



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



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

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

*“CAUSAS DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN PACIENTES
CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO POR EDAD EN EL HOSPITAL
GENERAL DR ENRIQUE CABRERA COSSIO”*

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

PRESENTADO POR
DRA. NORMA ARELY SOBERANIS LOZANO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ÁNGELES

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“CAUSAS DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN PACIENTES
CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO POR EDAD EN EL HOSPITAL
GENERAL DR ENRIQUE CABRERA COSSIO”**

AUTOR: DRA. NORMA ARELY SOBERANIS LOZANO

Vo. Bo.

Dr. Juan Carlos De la Cerda Ángeles

Profesor Titular del Curso de Especialización en Ginecología y
Obstetricia.

Vo. Bo.

Dr. Federico Lazcano Ramírez

Director de Educación e Investigación.

**“CAUSAS DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN PACIENTES
CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO POR EDAD EN EL HOSPITAL
GENERAL DR ENRIQUE CABRERA COSSIO”**

AUTOR: DRA. NORMA ARELY SOBERANIS LOZANO

Vo. Bo.

Dr. Juan Carlos De la Cerda Ángeles

Director de Tesis

RESUMEN

Planteamiento del problema: ¿Cuales son las causas mas frecuentes de Histerectomía Obstétrica en pacientes con embarazo de alto riesgo por edad en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossio del 01 de Enero 2013- 01 Enero 2015?.

Objetivo : Evaluar las causas mas frecuentes de Histerectomía Obstétrica en pacientes con embarazo de alto riesgo por edad en el Hospital GeneralDr Enrique Cabrera Cossio del 01 de Enero del 2013 al 01 de enero del 2015.

Material y método: área epidemiológica, estudio observacional, analítico, transversal, descriptivo y retrospectivo.

Resultados: Se revisaron 19 expedientes clínicos de pacientes a las que se les realizó Histerectomia Obstétrica en el Hospital General Enrique Cabrera, durante el periodo comprendido del 01 de Enero 2013 al 01 de enero 2015. La causa mas frecuente de histerectomía obstetricA fue la atonía uterina 8 (47%), seguida por el acretismo placentario 6 (35%).

Conclusiones: La principal causa de histerectomía obstétrica que se presentó del 01 de Enero del 2013 al 01 de enero del 2015 en el HGEC fue la Atonía uterina.

En cuanto a la paridad de las pacientes estudiadas, el grupo de edad que mayor predominó fue el de las pacientes con cesarea previa.

La edad gestacional al momento de la Histerectomía obstétrica más frecuente fueron las pacientes con embarazos a termino, esto es con edad de 37 semanas a más.

Palabras clave: histerectomía obstétrica, acretismo placentario, atonía uterina

I.INTRODUCCION

Antecedentes

Histerectomía obstétrica.

La histerectomía obstétrica es definida como la extirpación del útero que se realiza después de un evento obstétrico, como puede ser un aborto, un parto o una cesárea, es un procedimiento quirúrgico que tiene varias indicaciones y que con frecuencia constituye un factor importante que puede salvar la vida de una mujer. (1,2)

Etimológicamente hablando, la palabra histerectomía se forma de dos raíces griegas: Isteros = útero, y Ectomia que significa extirpación. (3)

Se menciona en la historia de la medicina que en el año de 1768 Joseph Cavallini, en Florencia fue el primero en describir como posibilidad la extirpación del útero en mujeres, secundando esta idea *Michelis y Blumdel* , ya que ellos lo habían realizado en conejas, y fue hasta 1862 cuando *Fesser* describió una técnica, la cual fue aprobada y aceptada hasta 1878. *Horacio Robinson Stores* en 1869 realizo y documento, por primera vez, la realización de una Histerectomía en una mujer viva, después de una cesárea en EUA.

El primer trabajo reportado en la literatura sobre el tema fue en el año de 1876 con el título de ***Della Amputazione utero-ovarica, quale complemento del taglio cesareo***, siendo el autor Eduardo Porro , de ahí que por mucho tiempo se conociera como la operación de Porro.(2,3)

Posteriormente surgieron múltiples trabajos destacando algunos autores como *Muller, Taylor, Richardson y Godzon*, siendo este ultimo el primero en realizar la histerectomía por complicaciones obstétricas de manera total, por ultimo ya en este siglo, *Duncan y Target* en 1900, en Inglaterra, recomiendan la Histerectomía por complicaciones obstétricas de primera intención como un procedimiento de esterilización, lo cual causaría un gran debate de grupos a favor y en contra. (2-4)

La histerectomía por complicaciones obstétricas es un procedimiento que fue diseñado con el fin de preservar la vida de las mujeres en situaciones de urgencia, controlando la hemorragia y aislando o retirando el foco de infección, lo que llevo a los pioneros a realizarla con escasez de recursos; actualmente este procedimiento se debería realizar en la mayoría de los casos bajo condiciones estables, con lo que se pretende disminuir considerablemente la morbimortalidad materna.

Las indicaciones pueden ser divididas en absolutas y relativas. (1-4)

Absolutas:

- Lesión traumática
 - Ruptura uterina no reparable
- Hemorragia postparto
 - Hematoma retro placentario
 - Placenta accreta
 - Placenta previa
 - Atonía uterina
- Inversión uterina
- Hemorragia de etiología medica asociada a síndrome de Hellp, esteatosis hepática gravídica aguda, trastornos de la coagulación materna preexistente.
- Infección puerperal de órganos internos

Relativas:

- Miomatosis uterina múltiple en pacientes con paridad satisfecha.
- Carcinoma cervicouterino in situ con paridad satisfecha.

Por lo general, las indicaciones de la histerectomía postparto son absolutas y se deben a 3 causas: Hemorragia, infección y cáncer. (4) Hay una variante de histerectomía que consiste en extirpar, por vía abdominal, el útero grávido y su contenido llamada *histerectomía en bloque* encuentra su principal indicación en la patología del trofoblasto, como mola de repetición, embarazo molar y paridad

satisfecha, algunos casos de aborto consumado con expulsión diferida e infección o bien algunas variedades de aborto séptico o muerte fetal y paridad satisfecha. (2, 4)

Otras indicaciones que se mencionan en forma aislada, cuyo valor específico está dado solo en el peso real de la clínica y la experiencia del cirujano son:

Infección intrauterina, cicatriz uterina previa defectuosa, útero hipotónico sin respuesta medicamentosa y a masaje, laceraciones de los vasos uterinos y Miomatosis uterina de grandes elementos. (2, 3)

Se distinguen dos circunstancias de actuación, la primera y más importante, como último recurso de hemostasia denominada histerectomía de urgencia y la segunda, actualmente realizada solo en casos excepcionales, de manera electiva tras una cesárea, histerectomía electiva o de oportunidad como lo es la neoplasia cervical, neoplasia de ovario y leiomiomas uterinos durante el embarazo. (4)

La mayoría de las histerectomías obstétricas son URGENTES y se practican tras la cesárea. Así mismo, esta se realiza tras el fracaso de esfuerzos conservadores por controlar una hemorragia. Aunque la histerectomía sea el último remedio por controlar la hemorragia obstétrica, el tratamiento conservador sigue siendo el primer enfoque; la histerectomía se reserva para casos en los que fallan estas técnicas o no se pueden aplicar, tal es el caso de la placentación anormal.

Dentro del grupo de urgencia, el 50 % se realiza con posterioridad a un parto por cesárea y hasta en un 30 % de ocasiones se presenta una placenta previa asociada, ambos factores de riesgo de acretismo placentario. Por todo ello y en conclusión, la principal causa que conduce a una histerectomía de hemostasia es la hemorragia incontrolable tras cesárea con placenta de adhesión anormal o accreta. Dentro de las electivas, la causa más frecuente que lleva a realizar una histerectomía es la neoplasia cervical asociada al embarazo. (1, 4-6)

Hay que recordar que la mayoría de las muertes maternas que ocurren en México y en muchas otras partes del mundo, son producto de complicaciones en

el embarazo, parto o puerperio; las cuales en su mayoría son prevenibles y curables si se detectan y atienden oportunamente.

En el año 2004, de la mortalidad materna reportada en México se menciona que el 25% de muertes maternas se debieron a hemorragias, 30% a hipertensión asociada al embarazo y otro 12% a otras complicaciones en el parto. (1, 3)

En relación a la Incidencia en nuestro país, en un estudio realizado del 1 de julio del 2004 al 30 junio del 2006 por Reveles y cols., en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS, se revisaron los expedientes de 103 pacientes a quienes se hizo histerectomía obstétrica, la incidencia de histerectomía obstétrica fue de ocho casos por cada mil consultas obstétricas. El promedio de edad de las pacientes fue de 31.1 ± 5.1 años. El 72.8% tenía antecedentes de cesárea. La principal indicación fue placenta previa vinculada con acretismo placentario (33%), seguida de hipotonía uterina (22.3%). Las complicaciones fueron: choque hipovolemico (56.3%) y lesión vesical (5.8%). (4)

La hemorragia puede ser debido a atonía uterina, placenta acreta o laceración de los vasos uterinos. La atonía uterina representa la causa mas frecuente de la hemorragia postparto siendo en una frecuencia del 50% de los casos y ocurre cuando no hay una adecuada contractilidad miometrial después de la expulsión de la placenta, lo que resulta en una excesiva perdida sanguínea a nivel del lecho placentario. (1, 2, 6,7)

Las laceraciones que extienden en la vagina y el ligamento ancho, se debe evaluar cuidadosamente y reparar prestando meticulosa atención ala posición del uréter, el cual representa una de las complicaciones, al realizar la histerectomía por cesárea complicada. (6)

Los factores de riesgo son: *Edad materna avanzada; Multiparidad; Antecedentes hemorrágicos en gestaciones anteriores (recidiva en 6 al 35%); Sobre distención uterina (Poli hidramnios, gestaciones múltiples, feto macrosomico); Alteraciones de la contractilidad uterina (corioamnionitis, uso excesivo de toco líticos, miomas uterinos); Parto precipitado; Parto prolongado; Uso excesivo de oxitócicos*

durante el parto; Coagulopatias congénitas o adquiridas de la madre; Hemorragias ante parto (placenta previa, abruptio placentae) Intervenciones tocúrgicas.

La edad materna ha sido identificada como un factor que incrementa la morbimortalidad materna, se producen complicaciones obstétricas con mayor frecuencia a medida que aumenta la edad, aumentando así el riesgo de histerectomía puerperal.

En un estudio de revisión de 15 años en un centro de Nigeria, Okogbenin (2003), se encontró una incidencia que aumento con la edad de 0.10% a los 20 años a 0.70 % a los 40 años. Estos autores encontraron que la edad mayor de 30 años se asocio con mayor frecuencia de Histerectomia obstétrica de urgencia, y refieren que en la ultimas décadas los nacimientos en mujeres mayores de 35 años han aumentado aproximadamente en 35 a 50%, lo cual refuerza la necesidad de brindar una atención obstétrica diferenciada a las gestantes de edad avanzada.

El cuidado primario prenatal busca identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal. Si tenemos en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema de salud pública, es prioritario, no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permita lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Los principios de la técnica quirúrgica son los mismos que en la realización de una histerectomía sobre útero no grávido, pero según el periodo del embarazo en el que es practicada habrá modificaciones anatómicas ligadas al embarazo que harán que la técnica varíe. (7)

Complicaciones

La gravedad así como la frecuencia de las mismas, depende en gran medida de las causas de la histerectomía así como las circunstancias clínicas en las que se realiza: (8)

- ✓ Hemorragia
- ✓ Lesiones vesicoureterales
- ✓ Infecciones
- ✓ Trombosis pélvica,
- ✓ Síndrome de Sheehan, Coagulación Intravascular Diseminada, Insuficiencia Renal Aguda, Íleo Paralítico, Tromboembolia Pulmonar.

Las dos complicaciones más habituales son *la hemorragia y la lesión accidental a la vejiga o uréteres*, hay una pérdida adicional de sangre de 500 ml a 1000 ml, dependiendo de si ya existía una hemorragia o de si la intervención es urgente o programada.

PROPOSITO DEL ESTUDIO

En este estudio, nos enfocaremos a la revisión de expedientes clínicos de pacientes postoperadas de Histerectomía Obstétrica, con el propósito de identificar las causas más frecuentes en pacientes con embarazo de alto riesgo por edad, con la intención de caracterizar lo que ocurre en cada uno de los grupos etarios.

JUSTIFICACION

La Histerectomía obstétrica ya sea después de un parto, aborto o en el puerperio, se considera como el procedimiento quirúrgico mayor, hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano y está diseñado con el fin de preservar la vida de las mujeres en situaciones de urgencia.

En nuestro medio la histerectomía de urgencia por causas obstétricas ha sido objeto de atención priorizada, por su repercusión sobre la morbimortalidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida.

En el Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossio, no tenemos registro de las causas principales de histerectomía obstétrica en mujeres con embarazo de alto riesgo como lo son las que se encuentran en edades extremas de la vida, adolescentes y mayores de 35 años.

Por todo lo antes mencionado y debido a la tasa creciente del índice de cesáreas a edades más extremas de la vida, la histerectomía obstétrica se ha convertido en un procedimiento cada vez más frecuente por complicaciones obstétricas que si bien, muchas pueden ser prevenibles y curables como ya se ha mencionado; la finalidad de realizar este protocolo de estudio radica en la necesidad de plantear estrategias que permitan disminuir las complicaciones que pudieran presentarse tomando como base el conocimiento de las causas que dan lugar a la histerectomía obstétrica.

Lo cual beneficiaría a las pacientes ya que se trataría de contar o gestionar los recursos necesarios que se requieran para este fin.

Al evitar complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico, esperaríamos una disminución en la tasa de morbilidad materna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“¿Cuáles son las causas más frecuentes de Histerectomía Obstétrica en pacientes con embarazo de alto riesgo por edad en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossio del 01 de Enero 2013- 01 Enero 2015?”

I.I OBJETIVO GENERAL

Evaluar las causas mas frecuentes de Histerectomía Obstétrica en pacientes con embarazo de alto riesgo por edad en el Hospital General Dr Enrique Cabrera Cossio del 01 de Enero del 2013 al 01 de enero del 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las causas mas frecuentes de Histerectomia obstétrica en pacientes con embarazo de alto riesgo
- Determinar las causas mas frecuentes de Histerectomía obstétrica en pacientes menores de 20 años
- Identificar las causas más frecuentes_de Histerectomia obstétrica en pacientes de 20 a 30 años
- Determinar las causas de Histerectomía obstétrica en pacientes mayores de 35 años
- Comparar las causas de Histerectomia obstétrica en pacientes con embarazo de alto riesgo por grupos de edad.

II. MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizara un estudio de forma retrospectiva, descriptiva, transversal y observacional. (Encuesta retrospectiva)

UNIVERSO

Todas las pacientes operadas de histerectomía obstétrica del Hospital General Dr Enrique Cabrera Cossio en el periodo comprendido de Enero 2013 - Enero del 2015.

POBLACION DE ESTUDIO

Pacientes postoperadas de histerectomía obstétrica atendidas en el Hospital General Hospital General Dr Enrique Cabrera Cossio en el periodo de 01 de enero 2013- enero-2015

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Incluirá a todas las pacientes postoperadas de histerectomía obstétrica atendidas en el Hospital General Dr Enrique Cabrera Cossio en el periodo comprendido de Enero 2013 - Enero del 2015.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes postoperadas de histerectomía obstétrica atendidas en el Hospital General Hospital General Dr Enrique Cabrera Cossio en el periodo comprendido de 01 de enero 2013- enero-2015

.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que no fueron atendidas en el periodo de tiempo estimado para este estudio en el Hospital General Dr Enrique Cabrera Cossio en el periodo comprendido de Enero 2013 - Enero del 2015.
- Pacientes a quienes se les realizo histerectomía obstétrica en otras unidades médicas y fueron referidas para su atención solo por alguna complicación médica al Hospital General Dr Enrique Cabrera Cossio en el periodo comprendido de Enero 2013 - Enero del 2015.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Expedientes que no cuenten con la información necesaria para el formato de registro de datos.

DETERMINACION DE LAS VARIABLES

Variable independiente: Grupos de edad materna.

Variable dependiente: Causas de histerectomía obstétrica.

***Variable independiente:* Grupos de edad materna:**

Definición conceptual: son aquellos grupos que tengan mayor posibilidad de daño (Alto Riesgo) o menor (Bajo Riesgo) basado en el concepto de riesgo. Desde el punto de vista de la atención materno infantil se define como RIESGO a la mayor probabilidad de producirse DAÑO (muerte, enfermedad y/o secuela) en el período de referencia .La edad materna es un factor que se asocia significativamente con la posibilidad de daño , teniendo gran trascendencia desde el punto de vista sanitario por lo que *los grupos de edad materna* son categorizados en tres niveles de riesgo en relación con su edad:

- ALTO RIESGO - Menos de 20 años.
- BAJO RIESGO - Entre 20 y 34 años.
- RIESGO INTERMEDIO - Mayores de 34 años.

Definición operacional: Se medirá mediante los grupos de edad siguientes:

Grupo A pacientes menores de 20 años; Grupo B pacientes de 20 a 30 años;

Grupo C pacientes mayores de 30 años.

Variable dependiente: Causas de histerectomía obstétrica:

Definición conceptual: Se refiere a las razones por las cuales se extrae el útero a una mujer posterior al parto, aborto o cesárea.

Definición operacional: Se refiere a la extirpación del útero que se realiza después de un evento obstétrico, como puede ser un aborto, un parto o una cesárea; condicionado por alguno de los siguientes motivos:

- ✓ ATONIA: es cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento, lo que origina una perdida sanguínea importante a nivel del lecho placentario.
- ✓ ACRETISMO PLACENTARIO: es la inserción anormal de parte o toda la superficie de la placenta, con ausencia parcial o total de la decidua basal.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
GRUPOS DE EDAD MATERNA	INDEPENDIENTE CUANTITATIVA	CONTINUA	GRUPO A: <20 AÑOS GRUPO B: 20-30 AÑOS GRUPO C: >35 AÑOS
CAUSAS DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA	DEPENDIENTE CUALITATIVA	NOMINAL	ATONIA ACRETISMO PLACENTARIO RUPTURA UTERINA
EDAD	DEPENDIENTE CUANTITATIVA	CONTINUA	AÑOS

✓

CONTROL PRENATAL	DEPENDIENTE CUALITATIVA	NOMINAL	SI NO
---------------------	--------------------------------	---------	--------------

OTRAS VARIABLES

EDAD:

DEFINICION CONCEPTUAL: Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la cirugía.

DEFINICION OPERACIONAL: Se tomará lo referido en el expediente clínico, y se medirá en años. **EMBARAZO DE ALTO RIESGO:**

DEFINICION CONCEPTUAL: significa que la mujer tiene mayores posibilidad

de complicaciones debido a las condiciones de su embarazo, a su estado médico o su estilo de vida, o como consecuencia de factores externos.

CONTROL PRENATAL:

DEFINICION CONCEPTUAL: es el seguimiento periódico de la mujer embarazada dirigida a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal.

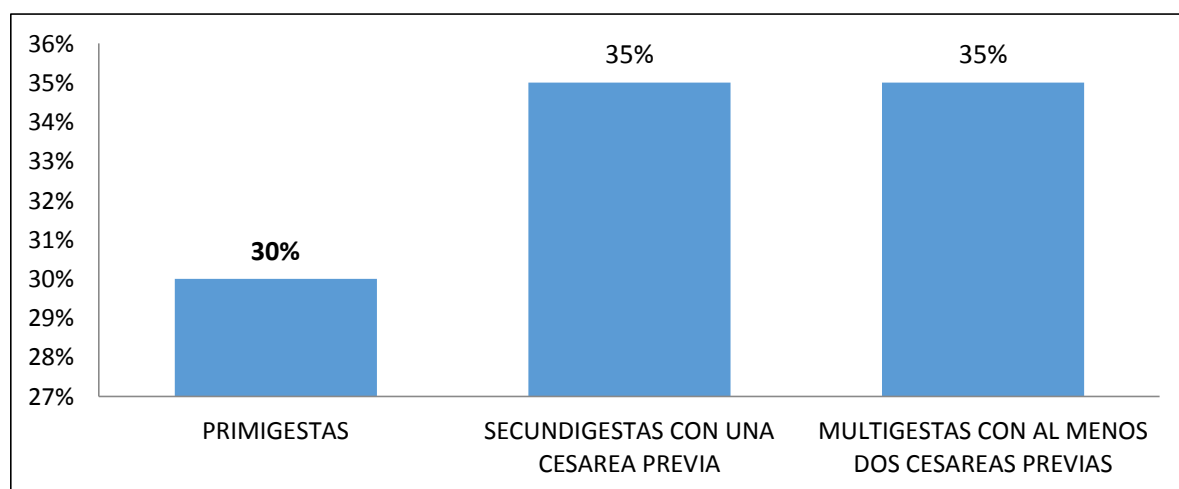
III. RESULTADOS

Se revisaron 19 expedientes clínicos de pacientes a las que se les realizó Histerectomía Obstétrica en el Hospital General Enrique Cabrera, durante el periodo comprendido del 01 de Enero 2013 al 01 de enero 2015.

Se eliminaron 2 expedientes clínicos por encontrarse extraviados al momento del estudio.

De los 17 expedientes clínicos revisados se observó que **5(30%) fueron Primigestas**, 6(35%) eran Secundigestas con una cesárea previa y 6(35%) fueron Multigestas con al menos dos cesáreas previas, tomando en cuenta a las cirugías previas como un factor de riesgo determinante para presentar Histerectomía obstétrica al momento del término del embarazo. (ver grafica 1)

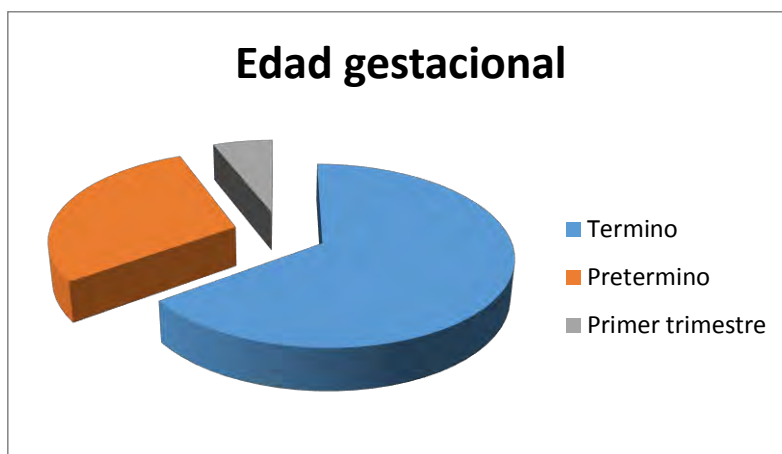
GRAFICA 1. PARIDAD DE LAS PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA



FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HGCE

La edad gestacional al momento del evento obstétrico fue de 11 pacientes con embarazo a Término (65%), 5 (29%) embarazos pretérmino y 1(6%) con embarazo del primer trimestre entre los que destaca el embarazo ectópico. (Ver grafica 2).

GRAFICA 2. EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL EVENTO OBSTETRICO



FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HGCE

Se observó que de las 17 pacientes con Histerectomía obstétrica el 80% tuvieron adecuado control prenatal durante el embarazo desde el primer trimestre con un promedio de 6 consultas en su centro de salud y 20% no lo realizaron.

La Vía de interrupción del embarazo que más predominó fue por la vía Abdominal con un número de 10 pacientes (59%) y 7(41%) por vía vaginal ya que estas pacientes presentaron durante el puerperio postparto complicaciones que determinaron su intervención quirúrgica inmediata. (Ver grafica 3).

GRAFICA 3. VIA DE TERMINO DEL EMBARAZO PREVIO ALA HO



FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HGCE

La tabla 1 muestra que de las 17 histerectomías obstétricas realizadas en el periodo de estudio, la mayor parte se encontró en el grupo de edad de 20 a 24 años (41%).

Tabla 1 pacientes postoperadas por grupo de edad

Grupo de edad	Pacientes	Porcentaje
15-19	1	6
20-24	7	41
25-29	5	30
30-34	1	6
35-39	2	
40-44	1	6

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HGCE

La tabla 2 resalta que la causa de HO fue la Atonía Uterina 8 (47%), seguida por el acretismo placentario 6 (35%).

Tabla 2 causas de HO global

Causa	No. Pacientes	%
Acretismo placentario	6	35
Atonia uterina	8	47
DPPNI	1	6
Hematoma ligamento ancho	1	6
Embarazo ectopico cornual roto		6

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HGCE

De las complicaciones podemos concluir que el 15% de todas las pacientes en estudio presentaron complicaciones, desde una dehiscencia de herida en el puerperio mediato, hasta una sepsis abdominal. Es importante mencionar que de estas pacientes con complicaciones postquirúrgicas, 2 tuvieron que ser reintervenidas en más de una ocasión para Laparotomía por hemoperitoneo y sangrado de la cúpula vaginal.

No se reportaron durante el estudio casos con mortalidad materna y/o secuelas severas para la función de las pacientes. Las que presentaron complicaciones , se egresaron sin ninguna complicación.

IV. DISCUSION

En el Hospital General Dr Enrique Cabrera Cossio, se realizaron 17 Histerectomías Obstétricas en el periodo de tiempo comprendido del 01 de Enero 2013 a 01 Enero 2015.

De los casos estudiados, se encontró que el 70% de las pacientes tuvieron cesárea previa, de acuerdo a lo publicado por Revels y cols.⁴ la mayoría de las pacientes con Histerectomía obstétrica presentan antecedente de cesárea previa.

En cuanto a la edad gestacional, se encontró que el 65% de pacientes correspondía a embarazos a Término, y al menos el 80% de estos, llevaron control prenatal adecuado en el transcurso del mismo. De acuerdo a lo referido por Julián A. Herrera en una Evaluación del Riesgo Obstétrico en el cuidado Prenatal⁹ en nuestro estudio se demuestra que las pacientes estudiadas, la mayoría si cumplió con un control prenatal durante el embarazo.

La vía de interrupción previa a la Histerectomía Obstétrica que más predominó fue la Vía cesárea en un 59%, que es consistente a lo reportado por M. Caballero, en un boletín del 2007 por la BJOG⁸, donde el 80% de las pacientes con Histerectomía obstétrica se les realizó interrupción del embarazo vía Cesárea.

La causa de Histerectomía Obstétrica más frecuentemente encontrada es la Atonía Uterina , lo cual coincide con el estudio reportado en este año por Vivian Sáez Cantero y Carlos E. Daudinot Cos ⁷, quienes señalaron como la principal causa de Histerectomía obstétrica a la atonía uterina , la cual no respondió a medidas terapéuticas, poniendo en riesgo la vida materna. De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio se determinó que el 47% de los casos presentó atonía uterina.

Caso contrario a lo reportado en el estudio realizado por Reveles y cols.⁴, en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS, donde se revisaron los expedientes de 103 pacientes a quienes se hizo histerectomía obstétrica. El promedio de edad de las pacientes fue de 31.1 ± 5.1 años y la principal indicación de Histerectomía obstétrica fue placenta previa vinculada con acretismo placentario (33%), seguida de hipotonía uterina (22.3%).

Según Romero-Maldonado y cols.⁷ durante las últimas décadas los nacimientos en mujeres mayores de 35 años han aumentado aproximadamente en 35-50 %, lo cual refuerza la necesidad de brindar una atención obstétrica diferenciada a las gestantes de edad avanzada. Sin embargo en nuestro estudio el grupo de edad en donde más casos de Histerectomía obstétrica se presentaron fueron las menores a los 30 años, demostrando en nuestro estudio que el aumento en el

índice de cesáreas en este grupo de edad, las coloca en grupo de riesgo para presentar complicaciones obstétricas como la Hemorragia incontrolable y otras complicaciones que aumentan la morbimortalidad.

Esto nos obliga a tomar en cuenta la edad como factor de riesgo y que la tendencia a aumentar las complicaciones obstétricas ya no son conforme aumenta la misma, ni tampoco a edades extremas, el riesgo de morbimortalidad esta presente en todos los grupos de edad, tomando en cuenta cada vez mas, que el aumento indiscriminado de la Vía cesárea ocasiona al binomio cada vez más el riesgo de enfrentarse a serios problemas de salud y riesgo mortal.

V. CONCLUSIONES

1. La principal causa de Histerectomía obstétrica que se presentó del 01 de Enero del 2013 al 01 de enero del 2015 en el HGEC fue la Atonía uterina.
2. En cuanto a la paridad de las pacientes estudiadas, el grupo de edad que mayor predominó fue el de las pacientes con cesarea previa.
3. La edad gestacional al momento de la Histerectomía obstétrica más frecuente fueron las pacientes con embarazos a termino, esto es con edad de 37 semanas a más.
4. La mayoría de las pacientes Postoperadas de Histerectomía obstétrica independientemente de la edad, cumplieron con adecuado control prenatal durante el embarazo.
5. La vía de interrupción del embarazo previo a la Histerectomía Obstétrica mas encontrada fue la vía cesárea.
6. De todos los casos encontrados de Histerectomía obstétrica, la mayor parte se encontró en el grupo de edad de 20 a 30 años.
7. La causa más frecuente de Histerectomía Obstétrica en los grupos de edad menor de 20 y 30 años fue la Atonía Uterina.
8. La causa más frecuente de Histerectomía Obstétrica en pacientes mayores de 30 años fue el Acretismo placentario.

9. Las complicaciones posoperatorias representaron únicamente el 15% de todos los casos estudiados.
10. No se reportaron durante el estudio casos de mortalidad materna.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Ramos GR y Cols.indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del estado De Mexico del 2007-2008, archivos de investigación materno infantil 2010
- 2.- Operatoria Obstétrica. En : Mondragon Castro, H. editor .Ginecoobstetricia: de la niñez a la senectud. 2ª ed. . México. Trillas: 2006. p. 612-18
- 3.- Delgado Urdapilleta J. Histerectomia por complicaciones obstétricas. En: Roberto Ahued Ahued R , Fernández del Castillo C, editores. Ginecología y obstetricia aplicadas. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 2003.p.637-640
- 4.- Reveles V, Villegas R, Hernández H, Grover P, Hernández V, Patiño S. Histerectomia Obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecología y Obstetricia de México. 2008; 76:156-60.
- 5.- Poggi S, Kapernick P. Hemorragia Postparto y Puerperio Anormal .En : H. De Cherney A , Nathan L, editores . Diagnostico y tratamiento Ginecoobstetricia. 8ª ed. México: El Manual Moderno; 2003. p. 591
- 6.- Larisa Marcela Patino-Peyrani, María Valeria Jiménez-Baez, Sandra Pérez-Silva Histerectomia Obstetrica: caracterización epidemiológica en un hospital de 2do nivel rev salud Quintana Roo Volumen 7 No. 28 abril - junio 2014 p. 10-14
- 7.-Alcazar A. Hemorragia Postparto. En: Félix B, editor . Manual de maniobras y procedimientos en obstetricia. 1ª ed. México: Mc Graw Hill ; 2006. P 318
- 8.- Gonzales E, Pineros M, Berregui M. La Histerectomia Obstétrica. En: Cabero L, Cabrillo R, editores. Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2003. P.844- 847.
- 9.- Marrera J. Histerectomia Postparto. En : Mallafre V, Serra B, editores. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus . 4ª ed. Barcelona España: El Sevier; 2006. P. 426
- 10.- Mendoza Gama AY, et al, Histerectomia obstétrica en el hospital de la Mujer, S.S.A, Mexico D,F, Rev invest Med Sur jul-sept 2011; 18(3) 96.101

- 11.- Sánchez Peña R, García Padilla FE, Corona Gutiérrez AA, Sánchez García BF. Técnica cesárea-histerectomía modificada para el tratamiento del acretismo placentario. *Ginecol Obstet Mex* 2014;82:105-110.
- 12.- Carlos Ortiz-Villalobos R, González-Gómez IA, Luna-Covarrubias EE, Bañuelos-Franco A, SerranoEnríquez RF. Modificación de la histerectomía obstétrica en acretismo placentario, *Ginecol Obstet Mex* 2014;82:194-202..
- 13.- Guerrero Valdez M Características clínicas y operatorias de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica *Rev Med UAS*; Vol. 4: No. 2. Abril-Junio 2014.
- 14.- Orestes E, Sotolongo F, Suárez R, Muñiz R. Histerectomía obstétrica de urgencia. *Rev Cub de Obstet Ginecol.* 2009; 35(3)
- 15.- Caro M, Bustos M, Ríos S, Bernales M, Neumann C. Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Puerto Montt. 2000-2005. *Rev Chil Obstet Ginecol* .2006; 71(5): 313-319.
- 16.- Bodelon D, Bernabe O , Schiff M, MPH, Reed S. Factors Associated With Peripartum Hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology.* 2009; (114: 115-23)
- 17.- Briery C, Rose C, Hudson W, Lutgendorf A, Magann E, Chauhan S, Morrison D. Planned Vs Emergent Cesarean Hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2007; 197:154.
- 18.-Montoya C Et al histerectomía obstetrica de emergencia en el hospital regional de occidente: incidencia y factores asociados, *rev Med Hond Vol 82, no 2* 2014
- 19.- Cunningham F, Grant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Williams Obstetricia . 21ª ed. México: Editorial Medica Panamericana; 2002: 463-483.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA

EXPEDIENTE:

NOMBRE DE LA PACIENTE:

1.-EDAD:

2.-GESTAS: PARA: CESAREAS: ABORTOS:

3.-FUR:

4.-EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL EVENTO OBSTETRICO

5.-CONTROL PRENATAL DEL EMBARAZO ACTUAL: A) SI B)NO

6.-NUMERO DE CONSULTAS

A) MAS DE 5 B) MENOS DE 5

7.-¿LA PACIENTE PRESENTA TRABAJO DE PARTO DURANTE SU ESTANCIA EN LA UTQX ?:

A) SI B) NO

8.- SI LA RESPUESTA ES SI, ESTE FUE:

ESPONTANEO: A) SI B) NO

INDUCIDO: A) SI B) NO C)TIPO DE INDUCTOR:

9.-VIA DE TERMINO DEL EMBARAZO:

A) VAGINAL: B) ABDOMINAL:

10.-FACTORES DE RIESGO:

- Edad materna > 15 O < 35 A)SI B)NO
- Multiparidad A)SI B)NO
- Cesárea previa A)SI B)NO
- Hemorragia obstétrica en embarazos previos A)SI B)NO
- Cirugías uterinas previas A)SI B)
- Malformaciones uterinas A)SI B)
- Tumores uterinos A)SI B)
- Poli hidramnios A)SI B)
- Embarazo múltiple A)SI B)

11.-PATOLOGIA OBSTETRICA ASOCIADA:

Enfermedad hipertensiva del embarazo A) SI B) NO

Diabetes A) SI B) NO

Coagulopatias A) SI B) NO

12.-INDICACION DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA:

13.-COMPLICACIONES

TRANSOPERATORIAS: A) SI B) NO

POSTOPERATORIAS: A) SI B) NO

14.- INGRESO A UCI: A) SI B) NO