



Hospital Infantil
del Estado de Sonora

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

CAUSAS DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

MONOGRAFIA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. GEORGINA CARRILLO ALCARAZ

HERMOSILLO, SONORA

JULIO 2020



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.



Hospital Infantil
del Estado de Sonora

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

CAUSAS DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

MONOGRAFIA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

Presenta:

DRA. GEORGINA CARRILLO ALCARAZ

DR. JOSÉ JESÚS CONTRERAS SOTO
DIRECTOR GENERAL HIES/HIMES

DR. MANUEL ALBERTO CANO RANGEL
JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN CALIDAD Y CAPACITACIÓN

6

DR. ADALBERTO RAFAEL ROJO QUIÑONEZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. SERGIO LEONEL ROSAS RIVADENEYRA
DIRECTOR DE MONOGRAFIA

HERMOSILLO, SONORA

JULIO 2020

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. DESARROLLO.....	6
a. ACRETISMO PLACENTARIO.....	7
b. ATONIA UTERINA.....	10
c. RUPTURA UTERINA.....	12
d. INFECCION PUERPERAL.....	14
3. CONCLUSIÓN.....	20
4. BIBLIOGRAFÍA.....	22

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es realizar una revisión de la bibliografía sobre las causas por las cuales se realiza la histerectomía, ya que representa un gran reto para el médico ginecoobstetra ya que se trata una intervención quirúrgica para la cual debemos estar lo más capacitados posibles pues en gran parte se realiza de manera urgente, por lo tanto es de suma importancia tener bien presentes las posibles causas y poder identificar cuales se pueden prevenir o disminuir el riesgo.

Histerectomía se forma de dos raíces griegas: isteros (matriz, útero) y ectomía (extirpar) extirpación total o parcial del útero. La histerectomía obstétrica se refiere a la resección parcial o total del útero, realizada de emergencia e indicada por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por complicaciones de una enfermedad preexistente, que pone en riesgo la vida de la paciente.

La histerectomía obstétrica puede justificarse previamente en los casos de aborto séptico, acretismo placentario y después de una cesárea, parto vaginal, legrado uterino o durante el puerperio mediato o tardío, por lo que la prevención de histerectomía obstétrica va ligada a la determinación del riesgo de la misma.

La primera cesárea-histerectomía exitosa en la que sobrevivieron la madre y su hijo la reportó Eduardo Porro, de Pavia, Italia, en 1876; posteriormente, algunos ginecoobstetras comenzaron a utilizarla con fines de esterilización o para tratar otras enfermedades que se manifestaban al momento del parto, pese a que elevaba las

cifras de morbilidad y mortalidad. La histerectomía obstétrica se realiza de manera más frecuente después de una cesárea que después de un parto vaginal, podría ser un método de utilidad para disminuir la incidencia de complicaciones periparto, lo que disminuye la mortalidad materna. La histerectomía obstétrica periparto se asocia con pérdida sanguínea severa, riesgo de transfusión y sus complicaciones, complicaciones transoperatorias, coagulación intravascular diseminada, reintervención por persistencia de sangrado, mayor estancia hospitalaria, mayor riesgo de lesión visceral gastrointestinal, de vías urinarias, e infertilidad, así como una significativa morbilidad y mortalidad posoperatoria. La histerectomía obstétrica se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años como única alternativa terapéutica en el manejo de la hemorragia y la sepsis. Sin embargo, su realización en muchas oportunidades se hace necesaria cuando se han agotado las posibilidades conservadoras y la vida de la paciente está en riesgo. La decisión tardía puede conducir a la muerte, por lo que su indicación y realización debe ser llevada a cabo oportunamente por personal calificado.

El proceder no es inocuo y es invalidante para la salud reproductiva posterior de la paciente una vez que se le practica, por lo que deben agotarse antes todos los recursos disponibles para tratar las complicaciones del periparto de tal manera que sin poner en peligro la vida de la paciente se traten de encontrar soluciones para mejorar la calidad de vida reproductiva de este grupo de mujeres.

DESARROLLO

La histerectomía obstétrica (HO) se refiere a la resección parcial o total del útero, realizada de emergencia indicada por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por complicaciones de una enfermedad preexistente, que pone en riesgo la vida de la paciente. ⁽¹⁾ La HO puede justificarse previamente en los casos de aborto séptico, acretismo placentario y después de una cesárea, parto vaginal, legrado uterino o durante el puerperio mediato o tardío, por lo que la prevención de histerectomía obstétrica va ligada a la determinación del riesgo de la misma. ^(1,2)

La incidencia de histerectomía obstétrica en el mundo se reporta de 7 a 13 por cada 10,000 nacimientos, siendo más frecuente la variedad post-cesárea. ^(1,2,3) La incidencia en México se desconoce, sin embargo algunos autores refieren que es de 0.5 a 0.9%. 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. ^(1,2, 4)

Factores como la edad, la presencia de atonía uterina, placenta acreta y cesárea previa son fuertes predictores independientes para histerectomía obstétrica; asimismo, el limitar el número de partos por cesárea reduce la aparición de placentación anormal en forma de placenta acreta, increta o percreta. ⁽¹⁻⁴⁾

Mencionaremos de forma concisa las patologías que constituyen las principales indicaciones para la realización de este procedimiento. (2,3)

Acretismo placentario

El mecanismo normal de la tercera etapa del trabajo de parto comprende la formación de un plano de despegamiento de la capa esponjosa de la decidua basal que está por debajo de la placenta, pero en ocasiones no se produce. (1- 4)

La placenta acreta es una patología obstétrica considerada con una emergencia obstétrica, que se caracteriza por una adherencia anormal de la placenta al miometrio, debido a la ausencia localizada o difusa de la decidua basal, que habitualmente se interpone entre las vellosidades coriales y el miometrio. (2,3) Esta complicación del embarazo raramente se presenta antes de las 20 semanas de gestación, usualmente se manifiesta como hemorragia abundante después de un curetaje o legrado. (3,4) Comúnmente se presenta después del alumbramiento, como una dificultad para extraer la placenta.

La penetración de las vellosidades coriales es el principio básico de acretismo placentario. Se describe histológicamente que existe ausencia de la decidua basal y la capa fibrinoide de Nitabuch. (2,3,4) Esto ocurre cuando existe un desequilibrio entre los factores proinvasores del trofoblasto y los antagónicos de las células de la decidua.(3,4)

Se clasifica según su grado de penetración en el musculo uterino.

Placenta acreta

75% de los casos. Invasión solo de la capa interna del miometrio. (2,4)

Placenta increta

15%. Las vellosidades penetran profundamente en el miometrio ^(2,3,4)

Placenta percreta

10% o menos. Las vellosidades atraviesan el miometrio más allá de la serosa, y se extiende a órganos pélvicos, como vejiga, ligamento ancho o intestino. ^(3,4)

Por su extensión se reconocen los siguientes tipos:

Focal: áreas pequeñas

Parcial: uno o más cotiledones se involucran en el proceso

Total: toda la superficie de la placenta esta anormalmente adherida.

La incidencia del acretismo placentario es variada según el estudio que se revise con rangos de 1 en 540 hasta 1 en 7000. ^(3,4,5) Los factores de riesgo relacionados con la placenta acreta son: edad (30 a 35 años), paridad (2 o 3 partos), antecedente de placenta previa y cesárea, antecedente de legrado uterino, alumbramiento manual e infección puerperal. ⁽⁵⁾ Se ha mostrado una tendencia al aumento debido principalmente al aumento en la incidencia de la operación cesárea. Hay una relación importante en el riesgo de acretismo placentario en las pacientes con cicatrices uterinas previas. ^(1-3, 5) Uno de los principales factores de riesgo es la presencia de una cicatriz previa y la presencia de placenta previa, que se define como la implantación placentaria en el segmento uterino, que en ocasiones cubre el orificio cervical interno parcial o totalmente. ^(4,5) Frecuentemente coexisten ambas entidades, pero las pacientes que presentan placenta previa sin acretismo es común

que requieran tratamiento quirúrgico por la mala capacidad del segmento uterino para poder contraerse, generando esto la incapacidad para cohibir el sangrado del lecho placentario.^(2-4,5) Los legrados uterinos también se han asociado a mayor incidencia de acretismo placentario.⁽¹⁻⁵⁾

El diagnóstico puede realizarse a través de ultrasonido, se ha descrito a observación de una zona traslucida retroplacentaria de un espesor de 9 a 10 mm, que representa a decidua, la ausencia de ella puede ser indicador de acretismo placentario, se describe a presencia de vascularidad periuterina aumentada y presencia de lechos venosos en el miometrio, sin embargo su especificidad y sensibilidad son bajas. ^(2, 4,6) En el caso de invasión vesical, la presencia de hematuria puede hacer sospechar el diagnóstico y realizar una cistoscopia puede confirmarse el diagnóstico. ^(5,6) Este diagnóstico debe sospecharse en toda paciente que presente hemorragia uterina en el tercer trimestre, que tenga diagnóstico de placenta previa, cesárea previa o antecedente de legrados. ^(4, 5,6)

El tratamiento está enfocado principalmente a preservar la vida de la paciente, deteniendo la hemorragia y evitando el choque hipovolémico y la muerte. ^(4,6) El manejo conservador busca preservar el útero y así la función reproductiva de la paciente, en el manejo quirúrgico se realiza la extirpación parcial o total del útero. ⁽⁶⁾ Dentro del manejo conservador podemos mencionar el siguiente: legrado, puntos transfictivos en el lecho placentario, ligadura de arterias uterinas, ligadura de arterias hipogástricas, dejar parcial o totalmente la placenta. ^(4, 6,7) El manejo con metotrexate

después de haber dejado la placenta, muestra buenos resultados; se utiliza a dosis de 1mg/kg peso, pudiéndola repetir semanalmente de acuerdo a las cifras de la fracción beta de HGC. ^(6,7) La única excepción al manejo quirúrgico es el acretismo focal, en la paciente hemodinámicamente estable, con ausencia de hemorragia importante y con buena respuesta a los oxitócicos. ⁽⁷⁾

Atonía uterina

Esta ocurre cuando el miometrio no se contrae después de alumbramiento, simplemente es la falta de contracción del miometrio. No existe un tiempo definido para establecer el diagnóstico. La atonía es la causa más frecuente de hemorragia postparto, aproximadamente un 90% de los casos. ⁽¹⁻⁸⁾

El diagnóstico se realiza en el momento del procedimiento, ya sea parto o cesárea, cuando se presenta la hemorragia posterior a la extracción de la placenta. No se establece un momento preciso de espera para que el miometrio responda y se contraiga, solo se realizan maniobras y en caso de que se comprometa hemodinámicamente la paciente se tomarán las medidas pertinentes. ^(2-6,8,) Existen factores que predisponen a que se presente a atonía uterina, como la sobre distensión uterina en el embarazo múltiple, polihidramios o macrosomía fetal; la presencia de algunas sustancias en la anestesia general, en la sepsis y muerte fetal intrauterina; la multiparidad, el trabajo de parto, la presencia de leiomiomas, la infiltración hemática de útero (útero de Couvelaire) y el parto precipitado. ^(1-3, 7,8)

El tratamiento incluye tanto procedimientos como fármacos, principalmente se recomienda el masaje uterino, en caso de no haber respuesta se inicia manejo con

medicamentos. La oxitocina es un fármaco que se utiliza regularmente posterior a cualquier evento obstétrico. Se recomienda utilizar de manera endovenosa de 20 a 40 UI en solución de 500 a 1000 cc para 4 hs. La metilergonovina es la segunda línea de tratamiento para la atonía, es un parasimpaticomimético que produce contracciones tetánicas del útero, se debe tener cuidado de aplicar en pacientes hipertensas. (4-8,10,12)

La carbetocina es un análogo sintético de la oxitocina, de acción prolongada con propiedades agonistas. Al igual que la oxitocina incrementa la frecuencia de las contracciones rítmicas del útero para aumentar así su tono. (8-12)

Los análogos de las prostaglandinas E han sido ampliamente sobre la actividad que tiene en el miometrio, se aplican 4 tabletas, 800 mcg vía rectal, produciendo estas contracciones intensas y sostenidas. Aproximadamente 10% de las pacientes a las que se les aplica cursan con efectos adversos leves como hipertermia, náusea y aumento transitorio de la presión arterial. El asma y la hipertensión son contraindicaciones relativas para el empleo de misoprostol. (9,12-16)

En caso de no responder al manejo se recomienda la ligadura de las arterias uterinas y uteroovaricas o las arterias hipogástricas antes de decidir realizar una histerectomía obstétrica. Se pueden utilizar además balones intrauterinos como el balón de Bakri o balón de Rusch donde se llenan con solución salina y su función es principalmente hacer compresión en las paredes uterinas lo que nos brinda una disminución considerable o total del sangrado (3-8,10, 12,16)

Ruptura uterina

La ruptura uterina consiste en cualquier desgarro o solución completa de a continuidad de la pared del útero, con expulsión del feto o sin ella, que pone en peligro la vida de la madre, del feto o de ambos. (1-4, 5,7)

Se considera ruptura uterina solución de continuidad del útero supracervical en la paciente embarazada, excluyendo la perforación uterina translegrado, ruptura de embarazo cornual y prolongación de la histerotomía. (2-4,7)

Se clasifica según su extensión y profundidad, así como su origen. Espontaneo cuando no existe algún factor desencadenante, traumática cuando es secundaria a un procedimiento médico o traumatismo externo, completa cuando la solución de continuidad es total, las incompletas no incluyen peritoneo visceral. Total o parcial, dependiendo de la extensión. (1-2, 4-7)

La incidencia es baja de 0.08 a 0.02 %. Se asocia también a cicatrices uterinas, se han reportado también la asociación con el uso de cocaína y el antecedente de mola invasora. (5,7)

En pacientes con cesárea previa, la incidencia sigue siendo baja, no pasando del 1%. Se observa que las pacientes que sufren ruptura generalmente presentan una cicatriz uterina, es extremadamente rara la ruptura uterina en pacientes sin cicatrices previas. (1-7) La posibilidad de ruptura uterina aumenta ocho veces si existe una cesárea previa en comparación con una mujer con un útero sin cicatrices. (5, 6,7)

El uso de oxitocina como factor predisponente a ruptura es aun controversial, el empleo de oxitocina si se vigila con gran cuidado es una técnica inocua y es una consideración razonable en quien se ha efectuado una cesárea y que desea

someterse a una prueba de trabajo de parto. (6,7) Debemos recordar que las condiciones obstétricas de la paciente con cesárea previa que se somete a esta prueba incluyen, que sea una cesárea Kerr, que la valoración clínica de la pelvis la califique apta para eutocia, que no exista el antecedente de infección postoperatoria, que el feto se encuentre en presentación cefálica y tenga peso estimado de 3500 gr, o menor, que se cuente con la posibilidad de realizar una laparotomía de urgencia en caso necesario, con apoyo de hemoderivados, si así se requiere y por supuesto que exista el consentimiento informado de la paciente, pues debe estar consciente de los beneficios de un parto vaginal después de una cesárea así como de sus probables complicaciones. (4-7)

La anestesia epidural se asocia como factor predisponente pues disimula la sintomatología presentada en los casos de ruptura; sin embargo se ha concluido que no anula los signos y síntomas del cuadro clínico y es una opción razonable en la mujer con trabajo de parto con una cicatriz uterina o sin ella. (6,7)

El síntoma principal es el dolor intenso en hipogastrio, descrito como sensación de “desgarro”, salida de sangre abundante por vagina y la recesión de la parte que se presenta, o “huida” de la presentación. (4-7) Se describe la palpación de partes fetales en caso de expulsión a la cavidad abdominal. El signo frecuentemente observado es el sufrimiento fetal repentino durante el trabajo de parto. (5-7)

Es una emergencia quirúrgica ya que el compromiso fetal es importante y se asocia a muerte perinatal hasta en un 50%. (1-6)

Sin lugar a dudas el tratamiento es la laparotomía exploradora en aquellas pacientes que tengan cuadro clínico y antecedentes compatibles con ruptura uterina y deberá

practicarse revisión manual de la cavidad uterina inmediatamente después del parto. La prevención sigue siendo la conducta más apropiada. (1-7)

Infección puerperal

Es la enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos, a los órganos genitales internos y externos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación. (7,8)

Clínicamente se manifiesta con hipertermia de más de 38°C, en 2 o más registros sucesivos después de las primeras 24 horas y antes de los primeros 10 días del puerperio. (6-8) La presencia de una infección uterina, independientemente de su extensión, es una indicación que en la actualidad es poco frecuente debido al uso de antibióticos de amplio espectro a los cuales normalmente cede la infección. (6-8) En casos complicados con pelviperitonitis, dehiscencia de histerorrafia o absceso de los anexos, está indicada la laparotomía exploradora con histerectomía obstétrica total. (4-7) Las indicaciones de la histerectomía obstétrica son variadas, la principal es la atonía uterina (23.5%) inserción anómala de la placenta, ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa y abrupcio de placenta (12%). (1-5) La HO por atonía uterina tiene indicación cuando han fallado las medidas previas conservadoras como el uso de uterotónicos, técnicas invasivas como la ligadura de arterias hipogástricas, embolización selectiva de las arterias uterinas por radiología intervencionista, todas ellas opciones poco útiles en hemorragias masivas. (1-6)

Es importante señalar que la probabilidad de histerectomía aumenta, incluso, 10 a 12 veces cuando existen antecedentes de cesárea. Si bien existen varias clasificaciones, la mayoría de los autores coincide en dividir las en función de la circunstancia que la motiva. (1-9)

Histerectomía de urgencia

1. Hemorragia posparto debida a: atonía uterina, placenta previa, placenta acreta, hematoma retroplacentario. En pacientes con útero de Couvelaire debe plantearse la posibilidad de histerectomía. (1-9)

2. Lesión traumática: rotura uterina, cicatriz de cesárea anterior, postaborto tras legrado, o rotura de embarazo ectópico cornual o cervical. En las roturas uterinas, la laparotomía y sutura del defecto suelen aliviar el cuadro en la mayoría de los casos. En algunas situaciones de lesiones irreparables, gran inestabilidad hemodinámica o incluso infecciones, la histerectomía se torna necesaria; desgarró de la vía vaginal, con hemorragia intensa y serios trastornos de coagulación, aunque es indicación muy discutible. (1-7,10)

3. Etiología médica: coagulopatías por síndrome de HELLP, esteatosis hepática gravídica, preeclampsia grave. Si la hemorragia es abundante puede

desencadenarse una coagulopatía por consumo, que agrava la situación hemodinámica de la paciente. (1-5)

4. Infección: estados infecciosos severos que favorecen la sepsis sin respuesta al tratamiento con antibióticos y que requiera desfocalización. Endometritis posparto complicadas con pelvi-peritonitis, o de origen pélvico que sobreinfectan el útero, incluso tromboflebitis pélvicas que persisten a pesar del tratamiento intenso con antibiótico. Puesto que existe el riesgo de choque séptico materno la mejor opción es la histerectomía. (1-8)

5. Inversión uterina: ante situaciones como ésta es excepcional la indicación de histerectomía aunque puede ser necesaria cuando la inversión sea irreductible (falla de la taxis y la cirugía reparadora) o curse con necrosis o infección. (5-8)

Las indicaciones absolutas son las que durante el transcurso de un nacimiento por vía vaginal o abdominal obligan a terminar la intervención con una histerectomía como único procedimiento para solucionar el estado de gravedad. Por lo general se elige la histerectomía total, pero en determinados casos, por la urgencia requerida, puede estar indicada la histerectomía subtotal. (1-8,12)

Indicaciones absolutas: ruptura uterina de difícil reparación, útero de Couvelaire en *abruptio placentae*, acretismo placentario, atonía uterina que no se alivia con tratamiento médico, infección puerperal de órganos internos. (2-6,10,)

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: carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama, mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha, torsión de útero grávido en grado avanzado, afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino), algunos casos de corioamnionitis grave, enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual (talasemia, enfermedad de Werlhof [púrpura trombocitopénica idiopática], etc.⁽¹⁻⁸⁾

La hemorragia obstétrica es una de las principales causas de muerte materna en el mundo. ^(9,10) Muchas de esas muertes ocurren en países en vías de desarrollo y son susceptibles de prevención con el tratamiento oportuno. Los retrasos en el diagnóstico y tratamiento definitivo incrementan los riesgos de morbilidad severa y mortalidad.^(1-7,10, 12,18,20) Uno de los principales problemas con el diagnóstico de hemorragia obstétrica es que la pérdida sanguínea es subjetiva y es observador dependiente. ^(1-6, 12,18)

Existe controversia en cuanto a la definición de hemorragia obstétrica propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que es la pérdida sanguínea de 500 mL en un parto vaginal y 1000 mL en una cesárea, o cualquier pérdida sanguínea que implique inestabilidad hemodinámica y que esté relacionada con cualquier evento obstétrico.^(1-10,-18) Hace poco, la Organización Mundial de la

Salud (OMS) definió a la hemorragia obstétrica como la pérdida sanguínea de 500 mL, sin importar la vía de terminación del embarazo. (1-5,10) La hemorragia posparto puede resultar de una falla del útero para contraerse (atonía), traumatismo genital, inversión uterina, ruptura uterina, retención de restos membrano placentarios o alteraciones hematológicas de la paciente. La atonía uterina es la principal causa de sangrado. (1-16)

La HO periparto se asocia con pérdida sanguínea severa, riesgo de transfusión y sus complicaciones, complicaciones transoperatorias, coagulación intravascular diseminada, reintervención por persistencia de sangrado, mayor estancia hospitalaria, mayor riesgo de lesión visceral gastrointestinal, de vías urinarias, e infertilidad, así como una significativa morbilidad y mortalidad posoperatoria. (1-8, 13-18)

La mayoría de las muertes maternas ocurren dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto, la causa más frecuente es la hemorragia. (10) Las principales causas de muerte materna son: hemorragia, sepsis puerperal, ruptura uterina, eventos vasculares, enfermedad hipertensiva del embarazo, y el aborto incompleto.

(1- 14)

El proceder no es inocuo y es invalidante para la salud reproductiva posterior de la paciente una vez que se le practica, por lo que deben agotarse antes todos los recursos disponibles para tratar las complicaciones del periparto de tal manera que sin poner en peligro la vida de la paciente se traten de encontrar soluciones para mejorar la calidad de vida reproductiva de este grupo de mujeres. (1-5, 8-18)

La histerectomía obstétrica es un procedimiento cruento, donde realmente existe una mayor dificultad para afrontar los planos anatómicos, lo que hace que haya mayor tendencia a las complicaciones, así como mayor tiempo quirúrgico y pérdida hemática elevada. (15-19).

Estas complicaciones obstétricas no son exclusivas de esta intervención; sin embargo, algunas se presentan con más frecuencia que en la intervención ginecológica. (5-20) Las más comunes son: hemorragia transoperatoria, laceración vesical, fístula vesicovaginal, ureterovaginal y rectovaginal; también eventos tromboembólicos, infecciones vesicales de cúpula y hasta peritonitis. (1-20)

Las mejorías logradas en destrezas quirúrgicas, condiciones hospitalarias, control prenatal y vigilancia durante el parto han disminuido considerablemente la morbimortalidad de esta intervención.

CONCLUSIÓN

El manejo de la hemorragia obstétrica secundaria a la atonía uterina sigue siendo un reto para el ginecoobstetra, pues es un procedimiento que puede salvar la vida de la paciente y todo medico obstetra debe estar familiarizado con el conocimiento del mismo, así como su manejo y la resolución de las posibles complicaciones que se puedan presentar para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal asociada a esta patología.

Hay que recordar siempre que se deben tomar en cuenta todos los factores de riesgo, indagar a detalle sobre antecedentes de la paciente, la indicación de la cirugía, las complicaciones potenciales así como su ingreso a un servicio de cuidados intensivos.

Es realmente importante concientizar y promover en las pacientes llevar un adecuado control prenatal, si bien este no impedirá que se presente la necesidad de realizar una HO pero nos mantendrá alerta de las potenciales complicaciones que pueden presentarse durante la atención del parto ya sea por vía vaginal o abdominal pues habrá que prestar mayor atención en las pacientes con factores de riesgo importantes asociados a la atonía uterina y acretismo placentario, estos

como causa o indicación de histerectomía obstétrica ya sea de urgencia o electiva.

Otro punto importante es además el dominio del manejo activo de la hemorragia obstétrica por parte del médico ginecoobstetra, teniendo la habilidad y criterio para decidir el momento justo en el que se debe de realizar este procedimiento quirúrgico y así salvaguardar la vida de las pacientes. Deben hacerse esfuerzos adicionales que nos conduzcan a mejorar el pronóstico, a disminuir los factores de riesgo, las complicaciones y la morbimortalidad de nuestras pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Larisa P, María J. (2014). Histerectomía obstétrica: caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel. Revista Salud Quintana Roo ISSN, 7, 16.
- 2. Juan R, Geannyne V. (2016). Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Mex, 76, 5.
- 3. René H, Juan D. (2016). Histerectomía obstétrica, último recurso en el tratamiento de la hemorragia obstétrica. Revista de Sanidad Militar, 70, 9.
- 4. Juan R.C, Santiago C.R. (2016). Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015. Revista Peruana de Ginecología y obstetricia, 27, 7.
- 5. Omar C.A, (2016), Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca México, Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia 81, 7.
- 6. Misael G., Fred M. (2013) Características clínicas y operatorias de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica, Revista Médica UAS 4, 6.
- 7. J,M, Rodríguez, (2014) Histerectomía periparto en el Hospital General Universitario de Elche, Clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia Elsevier , 41, 6.
- 8. Ariana. I.V, (2005), Comportamiento de la histerectomía obstétrica. Resultados de 6 años, Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, 31 5.

- 9. Fernández Lara JA, Toro Ortiz JC. (2017). Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. Ginecología y Obstetricia de México, 52, 7.
- 10. Yoan H., Dunia M, Zoraida M. (2017). Caracterización de pacientes que requirieron histerectomía obstétrica de urgencia. Medisur, 16, 8.
- 11. Rodolfo L. Ibery P, Gustavo A. (2015). Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía en el hospital universitario San José de Popayan . Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 64, 5.
- 12. Maura K , Elena K , (2006). Incidence and Determinants of Peripartum Hysterectomy. OBSTETRICS & GYNECOLOGY, 108, 7.
- 13. JR. Cutie, A. Laffita. (2005). Estudio de la histerectomía obstétrica como morbilidad en el Hospital América Arias en el año 2003. Ginecología y Obstetricia Cuba, 48, 6.
- 14. Raziel R. Gilberto REC. (2010). Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. Investigación Materno Infantil, II, 4.
- 15. Santiago Cabrera. (2010). Hemorragia Postparto. Per Ginecología Obstetricia, 56, 9.
- 16. Jorge P., Antonio I. (2008). Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza» y en el Hospital Ángeles México. Análisis comparativo. Anales México, 53, 5.

- 17. Claudia M, Carlos C.. (2014). Histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Regional de Occidente: Incidencia y factores asociados. Rev Med Honduras, 82, 6.
- 18. Genaro V, Luis N.. (2017). Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia, 82, 8.
- 19. Roberto O, Israel G. (2014). Modificación de la histerectomía obstétrica en acretismo placentario. Ginecología y Obstetricia, 82, 9.
- 20. Juan S. Mario G. (2011). La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 37, 8.

Datos del alumno	
Autor:	Dr (a).Georgina Carrillo Alcaraz
Teléfono:	646 116 69 47
Universidad:	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad:	Medicina
Número de cuenta	517210165
Datos del Director y/o asesores de monografía	Dr. Sergio Leonel Rosas Rivadeneyra
Datos de la monografía:	
Título	Causas de histerectomía obstétrica
Palabras clave	Histerectomía obstétrica, histerectomía peripartum, atonía uterina
Número de páginas	24