



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

~~11217~~
11217

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Gineco Obstetricia No. 3
Centro Médico "La Raza"

189
20

Davis

ANALISIS DE 33 CASOS DE CESAREA
HISTERECTOMIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO EN
LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DR. HECTOR ELMER SKEWES RAMIREZ



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE COPIA

1988



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.

C O N T E N I D O

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

JUSTIFICACION

OBJETIVO

HIPOTESIS

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

RESUMEN

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

En 1768 Joseph Cavallini de Florencia, realizó la primera Cesárea Histerectomía en forma experimental en animales de laboratorio. En 1809 G.P. Michaelis y en 1823 James Blundell, aunque también limitaron su experiencia a los animales de laboratorio, arguyeron que podría efectuarse con éxito una histerectomía después de la cesárea en la mujer (13). El 21 de junio de 1869, Horatio Robinson Storer ejecutó la primera Cesárea Histerectomía documentada en una paciente viva en Estados Unidos. La intervención se llevó debido a que la pélvis se encontraba obstruida por un tumor. Después del nacimiento del niño y a juicio de Storer se efectuó la histerectomía por considerarse que el sangrado ponía en peligro la vida de la paciente. La paciente murió tres días después. (13, 16)

Siete años más tarde, Eduardo Porro de Milán describió en un trabajo muy detallado la primera cesárea histerectomía en la cual madre e hijo sobrevivieron. La paciente de Porro, Julia Cavallini de veinticinco años de edad era una enana primigesta de 1.24 m. de talla con una deformación pélvica por raquitismo, (3, 13, 16). Posteriormente los cirujanos sajones empezaron a efectuar con mas liberalidad la cesárea histerectomía no sucediendo lo mismo con los latinoamericanos que

nes hasta la fecha continúan siendo más conservadores. En -
nuestro país la primera cesárea hysterectomía fué efectuada -
el doce de marzo de mil ochocientos cuarenta y cuatro por -
Rodríguez Arangoiti, muriendo la paciente y con sobrevida del
producto (13).

En la actualidad la operación es aceptada universalmen -
te, pero continúa teniendo un alto índice de morbimortalidad
(3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18).

Las indicaciones actuales de la cesárea hysterectomía -
son múltiples, sin embargo básicamente se dividen en urgentes-
o indicadas y electivas. En el primer caso tenemos las alte-
raciones placentarias, ruptura uterina, atonía uterina duran-
te la cesárea, y laceraciones uterinas. (17) En la cesárea -
hysterectomía planeada no urgente están; fibromiomas uteri-
na, neoplasia intraepitelial cervical y corioamnioitis. Como
indicaciones electivas tenemos; cesárea de repetición con ci-
catriz defectuosa y cesárea con fines de esterilización (17).

El objetivo del presente trabajo fué analizar la expe -
riencia del Hospital de Gineco Obstetricia número tres del -
Centro Médico "La Raza" en Cesárea Hysterectomía, evaluar las

indicaciones, complicaciones y mortalidad, y determinar si es posible disminuir la morbilidad mediante la práctica más frecuente de la intervención.

MATERIAL Y METODOS

Del Archivo del Hospital de Gineco Obstetricia números del Centro Médico "La Raza", se analizaron treinta y tres expedientes de pacientes sometidas a Cesárea Histerectomía y se tabularon los siguientes datos:

1. Datos Generales: Edad, paridad
2. Datos de la Gestación: Edad gestacional, peso del pro ducto, Apgar y mortalidad neonatal.
3. Indicaciones de la Cesárea
4. Morbilidad de la cesárea
5. Indicaciones de la histerectomía
6. Morbilidad de las histerectomías
7. Mortalidad materna
8. Comparación de los resultados con los reportes de la - literatura mundial.

RESULTADOS

Edad de las pacientes: El 7.7 % de las pacientes tuvieron una edad comprendida entre 15 y 19 años, 51.3 % entre 20- y 30 años y 41 % de 31 a 44 años. La edad promedio de las - pacientes fué de 30 años. (Tabla I)

Número de Gestaciones: La mayoría de las pacientes fueron multiparas (21), 4 fueron primigestas y 9 secundigestas (Tabla II).

Antecedentes de Cesárea: Catorce pacientes tuvieron una cesárea, siete dos y dos pacientes tres. (697 %)

Datos de la Gestación:

Semanas de gestación: diez y ocho pacientes tuvieron menos de 37 semanas y quince pacientes de 38 a 42 semanas (Tabla IV).

Peso de los productos: Doce productos fueron prematuros y el resto de término;

Apgar: Se consigna en (Tabla V).

(TABLA I)

CESAREA HISTERECTOMIA

EDAD

EDAD	NUMERO	%
15-19 Años	2	7.7
20-30 Años	17	51.3
31-44 Años	14	41.0
T o t a l	33	100.00

Fuente: H.G.O. No. 3 C.M.R. I.M.S.S

(TABLA II)
CESAREA HISTERECTOMIA

GESTACIONES

GESTACIONES	NUMERO	%
Gesta I	4	12.13
Gesta II	9	27.27
Multiparas	20	60.60
T o t a l	33	100.00

Fuente: H.G.O. No. 3 C.M.R. I.M.S.S.

(TABLA II)
CESAREA HISTERECTOMIA
GESTACIONES

GESTACIONES	NUMERO	%
Gesta I	4	12.13
Gesta II	9	27.27
Multiparas	20	60.60
T o t a l	33	100.00

Fuente: H.G.O. No. 3 C.M.R. I.M.S.S.

(TABLA III)
CESAREA HISTERECTOMIA
CESAREAS PREVIAS

CESAREAS PREVIAS	NUMERO	%
I Cesárea	14	42.42
II Cesáreas	7	21.21
III Cesáreas	2	6.06
T o t a l	23	69.69

Fuente: H.G.O. No. 3 C.M.R. I.M.S.S.

(TABLA IV)
CESAREA HISTERECTOMIA
SEMANAS DE GESTACION

SEMANAS DE GESTACION	NUMERO	%
20 - 28	1	3.03
29 - 32	2	6.06
33 - 36	13	39.39
37 - 42	17	51.52
T o t a l	33	100.00

Fuente: H.G.O. No. 3 C.M.R. I.M.S.S.

(TABLA V)
CESAREA HISTERECTOMIA

APGAR

APGAR	NUMERO	%
0	3	8.58
1 - 5	4	11.43
6 - 7	5	14.28
8 - 10	19	54.28
No consignado	4	11.43
T o t a l	35	100.00

Fuente: H.G.O. No. 3 C.M.R. I.M.S.S.

DISCUSION

La frecuencia con la que se efectúa la cesárea histerec-
tomía varía según los diferentes informes de 1.07 a 8.7 % -
(1, 2, 3, 13). En nuestro análisis fué de 3.8 % la edad y-
multiparidad, de algunas pacientes indudablemente contribuyó -
como factor predisponente la placenta previa, desprendimiento
prematureo de placenta, acretismo placentario y atonía uterina;
pues es un hecho conocido que la placenta previa es una pato-
logía de la cuarta década de la vida (1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, -
13, 16, 17, 18), y de mujeres multíparas según nuestro aná -
lisis la edad promedio de las pacientes fué de treinta años, -
superior a la de la población general atendida en el Hospital
de Gineco Obstetricia número tres del Centro Médico "La Raza",
empero el mayor porcentaje se presentó en pacientes con edad-
entre veinte y treinta años siendo natural, ya que es el pe -
riodo de mayor actividad genésica. Otro factor importante -
encontrado dentro de los antecedentes fué la historia de cesá
rea previa (69.7 %) pues está demostrado que la presencia -
de cicatriz uterina contribuye al incremento de la placenta -
previa y al acretismo placentario (1, 4, 14). La ruptura -
uterina, extensión de la histerotomía, dehiscencia de cicatriz

con prolongación de la misma, constituyeron eventos devastadores que no sólo provocaron la muerte del feto como ocurrió en una de nuestras pacientes sino que ocasionaron una gran morbimortalidad materna (1, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18)

El creciente número de cesáreas casi todos los hospitales del mundo esta propiciando un gran número de casos potenciales de rupturas uterinas (2, 14, 15). En nuestra casuística este evento estuvo presente en 3.03% de las pacientes - Plauché (14) en ocho mil quinientos setenta y tres casos de cesáreas encontró veintitres con ruptura uterina secundaria a una cicatriz previa de cesárea; Ahued (1), en ciento treinta y dos cesárea histerectomías encontró 12.88 % de rupturas - y Yusman en un estudio que incluyó diez y seis publicaciones - de 1944 a 1966 encontró una incidencia de 1:93 a 1:11354, - partos (18).

Otro dato encontrado en nuestro análisis fué el alto porcentaje de prematuridad (36.4 %), superior al registrado - en el Hospital de Gineco Obstetricia número tres del Centro - Médico "La Raza" en 1987 y al encontrado por nosotros en un - estudio de ochocientas cincuenta cesáreas de 22 y 21.6 % respectivamente. También la tasa de mortalidad de ochenta y -

cinco por mil nacidos vivos, nos indica la gravedad de los cuadros clínicos en los que se practicó la cesárea histerec-tomía.

Las indicaciones de la cesárea se señalan en la tabla - VI, correspondiendo a las anomalías placentarias el - 39.4 %, a las enfermedades hipertensivas 27.3 % y el resto a indicaciones que en sí no representan un riesgo importante, - como son Desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal, presentación pélvica y primigesta añosa. No así las indicadas - por ruptura uterina, y cesárea iterativa; que conllevan ma - yor mortalidad . Estas indicaciones son diferentes a las reportadas por otros autores (1, 2, 3,), ya que tienen carac - terísticas propias como lo es el elevado índice de enfermeda - des hipertensivas, que en nuestro caso se debe fundamentalmen - te al hecho de que en el hospital donde laboramos se concen - tran exclusivamente embarazos de alto riesgo.

Como era de esperarse, los hallazgos transoperatorios - son coherentes con la patología previa, esto es el acretismo placentario, el útero de Couvelaire, las lesiones vesicales, dehiscencia de cicatriz y ruptura uterina entre otras. Da - tos que están de acuerdo con los reportados por otros auto -

(TABLA VI)

CESAREA HISTERECTOMIA

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS

HALLAZGOS	NUMERO	%
Acretismo Placentario	7	21.21
Placenta Previa Central Total	7	21.21
Ruptura Uterina	4	12.12
Desprendimiento Prematuro de Placenta-		
Normoinserta	4	12.12
Utero de Couvelaire	4	12.12
Desgarro vesical	1	3.03
Dehiscencia de cicatriz uterina	1	3.03
Sangrado del Lecho Placentario	1	3.03
Miomatosis Uterina	1	3.03
T o t a l	30	90.09

Fuente: H.G.O. No. 3, C.M.R. I.M.S.S.

(TABLA VI⁴)
 CESAREA HISTERECTOMIA
 INDICACIONES DE LA CESAREA

INDICACIONES	NUMERO	%
1) ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS:		27.28
a) Preeclampsia exclusivamente	4	
- Embarazo Gemelar	2	
- Baja Reserva Fetal	1	
b) Eclampsia	2	
II) ANORMALIDADES PLACENTARIAS		39.39
a) Inserción Baja de Placenta	6	
- Iterativa	2	
- Ruptura Prematura de Membranas	1	
- Baja Reserva Fetal	1	
b) Placenta Previa Central Total	1	
c) Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta	2	
III) DESPROPORCION CEFALOPELVICA EXCLUSIVAMENTE	2	12.12
- Sufrimiento Fetal Agudo	1	
- Periodo Intergenésico Corto	1	
IV) SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	2	6.06
V) RUPTURA UTERINA		6.06
- Sufrimiento Fetal Agudo	1	
- Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta	1	3.03
VI) ITERATIVA	1	
VII) PRIMIGESTA AÑOSA	1	3.03
VIII) PRESENTACION PELVICA	1	3.03
T o t a l	33	100.00

res (1, 5, 7, 11, 13, 14, 15, 16, 18). Las complicaciones de la cesárea como la atonía uterina (36.4 %) y la ruptura uterina provocaron sangrado severo y consecuentemente un número importante de pacientes presentó choque hipovolémico, con las consecuencias que de éste se derivaron como fueron, coagulopatía dilucional, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda y sangrado postoperatorio.

De las complicaciones de la cesárea y los hallazgos transoperatorios, es evidente que la cesárea histerectomía se ejecutó como cirugía de urgencia, y no como un acto planeado; - éste naturalmente incrementó la morbimortalidad en forma catastrófica y marcó la diferencia con los procedimientos electivos en los cuales la morbimortalidad es muy baja (3, 4, - 13, 14). Es por ello que las estadísticas de comunicaciones en las que se agrupan cesáreas histerectomía de urgencia con casos electivos dan una falsa impresión respecto a pérdida sanguínea, morbilidad y mortalidad. En nuestro análisis no hubo cesáreas histerectomías por procesos sépticos, carcinoma cervicouterino "in situ" o electivas; estas últimas no las aceptamos en nuestro hospital a pesar de que es una práctica corriente en otras unidades hospitalarias (3, 4, 13, 14), -

(TABLA VIII)
 CESAREA HISTERECTOMIA

INDICACIONES

INDICACION	NUMERO	%
Atonía Uterina	12	36.36
Acretismo Placentario	7	21.21
Ruptura Uterina	4	12.12
Utero de Couvelaire	4	12.12
Sangrado del borde de la Histerotomía	1	3.03
Hematoma Retroperitoneal	1	3.03
Laceración de Arteria Uterina	1	3.03
Dehiscencia de cicatriz uterina	1	3.03
Sangrado del lecho placentario		3.03
T o t a l	31	100.00

Fuente: H.G.O. No. 3, C.M.R. I.M.S.S.

(TABLA VII)
CESAREA HISTERECTOMIA
COMPLICACIONES DE LA CESAREA

COMPLICACIONES	NUMERO	%
Atonia Uterina	12	36.36
Shock Hipovolémico	7	21.21
Trastornos de la Coagulación	7	21.21
Sangrado del Borde de la Histerotomía	1	3.03
Laceración de Arteria Uterina	1	3.03
T o t a l	28	84.84

Fuente: H.G.O. No. 3, C.M.R. I.M.S.S.

desde que Edward Davis en 1950 introdujo dicha operación como un método electivo para la esterilización , aduciendo que "en las mujeres cercanas al fin de su periodo reproductivo en quienes el útero ya no va a desempeñar una función útil" se justifica la cesárea histerectomía y "que cuando la paciente ya no le interesa la reproducción se puede prescindir del útero, pues en última instancia, el envejecimiento del órgano no deja de predisponer a la degeneración y a enfermedades graves". Señaló además que "la resección del útero después del parto no interfiere con la vida sexual normal, sino que en realidad la mejora.

La vagina plástica y amplia, combinada con la ausencia-- de todo temor respecto a concepción culmina en una vida conyugal feliz" (13). Desde entonces la cirugía por este concepto ha tenido sus seguidores y sus detractores, empero en nuestra opinión la salpingoclasia subsecuente a la cesárea es un método más seguro que no agrega morbimortalidad a la cesárea.

Complicaciones de la Cesárea Histerectomía.

La presencia de vasos notoriamente dilatados en la pel-

(TABLA IX)
CESAREA HISTERECTOMIA
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

COMPLICACIONES	NUMERO	%
Sangrado Postoperatorio	13	39.39
Sangrado de Pedículos	07	21.21
Hematomas retroperitoneales	07	21.21
Sangrado de Cúpula Vaginal	07	21.21
Trastornos de la coagulación	07	21.21
Fallecimientos	03	9.09

Fuente: H.G.O. No. 3, C.M.R. I.M.S.S.

vis durante la gestación provocan con mucha frecuencia sangrados incontrolables, por lo que es imperativa una hemostasia - meticulosa, debiendose ligar cada vaso apreciable, incluso - algunos que fuera del embarazo no son visibles como la arteria de Sampson situada entre las dos hojas del ligamento ancho, y que se evidencia cuando se seccionan los ligamentos redondos, por el sangrado que produce, que no sólo es molesto sino que puede ocasionar pérdidas notables de sangre en el curso de la operación (9, 14). En ocasiones el sangrado puede ser tan importante que se requiera de la ligadura de las arterias hipogástricas, nosotros lo efectuamos en siete - pacientes, aunque en nuestro caso, fué como una medida heroica, cuando la paciente estaba en estado de choque, con trastornos de la coagulación y con grandes hematomas de pedículos o retroperitoneales y en estas circunstancias como recalcan Reich y Nechtow (10, 14) el mayor riesgo de la ligadura de las arterias hipogástricas es esperar demasiado para practicarla; el mecanismo por el cual se detiene el sangrado según Burchell (10) es que el ligar ambas arterias hipogástricas se elimina casi totalmente la presión del pulso en la porción distal de la ligadura, con una disminución de 85 % de dicha presión cuando se ligan ambas arterias, de tal forma que el -

(TABLA X)
CESAREA HISTERECTOMIA
MORBILIDAD TARDIA

TIPO	NUMERO	%
Fistula Vesico-Vaginal	1	3.03
Fistula Vesico-Cutánea	1	3.03
Dehiscencia de Pared	1	3.03
T o t a l	39	9.09

Fuente: H.G.O. No. 3, C.M.R. I.M.S.S.

efecto de la ligadura consiste en cambiar un sistema arterial pulsátil en otro semejante al flujo venoso permitiendo la formación de coágulos en la porción distal de la ligadura (10).

Otras complicaciones como las fistulas vesicales, infección de cúpula vaginal, absceso de pared abdominal y celulitis pélvica se diagnosticaron en el post operatorio tardío.

La frecuencia de estas complicaciones fué del 12.12 %, cifra relativamente baja si la comparamos con la serie de Park (Tabla XI).

La complicación más grave de la cesárea histerectomía es la muerte de la paciente. En nuestro caso en dos pacientes la muerte hubiese sobrevenido independientemente de si se le hubiese efectuado o no la Histerectomía por las complicaciones de la eclampsia (hemorragia cerebral e insuficiencia renal y C.I.D.). La única paciente que atribuimos al procedimiento quirúrgico fué la paciente muerta en quirófano por choque hipovolémico, y que representa el 3.03 % de las pacientes. Cifra aún alta si la comparamos con la serie de Plauché (14) de 0.73 % en cinco mil doscientas veinte operaciones y la de Park (13), 0.71 % en una serie de tres mil

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

(TABLA XI)

COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE LA CESAREA HISTERECTOMIA
 REVISION DE LA LITERATURA 1951-1984, N=5220

	NUMERO	%
Hemorragia Postoperatoria	172	3.3
Laceración Vesical	144	2.8
Lesión Ureteral	23	0.44
Fístula		
Vesicovaginal	24	0.46
Ureterovaginal	5	0.1
Rectovaginal	1	0.1
T o t a l	30	0.57
Eventos tromboembólicos	27	0.52
Morbilidad Puerperal (media de 10 estudios que la comunican)		35.3
Mortalidad materna	38	0.73

Fuente: Plauché, C.W. Cesárea Histerectomía: Indicaciones -
 Clin. Obstet Ginecol, 29 (2), 409

novecientos trece cesáreas histerectomías. Por su parte -
Barclay (4) reporta 1.3 % en mil operaciones y Ahued 5.8 % -
en ciento treinta y dos casos (1), (Tabla XII).

Respecto a los días de estancia hospitalaria fué muy nota -
ria entre las pacientes que no sufrieron reintervenciones o -
complicaciones y las que fueron sometidas a Laparotomía por -
sangrado postoperatorio, para las primeras el promedio fué de -
siete días y para las últimas de quince días. Las pacientes -
que mayor estancia hospitalaria tuvieron fueron las que presen -
taron fístulas vesicales (26 y 35 días respectivamente), -
explicándose ésto por los días que fueron sometidas a drenaje -
vesical, para evitar las fístulas que finalmente se presenta -
ron.

El sangrado transoperatorio también fué variable, pues --
mientras en algunas pacientes se calculó en 800 ml. hubo una -
paciente en que dicho cálculo se fijó en 5,000 ml. y dentro de -
este rango el promedio fué de 2,100 ml. por paciente. Lo -
mismo podemos decir respecto a las transfusiones que en gene -
ral requirieron de dos a ocho unidades de paquete globular y -
plasma. Algunas pacientes recibieron crioprecipitados y con -
entradas plaquetarias hasta un total de cuarenta en una pacien -
te.

(TABLA XII)

COMPLICACIONES ASOCIADAS CON LA OPERACION CESAREA HISTE-
RECTOMIA.

AUTOR	NUMERO DE CASOS	MORTALIDAD PERI OPERATORIA	%
EASTERDAY	133	0	
BRENNER	198	0	
LANGER	138	0	
AMIRIKIA	56	1	1.8
BARCLAY	1000	13	1.3
MORTON	1250	3	1.2
MICKAL	384	0	
PLETSCH	169	0	
ALFORD	272	1	0.37
DAVIS	140	0	
HAYNES	149	1	0.7
SCHNEIDER	249	0	
WEBB	72	0	
PREVEDOURAKIS	79	8	10.1
AARO	23	0	
PATTERSON	327	1	0.31
LOPEZ LLERA			11.76
DOSAL DE LA VEGA			9.37
KARCHMER			9.0
CHAVEZ AZUELA			8.3
CASTELAZO AYALA			5.8
RUIZ VELASCO			3.5
ESTUDIO ACTUAL	33	1	3.03

Fuente: Park, C.R., Duff, P.W. Papel de la Cesárea Histerec-
tomía en la Practica Obstétrica Moderna. Clin Obstet
Ginecol. 23 (2): 611, 1980. LA CIRUGIA DURANTE EL
ESTADO GRAVIDO PUERPERAL; ASOCIACION MEXICANA DE GI-
NECOLOGIA Y OBSTETRICIA, 1975, MEXICO D.F.

RESUMEN

En el Hospital de Gineco Obstetricia Número tres, del Centro Médico "La Raza", se realizaron treinta y tres cesáreas histerectomías efectuadas en el año de 1987 encontrándose una frecuencia en relación a cesáreas de 3.8 %

El 41 % se efectuó en pacientes de treinta a cuarenta y cuatro años de edad y de las cuales el 52 % fueron multíparas, tenía cesárea previa el 69.7 % de las pacientes, hubo un total de 36.4 % de prematuros, con tres muertes perinatales.

LAS INDICACIONES DE LA CESAREA FUERON

- Anormalidades de Inserción Placentaria	39.39 %
- Enfermedades Hipertensivas del embarazo	27.28 %
- Desproporción Cefalopélvica	12.12 %
- Sufrimiento Fetal Agudo	6.06 %
- Ruptura Uterina	6.06 %
- Cesárea Iterativa	3.03 %
- Primigesta Añosa	3.03 %
- Presentación Pélvica	3.03 %

Las complicaciones de la Cesárea fueron:

- Atonía Uterina	12 Casos
- Shock hipovolémico	7 Casos
- Trastornos de la Coagulación	7 Casos
- Sangrado de la Histerotomía	1 Caso
- Laceración de la arteria uterina	1 Caso

Las indicaciones de la Cesárea-Histerectomía fueron:

- Atonía Uterina	12 Casos
- Acretismo placentario	7 Casos
- Ruptura Uterina	4 Casos
- Utero de Couvelaire	4 Casos
- Sangrado de la Histerotomía	1 Caso
- Hematoma retroperitoneal	1 Caso
- Laceración de arteria uterina	1 Caso
- Prolongación de la Histerotomía	1 Caso
- Sangrado de lecho placentario	1 Caso

Las complicaciones postoperatorias fueron: Sangrado postoperatorio en trece pacientes, requiriendo siete, ligadura de arterias hipogástricas por sangrado incontrolable.

Las complicaciones tardías (9.09 %) fueron dos fistulas: Una vesicovaginal y una vesicocutánea. Se presentó una dehiscencia de pared.

La estancia hospitalaria para las pacientes no sometidas a otras reintervenciones fué de siete días. Y de quince días para las que fueron sometidas a Laparotomía por sangrado postoperatorio. El sangrado transoperatorio se calculó entre 800 y 5000 ml. requiriendo de dos a ocho unidades de paquete globular y/o plasma.

La Mortalidad materna depurada fué de 3.03 %

CONCLUSIONES

La Cesárea Histerectomía en nuestro Hospital de Gineco - Obstetricia número tres, del Centro Médico "La Raza" tiene un elevado índice de morbimortalidad; debido a que se efectúa como cirugía no planeada en situaciones de urgencia, a menudo el cirujano retrasa el acto quirúrgico hasta que la paciente se encuentra en Shock Hipovolémico o con trastornos de la coagulación, e incluso es frecuente que por una técnica quirúrgica no meticulosa se tienen que reintervenir a estas pacientes una o más veces, de lo que ya se sabe tiene una elevada morbimortalidad.

Finalmente mencionaremos que con una práctica más frecuente de dicha intervención, en la que participen todos los cirujanos, se logrará disminuir las complicaciones.

Cabe agregar como dato fundamental que la cesárea histerectomía no es una medida heroica, que debe realizarse antes de que surjan complicaciones, además una técnica quirúrgica depurada, permitirá abatir la mortalidad materna a cifras que estén de acuerdo con los reportados a la literatura mundial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ahued, A.J.R. Cesárea Histerectomía. Ginec Obstet Mex - 55:47, 52, 1987
2. Angeles, W.A.D., Villalobos, R.M., Valdéz, M. J.D. Castro Ch. J.E. Azuela, Ch. J. Estado Actual de la Cesárea en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" - Ginec Obstet Mex 54: 67-71, 1986
3. Arana, J. Cesárea Histerectomía. Ginec Obstet Mex 40:419, 1976
4. Barclay, L.D., Hawks, B.L., Frueh, D.M., Power, J.D., - Struble, R.H. Elective Cesarean Histerectomy: A 5 yera - Comparison with Cesarean Section. Am. J. Obstet Gynecol,- 124:900, 1976
5. Chávez, A.J. Orozco, C.E., Reyes Ballín, J.M., Mojarro, - S.S. Cárdenas, S.J. Morbimortalidad Materna en la Cesarea Histerectomía. Ginec Obstet Mex. 35:551, 1974
6. Clarck, S.L., Yen, S.Y., Phelan, J.P., Bruce, S. Richard, HP. Emergency Hysterectomy for Obstetric Hemorrhage. - Obstet Gynecol 64:376, 1984.

7. Atkin, D.H. Gertie M.F., Spring, J.A.C. Hemorraghe in -
the Obstetric Patient, 12:163, 1974
8. Escalante, M., Potenciano, M.J., Pérez S.J. Histerecto -
mia en el Estado Grávido Puerperal. Ginec Obstet Mex. -
32:599, 1972
9. Homesley, D.H., Zelenik, S.J. Is There a "best time" for-
Postpartum Vaginal Hysterectomy. AM. J. Obstet Gynecol. -
112: 972, 1972
10. Vela, V.A.V., Hernandez Escorza, F. Ligadura de Arterias-
Hipogástricas. Facultad de Medicina UNAM, 1987.
11. Lucas, E.W., Hemorragia Postparto. Clin Obstet Ginecol. -
23 (2): 649, 1980
12. Palmer, H.R., Kane, G.J., Churchill, W., Goldman, L., --
Komaroff L.A., Cost and Quality in the Use of Blood Bank-
Services for Normal Deliveries, Cesarean Sections, and -
Histerectomies. JAMA, 256:219, 1986.
13. Park, C.R., Duff, P.W. Papel de la Cesárea Histerectomia-
en la Práctica Obstétrica Moderna. Clin Obstet Ginecol, -
23 (2) 611, 1980

14. Plauché, C.W. Cesárea Histerectomía: Indicaciones y -
Complicaciones. Clin Obstet Ginecol. 29 (2): 409, - -
1986.
15. Plauché, C.W., Almen, W; Muller, R. Catastrophyc Uterine
Rupture Obstet Gynecol 64:792, 1984
16. Ron, R.L., Díaz, Z. D., González, G.R., Aznar, R.R. -
Histerectomía Obstétrica. Gínecol Obstet Mex. 202: 187,-
1973.
17. Yussman, A.M. Haynes, M.D. Rupture of the Gravid Uterus.
Obstet And Gynec, 36:115, 1970.