnica fue la única empleada para la intervención quirúrgica (4-6,9).

Según los reportes de bibliográficos cerca del 50% de las histerectomías obstétricas cursan con complicaciones derivadas del acto quirúrgico, solo en el 25% de nuestras pacientes no se reportaron complicaciones (1-20).

La principal complicación encontrada por Mendoza en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud en 2011 fue choque hipovolémico con una pérdida sanguínea

mayor a 1500cc, la cual estuvo presente en más del 50% de nuestras pacientes con un promedio de cantidad de sangrado similar (10).

Es importante señalar que a cerca del 70% de nuestras pacientes se les tuvo que administrar algún tipo de hemoderivado durante el acto quirúrgico, mientras que diversos reportes de la literatura internacional mencionan que del 85-100% de las pacientes requieren transfusión durante o después de la histerectomía obstétrica. (9,10,12)

CONCLUSIONES

La histerectomía obstétrica debe ser considerado como un procedimiento de emergencia y como el último recurso para salvar la vida de una gestante crítica. Es un procedimiento que deber ser indicado y realizado con precisión, rapidez y oportunidad por el cirujano de mayor experiencia disponible, pues de su correcta realización depende el pronóstico de la madre y el feto. El cirujano que practique una histerectomía obstétrica siempre debe tener en cuenta que en sus manos tiene la vida de una paciente crítica, con riesgo re laparotomía, lesiones tisulares transoperatorias, choque hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, falla orgánica y muerte, por lo que debe considerar los antecedentes de la paciente, la indicación de la cirugía, las potenciales complicaciones así como que muy seguramente necesitará del uso de hemoderivados, pero tal vez lo más importante, es considerar que para que la paciente tenga el mejor pronóstico posible se requiere de un trabajo en equipo eficiente y coordinado que labore siempre en pos de la vida de la paciente obstétrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ahued AJ. Ginecología y obstetricia aplicadas. 2da ed. México. ED. El Manual Moderno; 2003; 637-640.
2. Usandizaga JA, De la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología 2a. Ed. Madrid McGraw-Hill-Interamericana; 2004; 640-641.
3. Rock JA, Thompson JD. TE LINDE Ginecología Quirúrgica. 8a Ed. Argentina: Médica Panamericana, 2002; 879-896.
4. Ramos GR, Ramírez LG, Hurtado EG. Indicaciones de histerectomía obstétrica en el hospital de ginecología y obstetricia del instituto materno infantil del Estado de México del 2007 al 2008. Archivos de investigación materno infantil 2010;11(1): 11-14
5. Béjar CJ. Histerectomía de emergencia durante la gestación en el instituto materno perinatal: incidencia y factores asociados. Programa ciber tesis del Perú. 2001.
6. Vanega ERO, Sotolongo FA, Suarez RAM, Muñiz RM. Histerectomía obstétrica de urgencia. Rev Cub Obstet y Ginecol 2009; 35(3) 1-10
7. Normas y procedimientos de ginecología y obstetricia. México: INPer; 2003; 216-217.
8. Tena AG. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. México: HGO Luis Castelazo Ayala;; 365-367.
9. Reveles VJ, Villegas RG, Hernández HS, Grover PF, Hernández VCC, Patiño SA. Histerectomía obstétrica, incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Méx 2008;76(3): 156-160
10. Mendoza GA, Pichardo CM, Moreno SA, Naranjo GL, Ramírez MM, Contreras CN. Histerectomía obstétrica en el hospital de la mujer, SSA, México, DF. Rev Invest Med Sur 2011(3): 96-101
11. Suarez GJ, Gutiérrez MM, Corrales GA, Cairo GV, Pérez VS. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Rev Cub Obstet y Ginecol 2011 37(4): 481-488

12. Briceño PC, Briceño SL, García S, Jaimes T, Briceño SJC, Briceño SC. Histerectomía obstétrica: análisis 15 años. Rev Obstet Ginecol Venez 2009; 69(2) 89-96
13. Rodríguez GA, Aparicio AZ. Histerectomía obstétrica, estudio de tres años. Arch Med 2008; 4(2) 1-12
14. Caro MJ, Bustos ML, Rios SA, Bernales MJ. Histerectomía obstétrica en el hospital de Puerto Montt: 2000-2005. Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(5): 313-319
15. Faneite P, Rivera C, Faneite J. Histerectomía obstétrica(2000-2007). Rev Obstet Ginecol Venez 2008; 68(2) 92-97
16. Fuentes GL, Enríquez DB. Histerectomía puerperal. Estudio de 14 años. Rev Cub Obstet y Ginecol 2005; 31(1)
17. Robert SJA, Ricci AP, Rodríguez AT, Pons GA. Histerectomía postparto: experiencia clínica Las Condes. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(5) 300-305
18. Aguilera RB, Sepúlveda SK, Lattus OJ, Pantoja LV, Moscoso JF, Guichard TC, Fritis LA. La histerectomía obstétrica de emergencia, experiencia en el hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse. Rev Obstet Ginecol Hosp Santiago Oriente Dr Luis Tisne Brousse 2006; 1(1) 39-49
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica: Detección y tratamiento de las emergencias obstétricas. México. IMSS 2011
20. Secretaría de Salud. Urgencias Obstétricas en unidades de primer nivel. Manual de atención México SSA 2001

ANEXOS

ANEXO 1

México Distrito Federal a 3 de Junio de 2016.

FORMATO CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

El C. Armando Alberto Moreno Santillán, (Investigador UMAE HGO 4 "Luis Castelazo Ayala") del proyecto titulado Descripción de la frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en la Unidad Médica de Alta Especialidad de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", con domicilio ubicado en Rio Magdalena 289, Tizapán San Ángel Distrito Federal, me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, directivas, directrices, circulares, contratos, convenios, instructivos, notas, memorandos, archivos físicos y/o electrónicos, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información que documente el ejercicio de las facultades para la evaluación de los protocolos de investigación, a que tenga acceso en mi carácter investigador del IMSS así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en el ejercicio de mis funciones como investigador del IMSS.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se estará acorde a la sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Estado de Nuevo León, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.

Acepto



Dr. Armando Alberto Moreno Santillán

Nombre y Firma

ANEXO 2

Hoja de recolección de datos

Nombre: _____

Numero de Afiliación: _____

Edad: ____ Gesta: ____ Para: ____ Cesáreas: ____ Abortos: ____

Emb. Múltiples: _____ Embarazo Ectópico: _____

Óbitos: _____ LUI: _____

Cirugías ginecobstetricas previas: _____

Tipo de cirugía: _____

Complicaciones durante el embarazo: _____

Alcoholismo: _____

Tabaquismo: _____

Otros antecedentes: _____

Tipo de interrupción del embarazo actual: _____

Edad Gestacional al momento de la interrupción: _____

Complicaciones postnacimiento: _____

Tipo de Histerectomía obstétrica realizada: _____

Indicación de la Histerectomía obstétrica: _____

Complicaciones post histerectomía obstétrica: _____

Características quirúrgicas:

Sangrado: _____ Hallazgos: _____

Incidentes: _____

Técnica realizada _____