

11217.
2 2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA
CENTRO MEDICO NACIONAL

" HISTERECTOMIA POST PARTO "

TESIS DEL CURSO DE POSTGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTADA POR:

DR. GUSTAVO ENRIQUE CERVANTES VILLARREAL

ASESOR:

DR. ALBERTO KABL Y AMBE

MEXICO, D.F.

1981

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

	Página
I. CONSIDERACIONES GENERALES.....	1
II. MATERIAL Y METODOS.....	10
III. RESULTADOS.....	11
IV. CUADROS.....	14
V. COMENTARIO.....	25
VI. CONCLUSIONES.....	34
VII. BIBLIOGRAFIA.....	36



CONSIDERACIONES GENERALES.-

La hemorragia puerperal se define como la pérdida de más de 500 ml. de sangre después del parto.¹ Otra definición podría ser aquella que valora la pérdida sanguínea mayor de 1% del peso corporal como hemorragia anormal post-parto.² Los obstetras y el personal de una sala de labor deben estar programados para detección instantánea de las mujeres que son candidatas a presentar el problema de la hemorragia post-parto, como aquellas con útero notablemente distendido, (polihidramnios, gemelos o macrosomía fetal), la gran multipara, la mujer con un útero fatigado que ha estado en trabajo de parto por muchas horas y con pocos lapsos de descanso, la anémica, hipovolémica o toxémica, la embarazada cuyo miometrio está infiltrado de sangre, (útero de Couve laire, apoplejia uterina) y la mujer en antecedente discrasia sanguínea o hemorragia post-parto.³

Las tres causas más comunes de hemorragia después del parto son:

- 1) Atonía uterina
- 2) Laceraciones o desgarros del conducto del parto.
- 3) Fragmentos placentarios o membranas retenidas.

La conducta errónea en la tercera etapa del parto puede dar por resultado hemorragia debido a prolapso del útero, en el conducto del parto re-

tención de una placenta parcialmente desprendida o hasta inversión uterina.¹⁻³

Otra consideración es la coagulación intravascular diseminada con depauperación de fibrinógeno y plaquetas, una complicación obstétrica que da origen a deficiencia de la coagulación. Entre las entidades que predisponen a la coagulación intravascular diseminada se encuentran el desprendimiento de placenta normal inserta, la toxemia grave del embarazo, amniotitis y embolia de líquido amniótico.^{2,3}

Causas menos comunes de hemorragia son: varices rotas, hemostasia inadecuada de una episiotomía, placenta acreta o increta (particularmente asociadas con placenta previa) y trastornos hematológicos como trombocitopenia.³

La hemorragia puerperal retardada puede ser debida a retención de membranas y fragmentos placentarios o a endometritis después del parto. La hemorragia que ocurre después que sale la paciente del hospital, es probable que sea debida a subinvolución del sitio placentario, un fragmento placentario retenido, o al uso imprudente de hormonas para suprimir la lactación.

Es digno de atención que el mecanismo de hemostasis uterina funciona a menudo todavía cuando ha fallado ya en otras heridas incluso en el caso de una hipocoagulabilidad evidente, reconocible por la formación

de coágulos inestables con cifras de plaquetas de 0 a 20,000/mm³ ó valores de Quick de 20 a 25%³.

La hemorragia post-parto no está con frecuencia acentuada. En una hipofibrinogenemia acentuada inferior a 0.1 gr.% ó en una heparinización completa, se produce por el contrario una hemorragia que puede ser incohercible si no se aplica un tratamiento específico.

Como han señalado Abdul Karim y Chevli en su artículo sobre hemorragia y choque post-parto, la frecuencia de sangrado se duplica en casos de desprendimiento de placenta normo inserta y se cuadriplica en mujeres que tienen una coagulopatía.³

Todo comentario de la hemorragia post-parto con choque sería incompleta si no se recomienda al clínico estar alerta de la aparición ulterior del síndrome de Sheehan, esto es, la necrosis parcial o completa de la adenohipofisis, por trombosis o espasmo de los vasos porta hipofisarios, aunque es poco frecuente es un trastorno importante que hay que buscar. El método más sencillo para descubrir el Síndrome de Sheehan es interrumpir el medicamento para suprimir la producción de leche, y esperar si ocurre lactancia. Las células secretoras de prolactina son las primeras afectadas por la hipoxia de la adenohipofisis y, por esta causa, el hecho de no comenzar la secreción de leche es una prueba circunstancial importante del síndrome de Sheehan y

denota la necesidad de investigación hormonal, es pertinente en este punto la observación que la dopamina y la bromocriptina inhiben la secreción de prolactina; este último fármaco es dopaminérgico, lo cual incrementa la posibilidad de que el uso de dopamina en el tratamiento de choque que acompaña a la hemorragia post-parto, pudiera inhibir la producción de prolactina. La falta resultante de lactancia en estos casos podría ser falsamente interpretado como la aparición de un síndrome de Sheehan. El tratamiento de la hemorragia, a base de metilergonovina en la puerpera, puede tener el mismo efecto.

1-4

La técnica defectuosa en el control de la tercera etapa del parto contribuye de manera substancial a la pérdida sanguínea, debe demorarse la extracción de la placenta hasta que se haya confirmado su desprendimiento, y debe evitarse la maniobra de Crédé. La extracción manual oportuna de una placenta desprendida parcialmente también puede reducir la cantidad del sangrado.^{4,5}

Se requiere vigilancia de los factores que predisponen a la hemorragia, los cuales ya fueron mencionados.

Cuando es elevado el riesgo de hemorragia puerperal se tomarán medidas preventivas con:

Ocitocicos inmediatamente después del parto, con los cuidados ya conocidos de reacciones secundarias, vigilancia de una involución correcta; observar la paciente en sala de recuperación por lo menos una hora después del parto hasta estabilizar signos vitales.

Hay dos tipos de tratamiento: El plan conservador que será dado por estimulación mecánica (masaje compresión).

Fármacos Ocitocicos:

- 1) Administración parenteral (vías intramuscular, intravenosa o ambas).
- 2) Inyección directa en miometrio.
- 3) Taponamiento utero vaginal.

El segundo es el tratamiento quirúrgico y consiste en reparación de desgarros del canal de parto, histerectomía, que puede ser supra-cervical ó total.

Ligadura de troncos arteriales principales.

Ligadura de arteria uterina

Ligadura de arterias hipogástricas.

Los métodos empleados para corregir la hemorragia post-parto incluyen primero los métodos conservadores antes mencionados, no obstante, a veces en atonia uterina rebelde o desgarros que se extiendan al segmento uterino inferior ligamento ancho o fondo del utero, los

únicos métodos eficaces para cohibir la pérdida hemática son los mé-
todos quirúrgicos extensos que entrañan por lo regular laparotomía.^{3,5}

Si el órgano en que se aprecia el sangrado es el útero, puede extirparse quirúrgicamente y con la histerectomía se resolverá el problema. En caso de atonía uterina rebelde a tratamiento con ocitocicos también se resolverá por ese método, en esta también incluimos rotura del útero extensión de desgarros cervicales, placenta acreta y percre-
ta y así sucesivamente; conviene practicar histerectomía total abdominal. Si el útero es el único órgano en que se aprecia la hemorragia y se necesita conservarlo por razones clínicas cuando otras fuentes de sangrado incluyen tejidos adyacentes (ejemplo: desgarro vaginal, avulsión parametrial y así sucesivamente) el método de elección será la ligadura de los troncos arteriales principales que irrigen la pelvis.

El tratamiento del choque en la hemorragia post-parto es importante, ya que es conveniente reponer la hipovolemia con líquidos, expansores del plasma; posterior la administración de sangre que poco a poco ha sido substituida en muchos hospitales por el empleo de fracciones selectas de la misma como eritrocitos conglomerados, concentrados plaquetarios y plasma rico en factores lábiles de coagulación. Las transfusiones masivas con sangre completa tienen muchos inconvenientes, incluidos los hechos de que los eritrocitos del donador llevan

antígenos heterólogos, las plaquetas del donador producen isoanticuerpos que acortan la vida de las plaquetas transfundidas, las proteínas plasmáticas del donador como la gamaglobulina IGA pueden causar reacciones anafilácticas, y la sangre almacenada puede contener muy pocas plaquetas.³

En el puerperio inmediato, la situación que más frecuentemente indica que se practique una Histerectomía, es el sangrado propiciado principalmente por desgarros del segmento, en aplicaciones de forceps que resultan difíciles de reparar, la atonía uterina frecuentemente se puede corregir mediante la aplicación de ocitocicos teniendo seguridad de una cavidad limpia e íntegra. Sin embargo, en raras ocasiones a pesar de todas las medidas resulta indispensable remover el órgano.

MORTALIDAD.-

Está considerada a pesar de ser una intervención difícil por las consideraciones ya expuestas en manos experimentadas y en un buen medio hospitalario la mortalidad global es de un 7.5 % cifra que es baja si se considera el tipo de paciente y las condiciones en que se interviene. Naturalmente que para los casos de infección, principalmente de aborto séptico la Mortalidad será mayor.

La llamada histerectomía obstétrica o sea el procedimiento llevado a cabo en cualquier momento del estado gravido puerperal puede solucionar muchas de las entidades causales de sangrado.

Nuestro propósito es analizar exclusivamente la histerectomía realizada en el postparto; éste tipo de cirugía ha sido analizada desde varios puntos de vista a partir de que Storer en 1868 realiza por primera vez el procedimiento y Pono en 1876 la realiza en una puerpera por vez primera con éxito.^{1,6}

La histerectomía durante el embarazo es un tema que escapa a nuestros objetivos siendo la que nos interesa la histerectomía puerperal condición que tiene la eventualidad, en un embarazo avanzado, de realizarse postparto y postcesárea; sus indicaciones en estas condiciones son muchas y muy variadas y han sido desglosadas por diferentes autores estando todos ellos de acuerdo en que el sangrado independientemente de su causa y la infección, así como las rupturas espontáneas o traumáticas de el utero son la causa más frecuente en la elaboración de este tipo de cirugía.

Otras indicaciones que se suman a las anteriores serían la realización electiva del procedimiento, la esterilización definitiva y algunos tumores del aparato genital femenino^{6,8}.

Aunque el procedimiento ha sido analizado por múltiples autores con

termino de histerectomía-puerperal, pocos se han abocado a su estudio postparto exclusivamente.

En México por ejemplo en 1958 Castelazo Ayala resume su experiencia en este tipo de cirugía enfatizando a la hemorragia como causa predominante en su ejecución. En 1962 Dosal de la Vega reportó una frecuencia en la elaboración de la histerectomía postparto de un 0.085 % y analiza los factores asociados haciendo énfasis en la falta de unanimidad de criterios vigentes en esa época para la elaboración de este tipo de cirugía.⁶

En otros países también se ha analizado el tema pero sin diferencias importantes en cuanto a los resultados comparandolos con los nacionales. En el Hospital de Gineco Obstetricia #2 del C.M.N. del IMSS en 1972 se informó por última vez en una publicación de la incidencia causas morbilidad y evaluación de las pacientes a quienes se les realizó la cirugía en el estado gravido puerperal.¹⁰ En ese artículo se llamaba la atención sobre la alta mortalidad materna que fue del 11.1 % principalmente refiriéndose a hemorragias; se reportó que la histerectomía obstétrica en general es un procedimiento que se realiza en el 1.95 por mil pacientes y que era precedido de cesárea en el 62.1 % de los casos. En esta unidad por lo menos en los últimos 15 años no se ha realizado un análisis de la histerectomía obstétrica postparto exclusivamente, hecho que consideramos importante cono-

cer puesto que la elaboración de esta cirugía en/ó posterior a una cesárea trae implícito el hecho de tener un abdomen abierto, visibilidad del sitio y características del sangrado, paciente en sala de cirugía, un anestesiólogo para manejo adecuado de líquidos, y un equipo de cirujanos ya preparado desde el punto de vista de instrumental para ésta cirugía mientras que en el postparto se requiere de un diagnóstico que en general tarda más en elaborarse, del traslado eventual de la paciente a quirófano y de todos los implementos paramédicos que se ahorran cuando la paciente esta ya en sala de cirugía.

Para conocer las causas, manejo, evolución y factores asociados a la histerectomía obstétrica postparto se decidió realizar un análisis de las llevadas a cabo de el 1o. de julio de 1979 al 31 de junio de 1980 en la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital de Gineco Obstetricia #2 del Centro Médico Nacional del I.M.S.S.

MATERIAL Y METODOS. -

Se revisaron retrospectivamente todos los casos de histerectomía obstétrica comprendidos en el periodo de un año; a todos los expedientes se les recabaron los siguientes datos para llenar los objetivos propuestos:

Edad de la paciente, antecedentes obstétricos de gestas, paros abortos y cesáreas previas, antecedentes de sangrados puerperales o durante el embarazo, complicaciones de la gestación actual, edad gestacional,

tipo de trabajo de parto (inducido, conducido, espontáneo), tiempo en trabajo de parto, tipo de parto (eutócico, distócico), alumbramiento (espontáneo, dirigido, extracción manual), hallazgos clínicos de revisión de cavidad y canal del parto (tiempo transcurrido entre la hora de nacimiento y el inicio de la histerectomía) (diagnóstico nosológico clínico preoperatorio), tipo de anestesia, tipo de histerectomía, complicaciones postoperatorias, hallazgos histopatológicos, mortalidad, si hubo reintervención, su causa y por último número de días hospitalizado y sangrado transoperatorio.

El análisis de estos datos arrojó los siguientes resultados:

RESULTADOS:

En cuanto a la edad de las pacientes encontramos que la mínima fué de 20 y la máxima de 44 con una media de 28.2 años; el análisis por edades puede ser visto en el cuadro I, en donde se observa la predominancia de pacientes de 20 a 30 años.

En el cuadro II se puede observar que la mayor parte de las pacientes correspondían a los grupos de tres y más gestaciones; tres pacientes tenían antecedente de cesárea previa.

Ninguna de las pacientes refirió antecedentes de sangrados puerperales en embarazos previos; sin embargo, cuadro III, el 13.8 % tuvieron epi-

sodios hemorrágicos en la presente gestación y las causas de los mismos se pueden ver en este cuadro.

Las complicaciones de el embarazo pueden ser vistas en el cuadro número IV , destacamos a la toxemia como principal.

De las 29 pacientes estudiadas 2 no tenían reportado en el expediente la edad de su embarazo; estas dos llegaron puerperas al hospital un caso con inversión uterina y otro con cuatro días de puerperio que llegó sangrando; de las 27 restantes dos tuvieron partos prematuros y una fue de un producto postmaduro, las 24 restantes correspondieron a embarazos de término. Cuadro V.

En el cuadro VI se observa que 23 casos tuvieron trabajo de parto espontáneo; 2 más inducidos y el mismo número conducido. Otros dos, como fue mencionado, llegaron en puerperio a nuestra Unidad.

De los 27 casos en los que fue posible analizar la duración del trabajo de parto nos encontramos, Cuadro VII, que el promedio de trabajo de parto fue de 7.5 hrs. con una mínima de 1 hora (2 casos) y una máxima de 30 horas (un caso); por definición todos los trabajos de parto menores de 4 horas o sea 12 de nuestros casos que corresponde al 44.4% fueron partos precipitados y 5 ó sea el 18.5 % fueron trabajos de parto prolongados.

El 40.7 % (11 casos) fueron eutocicos y 59.3 % distocicos. Se realizó extracción manual de placenta en 9 casos ó sea el 33.3 %, el 67.7 % restante el alumbramiento fue espontáneo.

Los hallazgos de la revisión de cavidad se pueden observar en el cuadro VIII destacando la alta incidencia de hipotonía uterina.

Todos los casos fueron operados bajo anestesia general.

El tipo de variantes de histerectomía pueden ser vistas en el cuadro IX. El sangrado varió entre uno y catorce litros con un promedio de el mismo de 5126 ml.

Encontramos 20 casos de complicaciones postoperatorias, cuadro X, los hallazgos histopatológicos pueden ser vistos en el cuadro XI, siendo el más importante la hemorragia y edema intersticial del miometrio.

No hubo mortalidad; cuatro pacientes fueron reintervenidas; a 3 se les realizó ligadura de arterias hipogástricas y a una salpingooforectomía derecha.

CUADRO I
ANALISIS POR EDADES

Edad	Número de Casos	Por ciento
15 - 20	2	6.9
21 - 25	8	27.6
26 - 30	11	37.9
31 - 35	5	17.2
36 - 40	1	3.4
41 - 45	2	6.9
Total	29	100

CUADRO II
ANALISIS POR GESTACIONES

Gestaciones	Número	Por ciento
I	2	6.9
II	3	10.3
III	8	27.6
IV	6	20.7
V	6	20.7
VIII	1	3.4
IX	2	6.9
X	1	3.4
Total	29	100.

CUADRO III

ANTECEDENTES DE HEMORRAGIA EN EL
PRESENTE EMBARAZO

Causa	Número	Por ciento
Amenaza Aborto	2	6.9
Placenta Previa	1	3.4
Sangrado Indeterminado 3er. Trimestre	1	3.4
Total	4	13.8

CUADRO IV
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

T i p o	Número de Casos	Por ciento
Toxemia	10	34.5
Ruptura Prematura de Membranas	5	17.2
Infección de Vías Urinarias.	2	6.9
Prematurez	2	6.9

CUADRO V

EDAD DEL EMBARAZO AL CULMINAR

Semanas	Número	Por ciento
27	1	3.4
32	1	3.4
38 - 42	24	82.7
44	1	3.4
Se Ignora	2	6.9
Total	29	100

CUADRO VI
TRABAJO DE PARTO

Tipo	Número	Por ciento
Espontáneo	23	79.3
Inducido	2	6.9
Conducido	2	6.9
Desconocido	2	6.9
Total	29	100

CUADRO VII

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

Tiempo (hrs.)	Número de Casos	Por ciento
1	2	6.9
2	5	17.2
3	5	17.2
5	3	10.3
6	3	10.3
8	2	6.9
9	2	6.9
18	3	10.3
26	1	3.4
30	1	3.4
Desconocido	2	6.9
Total	29	100

CUADRO VIII
HALLAZGOS DE REVISIÓN DE CAVIDAD Y
CANAL DEL PARTO

Hallazgo	Número de Caso	Por ciento
Utero Hipotónico	17	58.6
Inserción Anormal de Placenta	7	24.1
Estallamiento Cervical	3	10.3
Inversión Uterina	1	3.4
No Anotado	1	3.4
Total	29	100.

CUADRO IX

TIPOS DE CIRUGIA

Tipo	Número de Casos	Por ciento
Histerectomía S/SOB *	16	55.2
Histerectomía SOB	4	13.8
Histerectomía SOI **	5	17.2
Histerectomía SOD***	4	13.8
Total	29	100

* Salpingo Oforectomía Bilateral

** Salpingo Oforectomía Izquierda

*** Salpinto Oforectomía Derecha

CUADRO X

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

T i p o	Número	Por ciento
Sangrado Postquirúrgico	8	27.6
Paro Cardíaco	2	6.9
Dehiscencia H.Q.	2	6.9
Episio Infectada	2	6.9
Lesión de Traquea	1	3.4
Neumotorax Traumático	1	3.4
Ruptura Cateter Subclavia	1	3.4
Absceso Cupula	1	3.4
Ligadura Bilateral de Ureteros	1	3.4
Textiloma	1	3.4

CUADRO XI

HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS

Hallazgos	Casos	Por ciento
Hemorragia y edema intersticial de Miometrio	23	79.3
Cervicitis crónica	16	55.2
Deciduomiometritis	9	31.0
Decidua ectópica	6	20.7
Desgarros Cervicales	5	17.2
Infiltración Citotipicas del Trofoblasto	4	13.8
Leiomioma Intramural	1	3.4

COMENTARIO

La hemorragia ha sido desde los albores de la obstetricia una de las causas más importantes de muerte tanto materna como fetal, variando con el transcurso de los años entre la primera y tercer causa junto con la toxemia y la infección. ^{1-4,7.}

Por lo anterior es evidente, de manera muy general la preocupación del médico que ejerce esta especialidad en cuanto a los padecimientos hemorrágicos.

Como ya ha sido establecido no solamente son causantes de morbilidad materno-fetal los episodios hemorrágicos puerperales sino que también aquellos que ocurren durante la gestación propiamente dicha pueden ser objeto de este desenlace y así tenemos por ejemplo que los abortos, los embarazos extrauterinos rotos, las placentas previas y los desprendimientos prematuros de placenta pueden ser citados como las causas más importantes de morbilidad tanto materna como fetal en el período gestacional. ¹⁻²

Aunque muchas de las entidades arriba citadas traen como consecuencia una hemorragia puerperal superior a lo normal también es cierto que en embarazos totalmente normales la madre eventualmente puede culminar con un sangrado postparto masivo que lleve a ser una verda-

dera urgencia obstétrica. Para recalcar la importancia en obstetricia de esta entidad, la hemorragia post-parto será bueno recordar las palabras expresadas por John Kelly al reconocer ésta entidad como el problema más serio en obstetricia junto con la retención de la cabeza última en un parto pélvico.³

Este tipo de problema tiene como la mayoría de las alteraciones patológicas que ocurren en medicina, su capítulo preventivo y cuyas condiciones deben ser conocidas por cualquier persona que se entrene en la atención de partos dado que su frecuencia implica un conocimiento del problema; así tenemos por ejemplo que la paciente con un útero sobredistendido independientemente de la causa de ésta es candidata a hacer hipotonía uterina, los ejemplos más clásicos son los de aquellas mujeres que tiene polihidramnios, embarazos gemelares, o productos macrosómicos; la gran multipara, la paciente con un trabajo de parto muy prolongado, la madre anémica, hipovolémica o toxémica son fuertes candidatos a la presencia de cuadros de sangrado puerperales debido, cada una de ellas, a la presencia de patología base condicionante y en no pocas veces a la mezcla de más de dos de ellas; un capítulo especial merece la embarazada que tiene una discarsia sanguínea con predisposición a la hemorragia, así como también aquellas que por alguna causa tal como la aplicación previa de prótesis valvulares cardíacas ingiera anticoagulantes; en este grupo evidentemente las pre -

cauciones deben ser seriamente consideradas.³⁻⁵

En nuestro medio se ha dicho que la causa más frecuente de hemorragia postparto inmediata es la hipotonía uterina, sin embargo no debemos de olvidar el papel que juegan las laceraciones cervicovaginales que se presentan sobre todo después de un parto operatorio, ni de las retenciones placentarias. Es más, quizás la presencia de hipotonía se encuentre un poco exagerada en cuanto al diagnóstico de su frecuencia dado que muchas de estas pacientes es factible que tengan desgarros miometriales que impidan una correcta hemostasia fisiológica.

Si el problema hemorrágico se presenta lo más importante es la actuación del médico y los métodos que el emplea. Como en todas las emergencias cuando se presenta un caso de hemorragia postparto las características físicas de los actores en el caso son tales que muchas veces se puede caer en el desorden; no es preciso la actuación exagerada ni desmedida así como tampoco multiórdenes, muchas de ellas inútiles, ni la presencia de gente en exceso para solucionar el caso. Lo más importante es decidir la conducta terapéutica: permeabilizar una o dos venas, cruzar sangre, mantener permeables las vías aéreas y tener una sonda vesical. Si después de la realización de los procedimientos comunes para hacer ceder el sangrado (uso de ocitocicos, revisión de cavidad y extracción de restos, masaje uterino, compresión de arterias uterinas, colocación de compresas, etc., muchos de los cuales

son discutibles y cuya exposición escapa a nuestros objetivos, el obstetra se decide por la realización de una histerectomía; el procedimiento debe de ser lo más rápido posible y su elaboración llevada a cabo bajo las reglas generales de cirugía y particulares para este caso.⁸⁻¹⁰

En el hospital de gineco, obstetricia número dos del Centro Médico Nacional del I.M.S.S. se ha analizado en publicaciones previas la presencia e incidencia de la histerectomía obstétrica puerperal por sangrado englobando a aquellas pacientes a quienes se les realizó el procedimiento trans o postcesárea y a aquellas a las que se les hizo post-parto.^{4, 8, 10} Como fue establecido en nuestros objetivos lo que se trato de conocer fue la frecuencia y las condiciones en las cuales se desarrollaba la histerectomía obstétrica postparto exclusivamente. Este procedimiento difiere del trans o postcesárea en que su elaboración se ve retardada en primer lugar por la duda diagnóstica muchas veces ya que trabajamos practicamente "a ciegas", otro factor contemporizador es el hecho de que el sangrado puede ceder momentáneamente para volverse a instalar, esto es característico de las hipotonías en fases tempranas; también el hecho de que la paciente no este en una sala de cirugía propiamente dicha puede retardar la ejecución del procedimiento y esto, eventualmente, ser una causa de mayor morbilidad materna.

En la revisión de nuestros casos llevada a cabo en el periodo de un año encontramos en primer lugar que la edad de las pacientes en que se presentó este fenómeno de sangrado postparto que culminó en histerectomía, no vario de la de cualquier otro grupo de pacientes obstétricas; esto puede tener su relevancia en el hecho de que algunos han considerado que la hemorragia postparto aumenta con la edad de las pacientes y nosotros no lo observamos en este grupo; sin embargo debemos de recordar que aquí analizamos sólo a las pacientes con sangrado de tal magnitud que las llevo a la histerectomía y no aquellas que sangran y su episodio puede ser controlado con medidas médicas generales.

Ya ha sido evidenciado en publicaciones previas el hecho de que los antecedentes de sangrados puerperales previos traen como consecuencia, probablemente no explicable, un nuevo episodio hemorrágico - postparto en el siguiente embarazo; ^{1, 3, 5} en los hallazgos de nuestros casos encontramos que ninguna de las pacientes tuvo este antecedente, pero sin embargo el 13.8 % de las embarazadas a quienes se les realizo histerectomía postparto por sangrado tenían el antecedente de sangrado en la gestación en cuestión correspondiendo el 50% a cuadros de amenaza de aborto del primer trimestre, el 25% a placenta previa y el otro 25% a sangrado de causa no determinada del tercer trimestre. Al respecto de este último es importante considerar que

aunque la placenta previa y el abrupcio placentae ocupa de la mitad a las dos terceras partes de las causas de sangrado del tercer trimestre debemos estar alertas, después de descartar estos diagnósticos, a causas menos comunes pero también serias tales como la placenta circunvallata, los vasos previos etc. condiciones que rara vez son medionadas y que son substituidas por el término de hemorragia del tercer trimestre de causa no determinada.

De las complicaciones de la gestación no es extraño observar a la toxemia como la principal en este grupo de pacientes y se dice que no es raro por dos situaciones; la primera que en nuestra unidad en general es la complicación más frecuente y en segundo lugar porque es una causa practicamente de manera universal reconocida como predisponente de la hemorragia post parto. El 34.5 % encontrados en nuestras pacientes es superior al 12 % que tenemos en la población en general por lo que podríamos concluir a este respecto que su presencia definitivamente debe de mantenerlos alerta ante la posibilidad de una hemorragia severa en el postparto. Las demás complicaciones parecen no tener relación con el problema hemorrágico que presentaron estas pacientes.

Solamente cuatro de 27 casos (ya que dos fueron puerperas al llegar al hospital) tuvieron que ser manejados con ocitocina para acelerar la culminación de la gestación; esto da un 14.8 % que de ninguna ma-

nera adjudica a la droga características tales que pueda considerarse su uso como predisponente en cuando a la hemorragia severa post-parto.

Llama profundamente la atención el hecho de la presencia de un 44.4% de partos precipitados y 18.5% de trabajos de parto prolongados.

Tanto una como la otra condición han sido referidas como causales de hemorragias postparto: la primera por el eventual desarrollo de laceración tanto en el utero como en cervix y vagina y la segunda debido al estado de las fibras musculares uterinas que después de largo tiempo de trabajo de parto disminuyen su capacidad de contracción en parte debido a una prolongación de su período refractario absoluto. Además a lo anterior se añade la generalmente mala condición general materna, su estado de hidratación y cansancio general experimentado después de este período.³

Los hallazgos de la revisión de cavidad mostraron una incidencia de casi el 60% de hipotonía uterina. Como en los hospitales de Enseñanza la realización de este procedimiento (revisión de cavidad) es hecha dos o tres veces antes que el médico que debe decidir la cirugía la haga hay serias dudas de que fue primero si la hipotonía y dió lugar al sangrado o si el sangrado por cualquier otra causa trajo como consecuencia a la hipotonía debido a la disminución del O₂ disponible y de otra sustancia energética necesarias para la contracción mus

cular adecuado y que son transportadas por la circulación general.

Los siete casos de inserción anormal de placenta no fueron demostrados histopatológicamente y esto afirma nuestra suposición inicial sobre el hecho de los desgarramientos miométriales que incluso pueden ser confundidos en una revisión de cavidad con el sitio de inserción placentaria. También apoya la hipótesis de la falta de diagnóstico de otras entidades como causales de sangrado en la gestación. El estallamiento cervical y la inversión uterina son ejemplos de una mala atención del parto o de la aplicación (en dos de los tres casos) de fórceps para la extracción del producto; es claro que estos casos de inversión (uno) y estallamiento (tres) son totalmente previsibles y aumentan innecesariamente la morbilidad de la madre.

En relación al sangrado hemos de mencionar que su cantidad promedio fué muy superior a las 1.500, ¹ aceptados en éste tipo de cirugía.

Aunque el cálculo de la hemorragia trans y preoperatoria puede ser muy variable y subjetivo; hemos de reconocer que la cifra encontrada en éste trabajo es muy superior y la única explicación puede ser o a retardo en la decisión quirúrgica (que es muy habitual en estos casos por los hechos ya comentados) ó bien pacientes con patología de base (como la toxemia por ejemplo) que predisponen al sangrado, y por último una deficiente técnica quirúrgica. A éste respecto hemos de recordar que en éste tipo de cirugías deben abortarse tan pronto como

sea posible los casos uterinos para impedir el sangrado y que en casos graves la histerectomía subtotal está indicada con fines de prevenir la hemorragia.

En relación con las complicaciones transoperatorias encontramos al sangrado postquirúrgico como la principal siendo esto importante y altamente significativo ya que pudiese ser criticable el hecho de realizar una cirugía hemostática y que la paciente siga sin sangrado. Quizá la explicación sería el hecho también ya multicomentado de que la presencia de patología hemorrágica de base permanece operando en la paciente. Hubo otras complicaciones algunas derivadas de una técnica quirúrgica no muy depurada y otras banales como infección de episiónaffa pero ninguna de ellas con cifras porcentuales altas y de difícil valoración comparativa por el número de casos con otras series de histerectomías obstétricas.

De los hallazgos histopatológicos resalta el edema y hemorragia del miometrio que es una imagen habitual en casos de sangrado por la infiltración propia de este evento. Los demás son eventos casuales y sin ninguna relevancia. Al respecto del análisis de estos hallazgos lo más importante es probablemente lo que no se encontró, o sea, que ningún caso tuvo implantación placentaria anormal ni en cuanto a sitio o penetración placentaria por lo que tales pacientes tuvieron sangrados de causa no orgánica cuando menos demostrable por histopatología.

CONCLUSIONES:

- 1.- El tema de la histerectomía post-parto ha sido analizado en pocas ocasiones por si solo, más bien su estudio se ha englobado en el de la histerectomía obstétrica en general.
- 2.- La elaboración de éste procedimiento quirúrgico prácticamente es decidida por problemas hemorrágicos y la oportunidad en su ejecución es determinante para el análisis de sus cifras de morbilidad.
- 3.- En el grupo de pacientes analizado en este trabajo el antecedente de sangrados puerperales en embarazos previos no fue de interés para establecer el riesgo de nuevo sangrado; lo que si fue significativo es la presencia de hemorragia en la gestación en cuestión.
- 4.- La toxemia, principal complicación materna en nuestro hospital, ha sido catalogada en múltiples publicaciones como una patología que predispone a la hemorragia puerperal; en este trabajo el 35% de las pacientes tuvieron algun grado de toxemia por lo que estamos manifestando que esta es en nuestro medio, como ya se ha mencionado, un terreno sobre el cual puede implantarse un proceso hemorrágico.

- 5.- El 44.4 % de partos precipitados que fueron encontrados es una cifra estadísticamente significativa que le da a este problema un lugar importante como desencadenante de la hemorragia.
- 6.- Aunque la inserción baja de la placenta es causa conocida de sangrado postparto y preparto en este trabajo clínicamente solo se comprobó en siete e histopatológicamente en ninguna.
- 7.- El sangrado fue muy superior al referido como promedio en este tipo de cirugía.
- 8.- Desde el punto de vista estrictamente quirúrgico no hubo complicaciones estadísticamente significativas mayores en relación con esta cirugía llevada a cabo en otras condiciones (programada).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Hellman M.L., Pritchard J.A.: *Obstetricia de Williams*, Editorial Salvat, 1007, 1978.
- 2.- Benson C.R.: *Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico* Edit. el Manual Moderno S.A. Pag. 720-722, 1979.
- 3.- Abdul Karim: *Hemorragia PostParto. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica*. Pag. 595-605 Sept. 1976.
- 4.- Tamayo, J.D.: *Hemorragia Post Partum*. Ginec. Obstet. Méx. 20:729, 1963.
- 5.- Vitse M.: *Hemorragia Post Parto secundaria*. Rev. Franc. Gynec. 76:401, 1976.
- 6.- Dosal de la Vega M.: *Análisis de 32 casos de histerectomía durante el estado grávido puerperal*. Ginec. Obstet. Méx. 18: 21, 1963.
- 7.- Nenbecker R.: *Placenta acreta, increta y percreta*. Obstet. Gynec. 49:43, 1977.
- 8.- Bazán, S., et al: *Indicaciones de la histerectomía de urgencias en Obstetricia*. Rev. Med. I.M.S.S. 13:162, 1974.
- 9.- Uribe, C.E.; Reyes C.L. y Zamora J.O.: *La Histerectomía como Recurso en la Obstetricia Actual*. Ginec. Obstet. Méx. 43:113, 1978.
- 10.- Reynoso L.R.: *Histerectomía obstétrica*. Ginec. Obstet. Méx. 34:187, 1973.