

11217 153
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA

" LUIS CASTELAZO AYALA "



TESIS DE POSTGRADO

ESTADO ACTUAL DE LA
HISTERECTOMIA OBSTETRICA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AUTOR :

DR. ANTONIO VALDEZ TORRES

ASESOR DE TESIS :

DR. ROBERTO VELASCO ALMEIDA



IMSS

MEXICO, D. F. FEBRERO DE 1991



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 está 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

CAPITULO UNO : INTRODUCCION	1
CAPITULO DOS : ANTECEDENTES HISTORICOS	3
CAPITULO TRES : ANTECEDENTES QUIRURGICOS	5
CAPITULO CUATRO : OBJETIVOS	8
CAPITULO CINCO : MATERIAL Y METODOS	9
CAPITULO SEIS : HISTERECTOMIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO	11
CAPITULO SIETE : CESAREA-HISTERECTOMIA	20
CAPITULO OCHO : HISTERECTOMIA DEL PUERPERIO INMEDIATO	32
CAPITULO NUEVE : HISTERECTOMIA DEL PUERPERIO MEDIATO-TARDIO	41
CAPITULO DIEZ : CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFIA	56

HISTERECTOMIA OBSTETRICA

CAPITULO UNO: INTRODUCCION

Uno de los objetivos primordiales de la Obstetricia ha sido el de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas asociadas a la Operación Obstétrica; pues no era muy satisfactorio el obtener un neonato sano a través de una heroica intervención cesarea a costa de sacrificar la vida de la madre. Y es que, hasta la segunda mitad del Siglo XIX, la mortalidad materna asociada al nacimiento vía abdominal era cercana al 100 por ciento, como resultado tanto de procesos sépticos como a hemorragia, por lo que se desarrolló la Cesarea-Histerectomía en un intento de reducir esta excesiva tasa de mortalidad, siendo esta cirugía el primer precedente histórico de la Histerectomía Obstétrica (1) .

A pesar del increíble desarrollo que presenta la Medicina en nuestros días, esta situación permanece vigente. En una revisión hecha por el Comité de Mortalidad Materna del Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" de 1974 a 1987, se encontró que la tasa de mortalidad continúa siendo elevada, aproximadamente del 13.04 X 10,000 (2); destacan -do el hecho de que la hemorragia y la infección continúan siendo la segunda y tercera causa de muerte respectivamente, además de que el 70% de estos casos eran previsibles, reflejándose en algunas de estas muertes la falta de decisión para la realización de una Histerectomía Obstétrica oportuna (3). Posteriormente, en un trabajo realizado por el autor en 1988 a 1989 sobre algunos aspectos de 64 Histerectomías Obstétricas en el parto en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", se encontró una mortalidad materna del 6.3 %, con una relación directamente proporcional entre mayor mortalidad a mayor retardo en la decisión quirúrgica (4) .

Estas experiencias nos motivaron a actualizar y ampliar el estudio de la Histerectomía Obstétrica, considerando a esta cirugía como aquella que se realiza en cualquier momento del estado gravido-puerperal (5), lo que le da un amplio sentido y espectro quirúrgico, y que nosotros clasificamos en 4 grupos de forma similar al reporte de MORINI (6), por tener cada grupo características muy individuales que los hacen diferentes entre sí para fines de comparación. Estos grupos son :

GRUPO I : HISTERECTOMIA OBSTETRICA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

Se considera como aquella Histerectomia realizada en el curso de las primeras 20 semanas de gestacion, y que por lo general se indica por:

- complicaciones infecciosas de un aborto,
- complicaciones hemorragicas de un aborto, o incluso de un embarazo ectopico; y
- como parte del manejo de la Enfermedad Trofoblastica Gestacional.

GRUPO II: CESAREA-HISTERECTOMIA

Esta debe definirse estrictamente, como lo comenta RUIZ-VELAZCO (7), como aquella en la que se efectua, durante UN mismo acto quirurgico, ambos procedimientos en cualquiera de sus variadas tecnicas, y no incluir en forma erronea como ha sucedido en otros trabajos, a la histerectomia en el postoperatorio inmediato de una cesarea en este grupo. Esta cirugia puede ser indicada o urgente, o electiva o profilactica segun sus indicaciones que se analizaran posteriormente .

GRUPO III: HISTERECTOMIA OBSTETRICA DEL PUERPERIO INMEDIATO

Este grupo incluye a aquellas Histerectomias realizadas en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento por parto o por cesarea, y es indicada en su gran mayoria por algun tipo de complicacion hemorragica de las que se analizaran posteriormente .

GRUPO IV : HISTERECTOMIA OBSTETRICA DEL PUERPERIO MEDIATO-TARDIO

Este grupo incluye a aquellas Histerectomias realizadas posterior a las primeras 24 horas de puerperio hasta tres o cuatro semanas; por lo general esta cirugia se indica para el tratamiento quirurgico de complicaciones infecciosas del puerperio resistentes a tratamiento medico .

Una vez definidos nuestros grupos de estudio, procederemos a revisar algunos antecedentes historicos y quirurgicos que nos ayudaran a entender los objetivos y resultados del presente estudio .

HISTERECTOMIA OBSTETRICA

CAPITULO DOS : ANTECEDENTES HISTORICOS

Ya comentabamos que el primer precedente historico de la Histerectomia Obstetrica lo fue la Cesarea-Histerectomia; y aunque Eduardo Porro fue el primero en reportar en 1876 esta cirugia con sobrevida materna, no fue el primero en concebir esta idea. Casi 100 años antes otros autores sugirieron que era posible la extraccion del utero gravido-puerperal.

En 1768 Joseph Cavallini en Florencia, realizo Histerectomia en animales gravidos, probando que este organo no era esencial para la vida (8). Aunque otros autores sugirieron que la extraccion del utero puerperal podria reducir la mortalidad materna, fue Horatio Storer en 1868 el primero en realizar esta idea en una paciente con un tumor pelvico que obstruia el canal del parto, y aunque esta sobrevivio la cirugia de 3 horas, fallecio al tercer dia por complicaciones de sepsis y hemorragia (9).

Posteriormente, en 1876, Eduardo Porro en Italia publico la primera Cesarea-Histerectomia con sobrevida materna, en una paciente acondroplastica con Desproporcion Cefalo-Pelvica Absoluta, en quien realizo una Cesarea Corporal con Histerectomia Subtotal y salpingooforectomia bilateral, que se generalizo como Operacion de Porro (9).

En 1878 Muller sugiere la primera modificacion a la tecnica descrita por Porro, indicando que el remover el utero fuera de la cavidad abdominal previa a la realizacion de la histerotomia previene la contaminacion abdominal y posteriores complicaciones infecciosas (10).

Taylor realiza en 1860 la primera Cesarea-Histerectomia tipo Porro en los Estados Unidos, con un desenlace desafortunado con muerte materna por tromboembolia pulmonar. En ese mismo año Harris reporta los resultados de la primera serie de Cesarea-Histerectomia con 50 casos de la literatura mundial, siendo todas Subtotales y con 29 muertes maternas (11).

En 1881 Richardson realiza la primera Cesarea-Histerectomia con sobrevida materna en los Estados Unidos, utilizando la tecnica de Porro con la modificacion de Muller. Ademas Spencer realiza la primera Histerectomia Obstetrica con tecnica Total. Hasta ese entonces, la incision uterina utilizada era tipo clasica o corporal, pero en 1884 Goodson en Inglaterra realiza la primera Cesarea-Histerectomia con una histerotomia transversa baja, incluso antes de la descripcion de Kerr (10).

Nuestro país no estuvo exento del interés mundial que se desató con respecto a la Histerectomía Obstétrica, y en 1885 el Dr. Juan María Rodríguez, eminente obstetra mexicano, realizó la primera Cesarea-Histerectomía con la técnica de Porro (12).

Otros autores que contribuyeron a la evolución de la Cesarea-Histerectomía fueron Tait (1890), Moller (1892) y Von Waez (1892). En 1901 se reportó el resultado de las primeras 1,097 Cesareas-Histerectomías de la literatura mundial, con una mortalidad materna de 24.8% (10).

Durante las primeras tres décadas del Siglo XX la mayor indicación de Histerectomía Obstétrica fue la infección intrauterina. Harris en 1922, publica su experiencia de 64 Histerectomías Obstétricas con técnica subtotal con una mortalidad de 4.7 % (13). En 1940 se extiende las indicaciones de Histerectomía Obstétrica a complicaciones como hemorragia, infección y patología uterina como rotura uterina, miomatosis o cáncer cervicouterino. Reis en 1947 reporta que en su experiencia 2.5 % de sus cesareas terminan en Histerectomía con una mortalidad de 5.2 % (14).

La disponibilidad de antibióticos y de transfusiones extendió las indicaciones de Histerectomía a situaciones electivas, proponiendo Davis en 1951 esta como método de esterilización (15).

En 1953, Dyer reporta 84 casos de Histerectomía Obstétrica técnica Total realizadas en el puerperio inmediato por complicaciones hemorrágicas extendiendo el concepto de Histerectomía Obstétrica (16), y en 1955 Bradbury modifica y depura la técnica quirúrgica Total (17) en situaciones obstétricas, lo que ha permitido el uso de la Histerectomía con un gran margen de seguridad para el tratamiento de entidades que complican el estado gravido-puerperal.

HISTERECTOMIA OBSTETRICA

CAPITULO TRES : ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Se considera que la Histerectomia Obstetrica tiene algunas caracteris-ticas anatomicas que la diferencian de una histerectomia ginecologica, y que la hacen tecnicamente mas complicada (7,19).

Estas características son las siguientes :

- los tejidos se vuelven laxos, blandos y muy friables, lo que difi-culta su manejo y pinzamiento;
- existe un extremado incremento en la irrigacion sanguinea de los or-ganos pelvicos, lo que predispone a un aumento en el sangrado transqui-rurgico; y
- el aumento importante en el tamaño del utero gravido dificulta al-gunos pasos de la tecnica.

Considerando lo anterior, es indudable que la realizacion de una His-terectomia en el estado Gravido-Puerperal requiere de una tecnica dife-rente a la de la Histerectomia Ginecologica. Dicha tecnica fue depurada por BRADBURY (17), y es importante el analizar algunos aspectos de la mig-ma antes de describir nuestros resultados.

TECNICA ANESTESICA :

La Histerectomia Obstetrica puede realizarse bajo anestesia general o bajo bloqueo peridural, dependiendo de su indicacion, el estado general de la paciente y la preferencia individual del anestesiolego (20,21), a-unque hay evidencias de que el tipo de anestesia no afecta la evolucion ni el resultado final de la cirugia (22). Sin embargo, como se vera pos-teriormente, en nuestro Hospital se prefiere realizarla bajo anestesia general por obvias ventajas.

INCISION ABDOMINAL :

La incision en el abdomen puede ser vertical o transversa, y esto de-pendera de su indicacion y preferencias del cirujano. Cuando la Histerec-tomia se realiza por indicaciones electivas se puede obtener una adecuada exposicion con una incision transversa baja amplia con modificaciones de Maylard o Cherney (23); y cuando esta cirugia se ejecuta para el tratami-ento de una urgencia obstetrica debe utilizarse una incision vertical que proporcione un acceso abdominal rapido y asegure una exposicion maxima durante el acto operatorio (24).

INCISION UTERINA :

En el caso de una Cesarea-Histerectomia, se prefiere realizar una higterotomia transversa baja, teniendo cuidado de no prolongar la incision hacia los vasos uterinos (25). No se recomienda la incision clasica debido al incremento asociado de perdida de sangre, a excepcion de algunas situaciones que la justifiquen, como seria una situacion fetal transversa con dorso inferior o una placenta previa con varicosidades en el segmento (26).

DISECCION VESICAL :

Se debe realizar una cuidadosa diseccion de la vejiga del segmento uterino para evitar la penetracion accidental a la misma, que en algunas series es una complicacion que ocurre hasta en un 3 % de los casos (23). La frecuencia de lesion vesical es directamente proporcional al numero de cesareas previas por la secuela de adherencias, las que se deben disecar en forma minuciosa en direccion podalica, evitando la diseccion lateral de los pilares vascularizados (25).

AISLAMIENTO Y LIGADURA DE PEDICULOS :

Una de las principales complicaciones de la Histerectomia Obstetrica es el sangrado incontrolable de un pediculo vascular, frecuentemente el que corresponde al ligamento uterovarico. En un reporte de BARCLAY se produjo sangrado de este pediculo que requirio salpingooforectomia para su control del 6 al 10 % de los casos (18,27).

Ya comentabamos que en el estado gravido los tejidos pelvicos estan muy vascularizados y edematosos. De hecho, los vasos ovaricos y uterinos se dilatan hasta 6 veces mas de su tamaño normal, por lo que se deben observar ciertas modificaciones tecnicas respecto a la tecnica ginecologica. Es esencial que todos los pediculos sean claramente identificados para su pinzamiento y ligadura. Es importante reducir al minimo la cantidad de tejido incluido en cada pediculo. Ademas, ambas hojas del ligamento ancho deben de incorporarse al pediculo para evitar retraccion de los vasos. Debe evitarse el sangrado retrogrado ligando ambos lados del paquete uterino antes de retirar las pinzas (25).

IDENTIFICACION DEL URETER :

Las características del tejido pelvico ya mencionadas NO permite realizar una Histerectomia Obstetrica por tecnica intrafascial, pues se incrementaria en forma importante el sangrado. De tal forma que toda Histerectomia Obstetrica DEBE ser extrafascial, lo que incrementa el riesgo

de lesion al ureter, de tal forma que esta complicacion es frecuente, siendo en algunas series del 0.1 al 0.3 % (28). Este tipo de lesion puede ocurrir en 3 momentos quirurgicos :

- puede ser incorporado inadvertidamente al pediculo del ligamento in fundibulopelvico al realizar ooforectomia,
- puede ser ligado o seccionado al pinzar y ligar los vasos uterinos,
- puede ser ligado durante su paso a traves del tejido paracervical y en su uniona la vejiga.

Para evitar esta complicacion, es importante mantener una traccion del utero para mantener sus relaciones anatomicas, y antes de pinzar los vasos uterinos descender vejiga e identificar por palpacion al ureter, com probando que se encuentra por fuera del sitio en que se aplican las pinzas a los ligamentos cardinales (24,25).

EXTRACCION DE LA PIEZA Y MANEJO DE CUPULA :

La extraccion del utero se realiza en base a dos tecnica basicas de Histerectomia Obstetrica, siendo motivo de controversia la superioridad de cada una de ellas, pues mientras algunos reportes consideran que en si tuaciones de urgencia mas del 50 % de las Histerectomias deben ser por tecnica Subtotal (29), que ofrece las ventajas de un menor tiempo quirur gico, un menor sangrado y menor riesgo de morbilidad; otros como BARCLAY consideran que toda Histerectomia debe ser por tecnica Total (18). En eg te ultimo caso, se tracciona el utero y se identifica por palpacion el cer vix, pinzando por abajo del mismo, extrayendo la pieza y suturando los bordes de vagina, procurando dejar la cupula abierta lo que facilita la hemostasia y el drenaje posterior, ya que esta abertura cierra funcional mente a las 48 horas. Se debe realizar una irrigacion con abundante solu cion fisiologica para disminuir el inoculo bacteriano, y se pueden dejar antibioticos profilacticos o un drenaje en cupula (25,30).

HISTERECTOMIA OBSTETRICA

CAPITULO CUATRO : OBJETIVOS

Los objetivos primordiales del presente estudio son los siguientes :

- Realizar una revision actualizada de la Histerectomia Obstetrica en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Dr Luis Castelazo Ayala", en sus distintas formas clinicas, conociendo su frecuencia e indicaciones actuales.
 - Establecer un perfil clinico de las pacientes que requieren para su tratamiento de una Histerectomia Obstetrica, y conocer las variables clinicas de cada grupo de estudio como serian la edad, antecedentes obstetricos, complicaciones medicas y edad gestacional entre otras.
 - Analizar los aspectos quirurgicos de cada grupo de Histerectomia Obstetrica como serian su tecnica quirurgica, tecnica anestésica, sangrado quirurgico, complicaciones transoperatorias y postoperatorias entre otras, y el manejo de cada una de ellas.
 - Conocer las tasas de morbilidad y mortalidad maternas asociadas a cada tipo de Histerectomia Obstetrica en nuestra poblacion.
- Comparar los resultados obtenidos entre los distintos tipos de Histerectomia Obstetrica con revisiones previas y el resto de la literatura, conociendo la existencia de cambios significativos.
- Establecer conclusiones sobre la Histerectomia Obstetrica en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Dr. Luis Castelazo Ayala" y analizar sus posibles aplicaciones clinicas.
- Una vez descritos nuestros objetivos, haremos una descripcion de nuestro material y metodo para posteriormente desarrollar nuestros resultados.

HISTERECTOMIA OBSTETRICA

CAPITULO CINCO : MATERIAL Y METODOS

Se realizo un Estudio Retrospectivo durante 12 meses que abarcan del mes de Julio de 1989 al mes de Junio de 1990, en el cual se incluyo a todas las pacientes a quienes se realizo Histerectomia durante su Estado Gravido-Puerperal en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Mexico, Distrito Federal; y que se agruparon en 4 categorias de acuerdo al momento del estado gravido-puerperal en que se encontraban al momento de realizarse la Histerectomia Obstetrica:

- Histerectomia de la Primera Mitad del Embarazo
- Cesarea-Histerectomia
- Histerectomia del Puerperio Inmediato
- Histerectomia del Puerperio Mediano-Tardio .

Se investigo en sus expedientes una serie de datos clinicos, los cuales se vaciaron a hojas de recoleccion de datos y a hojas de concentracion de datos, para posteriormente analizar sus resultados .

En este periodo de tiempo estudiado ocurrieron en nuestro Hospital un total de 23,303 nacimientos, de los cuales 7,349 (31.5 %) fueron obtenidos por cesarea. Llama la atencion que de esta cantidad de cesareas, 50 de ellas presentaron complicaciones inmediatas y 15 tardias tributarias todas de Histerectomia Obstetrica, con un total de 65 (0.88 %) del total de cesareas que terminaron en Histerectomia Obstetrica, a diferencia del reporte de REIS de un 2.5 % (14) y un excesivo 25.9 % reportado por BARCLAY (18). Quiza la causa de esta gran diferencia lo es el hecho de que en nuestra serie practicamente todas las Histerectomias fueron indicadas, a diferencia de estos autores que tienen un gran porcentaje de cirugias electivas o profilacticas .

La tasa encontrada de Histerectomia Obstetrica en nuestra poblacion en el periodo de tiempo estudiado fue de 135 en 23,303 nacimientos, lo que equivale a 1 en 172 nacimientos, a diferencia de lo reportado por MORINI de 1 en 957 nacimientos (31).

Durante este periodo de tiempo estudiado se realizaron un total de 135 Histerectomías Obstetricas, lo que corresponde al 0.5% del total de nacimientos, y que se agruparon de la siguiente manera:

HTA PRIMERA MITAD EMBARAZO	-	36	(26.7%)
CESAREA - HISTERECTOMIA	-	34	(25.2%)
HTA PUERPERIO INMEDIATO	-	47	(34.8%)
HTA PUERPERIO MEDIATO-TARDIO-	-	18	(13.3%)

Vamos ahora a analizar los resultados encontrados en cada uno de los grupos de Histerectomía Obstétrica mencionados.

HISTERECTOMIA OBSTETRICA

CAPITULO SEIS : HISTERECTOMIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

Toda investigacion que trate sobre el tema de Histerectomia Obstetrica debe incluir en su grupo de estudio a pacientes que requieren este procedimiento quirurgico en etapas iniciales del embarazo, para no correr el riesgo de ofrecer resultados parciales.

Existen algunas situaciones obstetricas en la primera mitad de un embarazo que justifican la realizacion de una Histerectomia Obstetrica para su resolucion (6). Comentaremos brevemente las mas importantes.

ENFERMEDAD TROFBLASTICA GESTACIONAL

La Enfermedad Trofoblastica Gestacional (ETG) es un conjunto de enfermedades que incluyen la mola hidatiforme benigna, la mola invasora y el coriocarcinoma entre otras, siendo la mas frecuente la mola hidatiforme. El manejo de esta patologia consiste en la evacuacion del contenido uterino por aspiracion, legrado o histerotomia. Sin embargo, en mujeres mayores de 35 años, con paridad satisfecha, con ETG de repeticion o si existe la posibilidad de mola invasora, el procedimiento de eleccion es la Histerectomia Obstetrica con la patologia insitu (en bloque), pues esto reduce la posibilidad de malignidad posterior a la evacuacion uterina (32).

COMPLICACIONES DEL ABORTO

Se considera que un 10 al 15% de todos los embarazos terminan en aborto durante la primera mitad del embarazo, el cual, de acuerdo a su clasificacion nosologica, requiere distintos tipos de tratamiento, aunque por lo general solo se requiere de un legrado uterino para extraer el tejido ovular, y este se considera un procedimiento sencillo (33).

Sin embargo, como todo procedimiento quirurgico, no esta exento de riesgos, y en ocasiones presenta una serie de complicaciones que pueden hacer necesaria la realizacion de una Histerectomia Obstetrica, entre estas complicaciones destacan las siguientes :

PERFORACION UTERINA : La perforacion del cuerpo uterino es una de las complicaciones mas frecuentes del legrado uterino. En nuestro Hospital, esta complicacion ocurre con una frecuencia de 4.7 casos por cada 1,000 procedimientos de legrado (34). En caso de una perforacion uterina, se puede tomar una actitud conservadora o una intervencionista, y de acuerdo

al cuadro clinico y a la magnitud de la lesion, requerir para su tratamiento oportuno la realizacion de una Histerectomia Obstetrica (35).

COMPLICACIONES INFECCIOSAS : La mas grave complicacion de un aborto es la infeccion, generalmente debida a un legrado incompleto por el que quedaron restos ovulares en cavidad uterina, o lo que es mas grave, la realizacion de un legrado clandestino realizado en malas condiciones higienicas, situacion particularmente comun en nuestro pais y que es causa importante de mortalidad materna. No existen estadisticas confiables acerca de la cantidad de legrados provocados, algunos reportes la sitúan en una cifra de 500,000 al año (36). Lo que si es evidente, es su repercusion en la salud publica, pues el aborto septico es una causa importante de mortalidad, y es en nuestro estudio, una indicacion precisa de Histerectomia Obstetrica. La frecuencia de Histerectomia para el tratamiento de complicaciones del aborto refleja una seria morbilidad del procedimiento, siendo esta frecuencia del 1.4 por cada 10,000 legrados en los Estados Unidos en 1978 (37).

COMPLICACIONES HEMORRAGICAS : En algunos casos puede ocurrir atonia uterina posterior a la realizacion de un legrado provocando un sangrado de intensidad suficiente que amerite una Histerectomia Obstetrica para su manejo. Al mismo tiempo, complicaciones del embarazo ectopico ya sea cervical o tubario pueden requerir de esta cirugia (6).

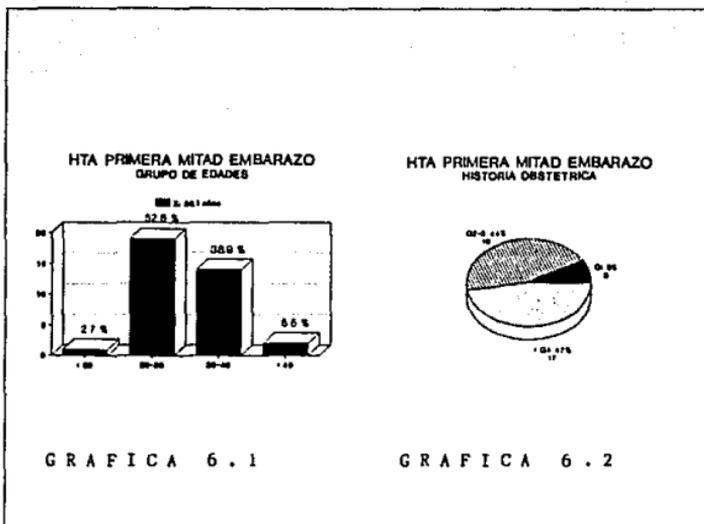
Una vez realizadas estas consideraciones, procederemos a analizar los resultados en este grupo de estudio.

RESULTADOS :

Durante el periodo que abarco el estudio se realizaron 135 Histerectomias Obstetricas, de las cuales 36 (26.7 %) correspondieron a cirugias realizadas en la Primera Mitad del Embarazo.

EDAD : La edad promedio de las pacientes de este grupo fue de 30.1 años (ver Grafica 6.1) con solo una paciente menor de 20 años, 19 pacientes (52.8%) correspondian al grupo de 20 a 30 años, en el grupo de 30 a 40 hubo 14 mujeres (38.9%) y solo 2 pacientes (5.5%) eran mayores de 40 años.

HISTORIA OBSTETRICA : Respecto a su paridad, se observo en este grupo que solo 3 pacientes (8.4%) fueron primigestas, 16 (44.4%) tenian de 2 a 3 embarazos previos y 17 (47.2%) eran multigestas (ver Grafica 6.2).



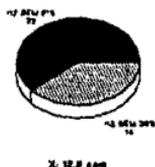
EDAD GESTACIONAL : Respecto a la duracion en semanas de estos embarazos que requirieron Histerectomia Obstetrica, se encontro una edad gestacional promedio de 12.8 semanas (ver Grafica 6.3), con 22 (61 %) pacientes con embarazos del primer trimestre y el resto, 14 (39 %) con gestaciones del segundo trimestre.

COMPLICACIONES MEDICAS : Practicamente todos los embarazos correspondientes a este grupo de estudio presentaron complicaciones tributarias de Histerectomia Obstetrica, las cuales dividimos en tres tipos:

Complicaciones de Aborto : Estas complicaciones constituyen el grupo mas numeroso con 28 pacientes (78 %). Estas complicaciones fueron 12 casos de Aborto Septico, Huevo Muerto Retenido en 6 pacientes, Aborto en evolucion en 4 casos, Aborto Incompleto en 3 y en otras 3 pacientes Aborto Inevitable. En todos estos casos se presentaron complicaciones hemorragicas o infecciosas que requirieron de Histerectomia.

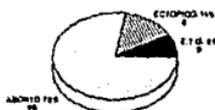
Complicaciones de Embarazo Ectopico : Se encontro en este grupo con 5 pacientes (14 %) con complicaciones de embarazos ectopicos, de los cuales 2 fueron tubarios, 1 embarazo cervical, 1 embarazo intraligamentario y 1 embarazo abdominal. En todos ellos se presento sangrado o infiltracion

HTA PRIMERA MITAD EMBARAZO
EDAD GESTACIONAL



GRAFICA 6.3

HTA PRIMERA MITAD EMBARAZO
COMPLICACIONES MEDICAS



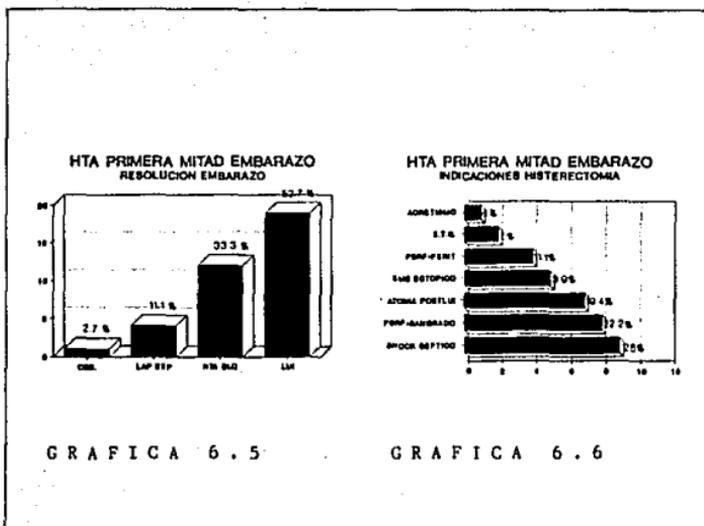
GRAFICA 6.4

hemorrágica que requirió para su tratamiento de Histerectomía Obstétrica incluso el embarazo abdominal presentaba como zona de inserción placentaria la serosa del fondo uterino.

ENFERMEDAD TROFBLASTICA GESTACIONAL : En solo 3 casos (8 %) la Histerectomía Obstétrica se realizó como parte del tratamiento quirúrgico de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, de las cuales 2 casos correspondieron a Mola Hidatiforme Benigna y el caso restante a una Mola Invasora o Corioadenoma Destruens. (Ver Grafica 6.4).

RESOLUCION DEL EMBARAZO : La resolución obstétrica de estos embarazos de la primera mitad fue de la siguiente manera : se realizó un Legrado Uterino en 19 casos (52.7 %), la extracción del embarazo fue por Histerectomía en Bloque en 12 pacientes (33.3 %), o por Laparotomía Exploradora en 4 casos (11.1 %), con el restante caso por Histerotomía (2.7 %). (Ver Grafica 6.5)

TIPO HISTERECTOMIA : Con respecto a la técnica utilizada, esta se realizó con Técnica Total en 33 casos (91.6 %) y por Técnica Subtotal solo en 3 casos con un 8.4 %, explicándose esta relación por los numerosos casos



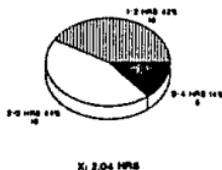
de procesos septicos encontrados en este grupo de estudio.

INDICACION HISTERECTOMIA : Las indicaciones para la realizacion de Histerectomia Obstetrica en este grupo fueron las siguientes (Ver Grafica 6.6). En 9 pacientes (25 %) esta se realizo por Shock Septico, siendo esta la indicacion mas frecuente, en 8 casos (22.2 %) se realizo por perforacion uterina con sangrado intraabdominal, en 7 pacientes (19.4 %) se presento una atonia uterina resistente a manejo medico. Hubo ademas 5 casos (11.1 %) de Perforacion Uterina con Pelviperitonitis y solo 3 casos de Enfermedad Trofoblastica Gestacional.

TECNICA ANESTESICA : Con respecto a la anestesia utilizada en este tipo de pacientes, practicamente en todas, 35 de ellas (97.2 %) se realizaron bajo anestesia general inhalatoria, y solo en un caso (2.8 %) bajo anestesia regional.

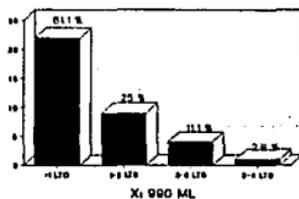
TIEMPO QUIRURGICO : En este grupo de estudio se encontro un tiempo quirurgico promedio de 124 minutos (ver Grafica 6.7), con 15 pacientes con un tiempo quirurgico de 1 a 2 horas (41.7 %), 16 (44.4 %) con un tiempo de 2 a 3 horas y 5 casos (13.9 %) con tiempo mayor de 3 horas.

HTA PRIMERA MITAD EMBARAZO
TIEMPO QUIRURGICO



GRAFICA 6.7

HTA PRIMERA MITAD EMBARAZO
SANGRADO QUIRURGICO

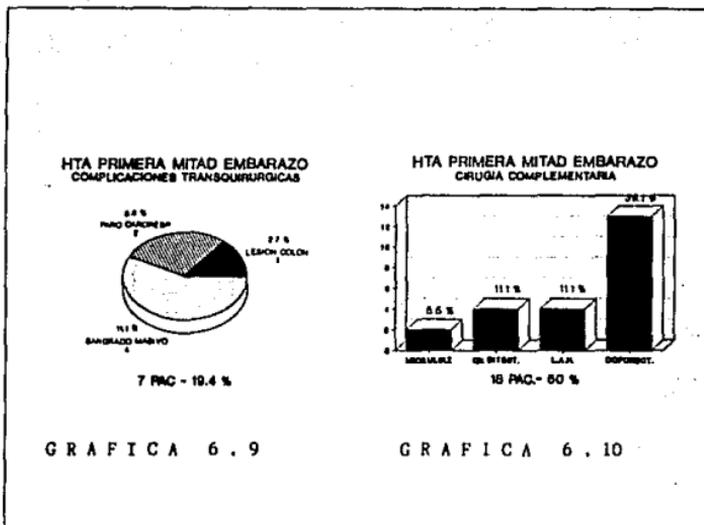


GRAFICA 6.8

SANGRADO QUIRURGICO : El sangrado transoperatorio fue en promedio de 990 mililitros en este grupo de pacientes (Ver Grafica 6.8), encontrándose en 22 pacientes (61.1 %) un sangrado menor a 1 litro, en 9 casos (25 %) con sangrado de 1 a 2 litros, 4 (11.1 %) con sangrado de 2 a 3 litros y solo 1 caso (2.8 %) con un sangrado quirúrgico mayor a los 3 litros.

COMPLICACIONES TRANSQUIRURGICAS : En este grupo de pacientes se encontró en 7 de ellas (19.4 %) alguna complicación operatoria (Ver Grafica 6.9), con 4 casos (11.1 %) de sangrado masivo, 2 casos (5.5 %) de Paro Cardiorespiratorio y 1 caso (2.7 %) de lesión a intestino.

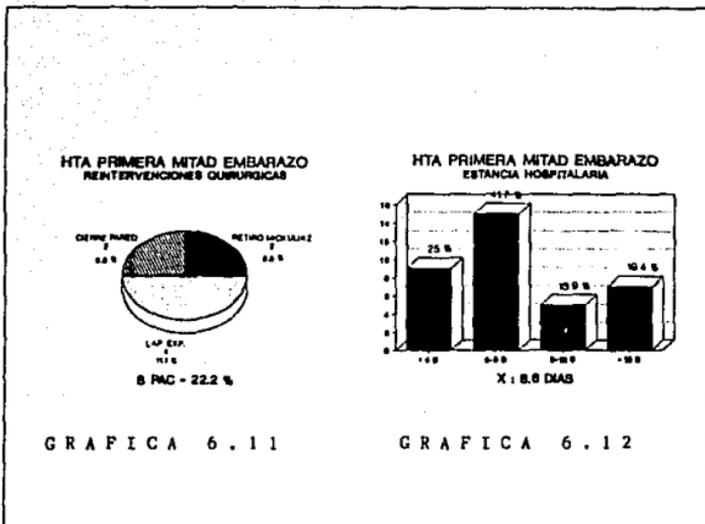
CIRUGIA COMPLEMENTARIA : Hubo necesidad de realizar una o mas cirugías complementarias en 18 (50 %) pacientes de este grupo de estudio (Ver Grafica 6.10). Estas cirugías fueron 13 casos (36.1 %) de Salpingooforectomias, 4 casos (11.1 %) de Ligadura de Arterias Hipogastricas para el control del sangrado, 4 casos (11.1 %) de Cirugía Gastrointestinal con 2 omentectomias, 1 caso con ileostomia y 1 apendicectomia; y en 2 casos (5.5%) hubo de complementar la hemostasia con Taponamientos tipo Mickulikz.



Como vemos, el 36 % de la cirugía complementaria corresponde a la extirpación de los anexos, esto en relación al numeroso grupo de pacientes que cursaron con pelviperitonitis, pues esta es una conducta quirúrgica aconsejada para limitar el proceso séptico. Sin embargo, reportes como el de DEJONGE consideran esto innecesario (38).

REINTERVENCIONES : Posterior a la realización de estas Histerectomías Obstétricas, hubo necesidad de realizar en 8 pacientes (22.2 %) una o más reintervenciones quirúrgicas (Ver Grafica 6.11). Estas cirugías fueron 4 casos (11.1 %) de Laparotomía Exploradora ya sea por persistencia del sangrado o abscesos residuales, en 2 pacientes (5.5 %) se retiró en segunda cirugía el Mickulikz y los 2 casos restantes (5.5 %) correspondieron a cierre secundario de pared dehiscente.

ESTANCIA HOSPITALARIA : En este grupo de estudio hubo un promedio de estancia hospitalaria de 8.6 días (Ver Grafica 6.12), con solo 9 pacientes (25 %) con hospitalización menor a los 4 días, 15 (41.7 %) pacientes con estancia de 5 a 8 días, 5 casos (13.9 %) de 9 a 12 días y 7 pacientes (19.4 %) con hospitalización mayor a los 12 días.

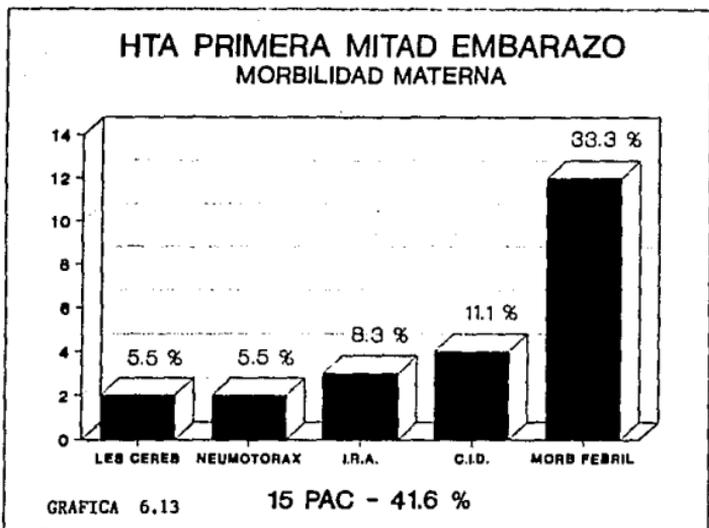


HEMOGLOBINA CONTROL : En este grupo de pacientes se observo en la Biometria Hematica de control un valor promedio de 9.9 gramos de hemoglobina.

MORBILIDAD MATERNA : Uno de los aspectos mas importantes a analizar es la tasa de morbilidad materna asociada a cada uno de los tipos de Histerectomia Obstetrica. En este grupo de estudio se encontro en 15 pacientes (41.6 %) una o mas causas de morbilidad.

La principal causa de morbilidad en este grupo fue la Morbilidad Febril con 12 casos (33.3 %), lo cual resulta congruente por la cantidad de pacientes con complicaciones septicas de aborto. Esta morbilidad febril estuvo dada por 4 casos de absceso de pared, 3 casos de absceso pelvico residual, 2 casos de absceso de cupula vaginal, 2 pacientes con neumonia lobar y una paciente con tromboflebitis pelvica.

El resto de la morbilidad estuvo dada por 4 casos (11.1 %) de Coagulación Intravascular Diseminada (CID), 3 casos (8.3 %) de Insuficiencia Renal Aguda (IRA), 2 pacientes con neumatotax idiopatico (5.5 %) y otros



2 pacientes (5.5 %) con daño Cerebral Hipoxico (Ver Grafica 6.13).

MORTALIDAD MATERNA : Se encontro en este grupo de 36 pacientes se encontro mortalidad en 3 casos (8.3 %), todos ellos por Shock Irreversible con Coagulopatía (CID) e Insuficiencia Renal (IRA).

Estos fueron los resultados encontrados en la 36 pacientes sometidas a Histerectomia Obstetrica en la Primera Mitad del Embarazo.

Continuaremos revisando los otros grupos de Histerectomia.

HISTERECTOMIA OBSTETRICA

CAPITULO SIETE : CESAREA - HISTERECTOMIA

Como ya habiamos comentado, la Cesarea-Histerectomia (Ces-HTA), fue el primer precedente historico de la Histerectomia Obstetrica (1), y es motivo de numerosos importantes reportes bibliograficos, revisandose en capitulos anteriores su evolucion historica y aspectos tecnicos.

Existe evidencia de una disminucion en la frecuencia de la Ces-HTA en las ultimas tres decadas (39). BARCLAY reporto en 1960 que el 25.9 % de las cesareas en su Hospital eran Ces-HTA, y en 1986 el mismo autor en el mismo Centro Hospitalario encuentra que solo 1 de cada 200 cesareas es Ces-HTA (40). Esto guarda una relacion directa con la casi eliminacion de las indicaciones electivas de Ces-HTA, a diferencia de un incremento en sus indicaciones absolutas o de urgencia, las cuales han aumentado en forma directamente proporcional al aumento en la tasa de cesareas.

Es por lo tanto importante discutir cuales son las indicaciones aceptadas de Ces-HTA.

INDICACIONES DE URGENCIA DE CES-HTA :

Por definicion, consiste en el procedimiento quirurgico para el control y tratamiento de un sangrado uterino obstetrico que pone en riesgo la vida de la madre (39). Las causas de este sangrado pueden ser las siguientes:

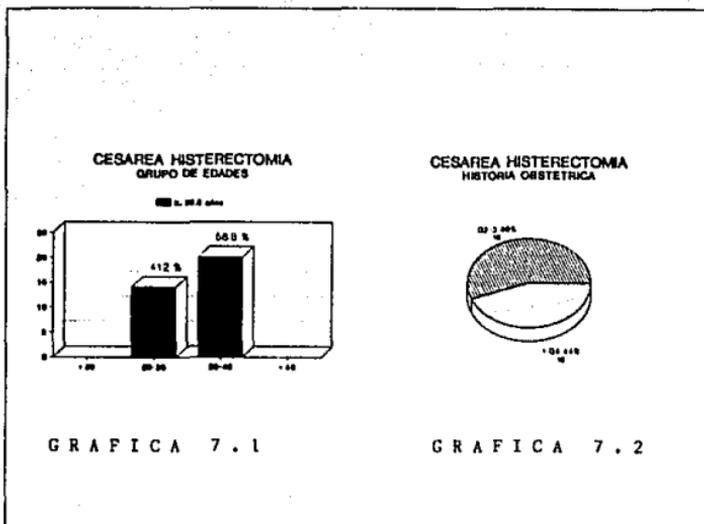
ATONIA UTERINA : Es la falta de contraccion miometrial necesaria para realizar una hemostasia post-parto, y que no responde a medidas medicas iniciales. Esta complicacion fue causa de Ces-HTA en el 31.6 % de la serie de CLARK (41) y hasta del 67 % segun OLEARY (42). Algunas situaciones predisponen a esta complicacion como la multiparidad, el embarazo multiple y el polihidramnios. El autor encontro, por motivos no claros, en un reporte anterior una asociacion significativa con Preeclampsia (43), suponiendo que trastornos del metabolismo del calcio y el tratamiento a base de nifedipina tuvieran relacion con lo anterior. En ocasiones, la atonia se asocia a la infiltracion hematica por Desprendimiento Placentario (utero de Couvaliere), o a la presencia de miomas uterinos que pudieran interferir en forma mecanica con la contractilidad.

ACRETISMO PLACENTARIO : Este se considera como la adherencia anormal de la placenta a su sitio de insercion. Por lo general se asocia a una placenta de insercion baja, pues el segmento uterino es menos resistente a la penetracion trofoblástica. Esta complicacion tiene variantes clinicas como la Placenta Acreta, Increta o Percreta de acuerdo a la extension de la invasion (39). CLARK ha reportado un incremento importante de esta complicacion con respecto a años anteriores (41). Esta anomalía placentaria se asocia en forma importante a cicatrices uterina previas, sugiriéndose que el aumento en la tasa de cesareas ha contribuido al aumento en esta complicacion (71).

ROTURA UTERINA : Se considera la tercera indicacion en frecuencia de Ces-HTA de Urgencia. Esta es una complicacion catastrófica, que por lo general se asocia a la presencia de cicatrices uterinas previas, como cesareas o miomectomias previas. El riesgo de rotura de una histerotomia transversa baja es de un 1 a 2 %, en comparacion del riesgo de una cesarea corporal que tiene un riesgo de rotura del 6 % (45). Puede ocurrir rotura espontanea de un utero intacto y esta ocurre a consecuencia de traumatismos abdominales (46).

EXTENSION QUIRURGICA A LOS VASOS UTERINOS : Esta es una complicacion transoperatoria poco comun que puede requerir Ces-HTA. Aunque la hemorragia puede ser profusa, esta puede controlarse con una ligadura de arterias uterinas, sin embargo, esta no es muy efectiva, y como los ureteros se encuentran cercanos, deben de identificarse previo a la aplicacion de ligaduras (47). Se considera que la Ligadura de Arterias Hipogastricas es un procedimiento mas eficaz, pues disminuye en un 70 % la presion arterial de pulso (48) disminuyendo la hemorragia. Sin embargo, autores como PELLOSI consideran que incluso este procedimiento puede fallar en controlar algunos tipos de sangrado (49).

En un estudio realizado por nosotros en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", encontramos que la Ligadura de Hipogastricas SI es un procedimiento util para el control de este tipo de sangrado, encontrando limitaciones para controlar el sangrado por atonia, describiendo en este caso una variante quirurgica cuya descripcion escapa a los objetivos de este trabajo (50,51).



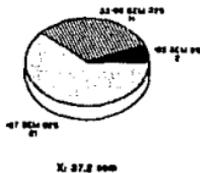
INDICACIONES ELECTIVAS DE CES-HTA :

Se consideran como aquellas indicadas por situaciones que no ponen en riesgo la vida de la madre, y se dividen en 2 grupos :

ESTERILIZACION : La necesidad de realizar una Ces-HTA por la sola indicación de esterilización es muy discutible. En 1976 se reportó una serie de 242 Ces-HTA electivas, de las cuales el 68 % fueron por esterilización (27). BRITTON reportó 112 Ces-HTA electivas de las cuales 74 fueron para esterilización (52), PLAUCHE reportó 108 Ces-HTA con el 46.3 % con las mismas indicaciones (30). Sin embargo, a pesar del entusiasmo de estos autores y otros reportes (53,54,55,56), actualmente no existe apoyo suficiente para la realización de Ces-HTA para esterilización en ausencia de patología uterina o pélvica asociada (57).

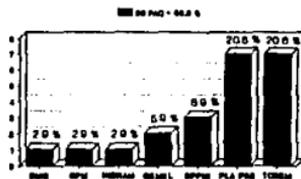
PATOLOGIA UTERINA : En la mayoría de las series, esta se considera como Carcinoma Cervicouterino, miomatosis uterina o infección uterina. Respecto a la infección uterina, el desarrollo de eficaces antibióticos ha sustituido a la Ces-HTA como medida terapéutica. En casos de CACU, este debe de evaluarse durante el embarazo y permitir la vía vaginal, sin embargo,

CESAREA HISTERECTOMIA
EDAD GESTACIONAL



GRAFICA 7.3

CESAREA HISTERECTOMIA
COMPLICACIONES MEDICAS



GRAFICA 7.4

aun puede considerarse como indicación de Ces-HTA (58). La Miomatosis puede ser motivo de distocia si su tamaño interfiere con el parto, y en ese caso puede evaluarse la realización de una Ces-HTA.

Vamos a proceder a analizar los resultados de 34 Cesarea-Histerectomias realizadas en nuestro Hospital durante el año del estudio, y que constituyen el 25.2 % del total de las 135 Histerectomias Obstetricas revisadas, en ese mismo año se realizaron 7,349 cesareas.

Analizaremos las principales variables clinicas de esta poblacion.

EDAD : Se encontro una edad promedio de 29.6 años (Ver Grafica 7.1) con 14 pacientes (41.2 %) con una edad de 20 a 29 años y 20 (32.4 %) pacientes en el intervalo de 30 a 39.

HISTORIA OBSTETRICA : En este grupo de estudio no se observo ninguna paciente primigesta (Ver Grafica 7.2), 19 pacientes (55.9 %) tenian 2 o 3 embarazos previos y 15 (44.1 %) eran multigestas.

**CESAREA HISTERECTOMIA
INDICACIONES DE CESAREA**



GRAFICA 7.5

**CESAREA HISTERECTOMIA
TÉCNICA CESAREA**

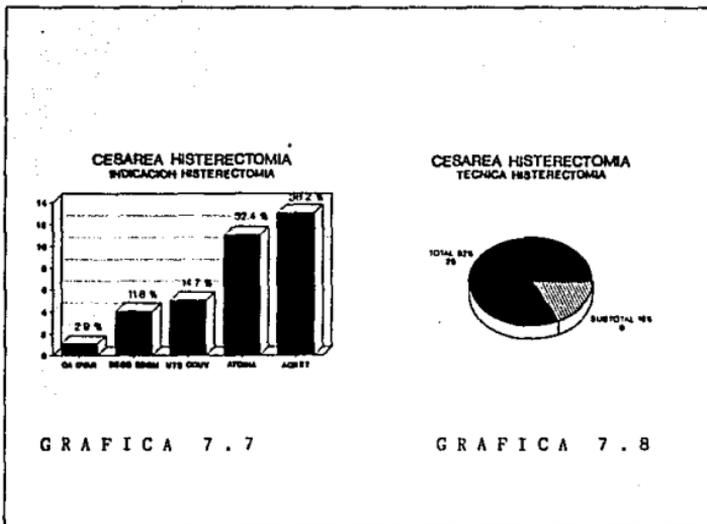


GRAFICA 7.6

EDAD GESTACIONAL : La edad gestacional promedio en este grupo de estudio fue de 37.2 semanas (Ver Grafica 7.3), con solo 2 embarazos (5.9%) menores de 32 semanas, 11 (32.4 %) de 33 a 36 semanas y 21 pacientes (61.8 %) con embarazos de termino.

COMPLICACIONES MEDICAS : De las 34 pacientes que forman este grupo, se encontro en 20 (58.8 %) una o mas complicaciones del embarazo (Ver Grafica 7.4). Estas complicaciones fueron 7 casos (20.6 %) de Placenta Previa, 7 casos (20.6 %) de Preeclampsia, 3 casos (8.9 %) de Desprendimiento Prematuro de Placenta, 2 casos (5.9 %) de embarazo multiple, y 1 caso de cada una de las siguientes : rotura prematura de membranas, polihidramnios y diabetes mellitus gestacional.

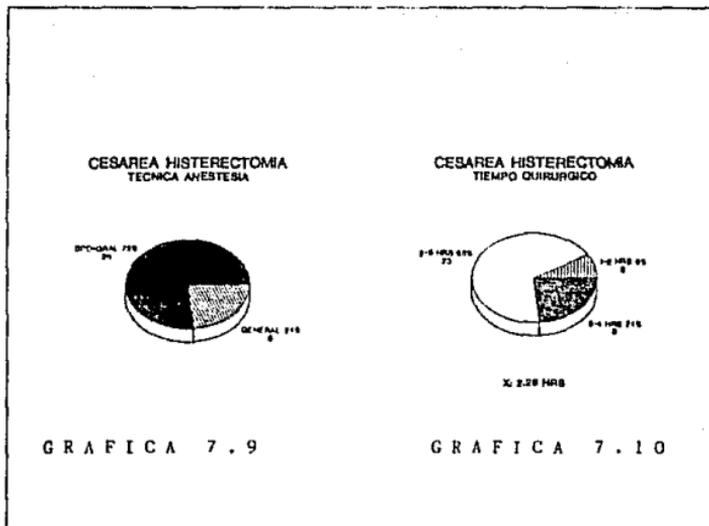
INDICACIONES CESAREA : Es interesante analizar las indicaciones de las cesareas que tienden a requerir Ces-HTA. De los 34 casos, la principal indicacion es la Cesarea Iterativa con 11 casos (32.4 %), continua la Placenta Previa con 7 casos (20.6 %), 5 casos de Desprendimiento Placentario (14.7 %), 5 casos (14.7 %) de Sufrimiento Fetal Agudo, 4 casos (11.8 %)



de Desproporcion Cefalo-Pelvica, 3 casos (8.8 %) de preeclampsia, 2 casos de embarazo multiple y 2 por presentacion pelvica. Cabe mencionar que en algunas pacientes se presentan mas de una causa de cesarea simultaneamente (Ver Grafica 7.5).

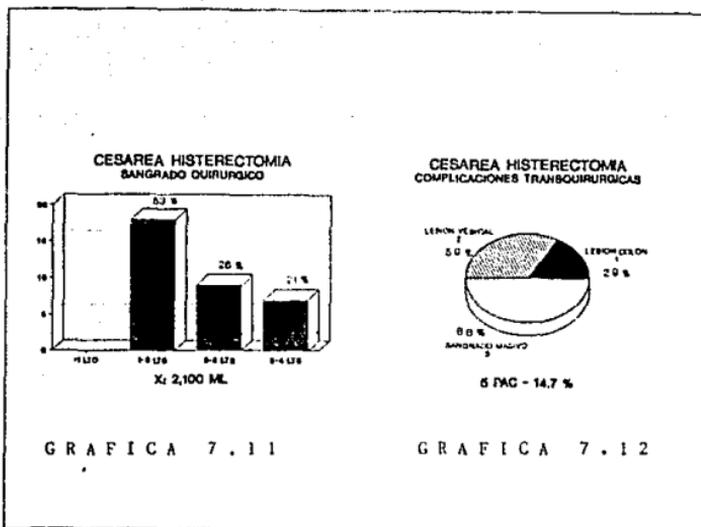
TIPO CESAREA : Como es obvio, el mayor porcentaje pertenece a la incision transversa baja o Kerr con 33 casos (97.1 %) y solo un caso de cesarea corporal (Ver Grafica 7.6).

INDICACION HISTERECTOMIA : La indicacion de la Ces-HTA fue por situaciones de urgencia, a excepcion de una sola indicacion electiva (2.9 %). Analizando las indicaciones de urgencia por orden de importancia, estas son (Ver Grafica 7.7): 13 casos (38.2 %) por Acretismo Placentario que es la indicacion mas frecuente, 11 casos (32.4 %) de Atonia uterina, 5 casos (14.7 %) de infiltracion uterina o Utero de Voualiere, 4 (11.8 %) casos indicada por desgarrro de segmento uterino con lesion a vasos uterinos y 1 solo caso (2.9 %) electivo por hallazgo transcesarea de un Carcinoma Ovarico de variedad del Disgerminoma.



En nuestro estudio existe marcada diferencia con reportes previos en los que la indicación electiva ocupaba un porcentaje mayor (27,30,52,59), o de otros autores como SZCZUROWICZ para quien la indicación más frecuente de Ces-HTA es la infección intrauterina (60), sin embargo, coincidimos con reportes nacionales (5,7,18,61) y otros autores en la literatura mundial con una mayor frecuencia de Ces-HTA de urgencia (62,63).

TIPO HISTERECTOMIA : En nuestro grupo de estudio, dentro de las variables quirúrgicas, se realizaron 28 (82.4 %) Ces-HTA con técnica Total, y 6 (17.6 %) con técnica Subtotal (Ver Grafica 7.8). Esta es una proporción adecuada como se observa en el Cuadro 7.1, pues existen extremos como el apreciado en los reportes de BARCLAY (26,39,40) para quien todas las Ces-HTA deben ser con técnica Total; o el trabajo de ABOELMAGD que reporta hasta un 60 % de técnica Subtotal (64). Es lógico que esta preferencia de técnica dependa de la Escuela Obstétrica analizada y la preferencia individual de cada cirujano, pero como se observa en el Cuadro 7.1 nuestro resultado se asemeja a la mayoría de los reportes.



GRAFICA 7.11

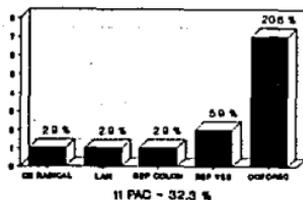
GRAFICA 7.12

TECNICA ANESTESIA : A pesar de algunos reportes que consideran que la tecnica anestésica no modifica la evolución del procedimiento quirúrgico (22), en nuestro grupo de pacientes 26 (76.5 %) iniciaron con anestesia regional a lo que se agregó general inhalatoria al desarrollar complicaciones tributarias de Ces-ITA, y solo 8 (23.5 %) iniciaron con anestesia general (Ver Grafica 7.9).

TIEMPO QUIRURGICO : En nuestro grupo de estudio se encontró un promedio de tiempo quirúrgico de 148 minutos (Ver Grafica 7.10), con solo 3 pacientes (8.8 %) con una duración de cirugía de 1 a 2 horas, 23 (67.6 %) con un tiempo de 2 a 3 horas, y 8 (23.6 %) con un tiempo mayor a 3 horas. Nuestro promedio de 148 minutos es un tiempo aceptable, y en comparación a otros autores, BARCLAY reporta un tiempo promedio de 90 minutos (27) , PLAUCHE reporta 120 minutos (65) y CLARK encuentra un tiempo quirúrgico excesivo de 180 minutos (41).

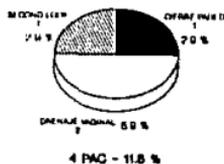
SANGRADO QUIRURGICO : Encontramos en nuestra población estudiada un promedio de sangrado de 2,100 mililitros (Ver Grafica 7.11), con la mayor

**CESAREA HISTERECTOMIA
CIRUGIA COMPLEMENTARIA**



GRAFICA 7.13

**CESAREA HISTERECTOMIA
REINTERVENCIÓN QUIRURGICA**



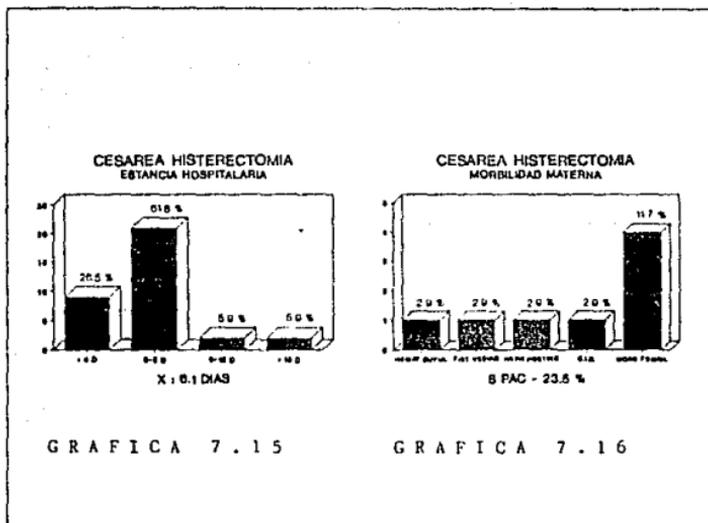
GRAFICA 7.14

parte de pacientes, 18 (53 %) con un sangrado de 1 a 2 litros, 9 (26 %) pacientes con sangrado de 2 a 3 litros y 7 (21 %) con sangrado quirúrgico mayor a 3 litros. No fue posible valorar el porcentaje de pacientes que requirieron transfusión, el cual varía en la literatura entre un 19 a un 100 por ciento (23).

COMPLICACIONES TRANSQUIRURGICAS : En nuestro estudio se encontró que 5 (14.7 %) pacientes presentaron una o más complicaciones transoperatorias (Ver Grafica 7.12), entre ellas destacan :

Sangrado Masivo : Esta es la complicación más frecuente de la Ces-HTA, ocurriendo en 3 casos (8.8 %). Es evidente que este es un riesgo, pues en la mayoría de las veces la Ces-HTA se indica para el tratamiento de la hemorragia obstétrica. En la literatura esta complicación se reporta desde un 0.8 % (66) hasta un 14.3 % (24).

Lesión Vesical : Puede ocurrir Cistotomía accidental en el curso de una Ces-HTA, incrementándose este riesgo a mayor número de cesareas previas. En nuestro grupo ocurrió en 2 casos (5.9 %) que es discretamente mayor al 3 % reportado en la literatura (23) Ver Cuadro 7.1.



Lesion a Tubo Digestivo : Esta complicacion transquirurgica ocurrio con 1 caso (2.9 %) de lesion a colon.

CIRUGIA COMPLEMENTARIA : En nuestro estudio hubo necesidad de realizar en 11 pacientes (32.3 %) una o mas cirugias complementarias a la Ces-HTA (Ver Grafica 7.13). Esta cirugia consistio en 7 casos (20.6 %) de salpingooforectomia en comparacion al 6 a 10 % reportado por BARCLAY (39) y de un 36 % reportado por MORTON (67). Otras cirugias fueron reparacion vesical en 2 casos (5.9 %) y 1 caso (2.9 %) de cada una de las siguientes : cierre primario de colon, Ligadura de arterias hipogastricas y una ampliacion radical por CA de Ovario.

REINTERVENCIONES : En nuestro estudio se realizo en 4 pacientes (11.8%) alguna reintervencion quirurgica (Ver Grafica 7.14), siendo en 2 casos (5.9 %) un drenaje de cupula, 1 caso (2.9 %) de cierre secundario de pared dehiscente y una Laparotomia de Segunda Mirada.

ESTANCIA HOSPITALARIA : Se encontro en este grupo una estancia hospitalaria promedio de 6.1 dias (Ver Grafica 7.15), con 9 pacientes (26.5 %) con estancia menor a 4 dias, 21 (61.8 %) de 5 a 8 dias, 2 (5.9 %) con una

CUADRO 7.1. - CESAREA-HISTERECTOMIA: COMPLICACIONES QUIRURGICAS

	SERIE ACUMULADA		ESCALANTE ISSSTE		RUJZ VELAZCO HGO 3		VALDEZ TORRES HGO 4	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
CESAREA-HTA	3,913		31		68		34	
CIRUGIA ELECTIVA	2,936	75.0%	3	9.7%	4	5.9%	1	2.9%
CIRUGIA INDICADA	977	25.0%	28	90.3%	64	94.1%	33	97.1%
TÉCNICA SUBTOTAL	725	18.5%	17	54.8%	19	27.9%	6	17.6%
MUERTE MATERNA	28	0.7%	1	3.2%	4	5.9%	3	8.8%
MORBILIDAD QUIRURGICA								
LESION VESICAL	118	3.0%	1	3.2%	4	5.9%	2	5.9%
FISTULA VESVAG	18	0.5%	N/R		1	1.5%	1	2.9%
LESION URETER	10	0.3%	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%
INFECCION HERIDA	126	3.2%	2	6.5%	5	7.4%	1	2.9%
CELULITIS PELVICA	120	3.1%	N/R		5	7.4%	2	5.9%
REINTERVENCION POR SANGRADO	35	0.9%	0	0.0%	N/R		0	0.0%

estancia de 9 a 12 días y 2 pacientes (5.9 %) con una hospitalización mayor de 12 días.

HEMOGLOBINA CONTROL : En este grupo de pacientes se encontro una hemoglobina de control posterior a la Ces-HTA de 9.9 gramos.

MORBILIDAD MATERNA : Encontramos en 8 pacientes (23.5 %) una o mas causas de morbilidad (Ver Grafica 7.16 y Cuadros 7.1,7.2 y 7.3), siendo la mas frecuente la morbilidad febril en 4 casos (11.7 %) en comparacion al reporte de SCHNEIDER del 8.4 % (66) o del 39.7 % encontrado por BARCLAY (18). Esta morbilidad febril estuvo dada por 2 casos de absceso de cupula, 1 caso de absceso de pared y 1 caso de neumonia. Otras causas de morbilidad fueron 1 caso (2.9 %) de Coagulopatía (CID), 1 caso (2.9 %) de hernia post incisional, 1 caso de hematoma de cupula y 1 (2.9 %) caso de Fistula Vesicovaginal. Esta morbilidad encontrada fue comparada con reportes de la literatura para establecer su ubicacion (Cuadros 7.1,7.2 y 7.3).

MORTALIDAD MATERNA : Se encontro mortalidad en 3 casos (8.8 %), todas ellas a consecuencia de Coagulopatía con Hemorragia cerebral.

Estos fueron los resultados del analisis de 34 Ces-HTA que constituyen el 25.2 % de las 135 Histerectomías Obstetricas estudiadas.

Continuaremos analizando los otros tipos de Histerectomia.

CUADRO 7.2.- CESAREA-HISTERECTOMIA: COMPLICACIONES ASOCIADAS

AUTOR (REFERENCIA)	NUMERO CASOS	MORTALIDAD INTRAQX	LESION URINARIA	COMPLIC. INFECCIOSA	SANGRADO MASIVO
BARCLAY (27)	242	0	5(2.1%)	76(31.4%)	20(8.3%)
BARCLAY (18)	1,000	13(1.3%)	48(4.8%)	284(28.4%)	115(11.5%)
MORTON (67)	250	3(1.2%)	9(3.6%)	53(21.2%)	13(5.2%)
MICKAL (24)	384	0	21(5.5%)	179(46.6%)	55(14.3%)
PLETSCH (68)	169	0	11(6.5%)	19(11.2%)	2(1.2%)
ALFORD (69)	272	1(0.4%)	10(2.7%)	19(7%)	2(0.7%)
HAYNES (70)	149	1(0.7%)	11(7.4%)	34(22.8%)	N/R
SCHNEIDER (66)	249	0	4(1.6%)	7(2.8%)	2(0.8%)
WEBB (71)	72	0	2(2.8%)	8(11.1%)	0
ESCALANTE (5)	31	0	1(3.2%)	8(25.8%)	3(9.6%)
RUIZ VELAZCO (7)	68	1(1.4%)	5(7.4%)	13(19.1%)	43(63.2%)
VALDEZ TORRES	34	0	2(5.9%)	4(11.7%)	3(8.8%)

CUADRO 7.3.- CESAREA-HISTERECTOMIA: COMPLICACIONES INFECCIOSAS

AUTOR (REFERENCIA)	NUMERO CASOS	MORBIL FEBRIL (%)	ABCESO PARED (%)	ABCESO CUPULA (%)	HEMATOMA CUPULA (%)	INFECC RESPIR (%)	INFECC URINARIA
MICKAL (24)	384	N/R	7.3	14.1	2.6	1.8	28.1
BARCLAY (18)	1000	39.7	5.8	N/R	N/R	3.1	15.7
BARCLAY (27)	242	31.0	2.5	15.3	N/R	N/R	12.0
PATTERSON (72)	327	29-56%	11.6	0.6	N/R	N/R	1.2
WEBBE (71)	72	7.0	1.4	N/R	N/R	N/R	8.3
SCHENIDER (66)	249	8.4	0.4	N/R	1.2	0.4	N/R
HAYNES (70)	149	34.0	4.7	7.4	N/R	3.4	7.4
ALFORD (69)	272	67.0	0.4	N/R	2.6	0.8	3.3
PLETSCH (68)	169	18.0	1.8	N/R	N/R	1.2	8.2
VALDEZ TORRES	34	11.7	2.9	5.9	2.9	2.9	N/R

HISTERECTOMIA OBSTETRICA

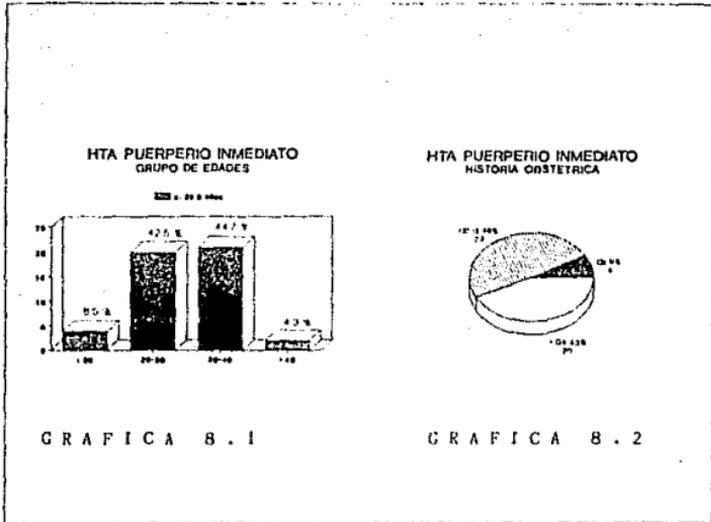
CAPITULO OCHO : HISTERECTOMIA DEL PUERPERIO INMEDIATO

En el periodo de tiempo comprendido por nuestro estudio, de Julio de 1989 a Junio de 1990, se realizaron 135 Histerectomias Obstetricas, de las cuales 47 (34,8 %) cirugias corresponden a aquellas realizadas en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento, ya sea via vaginal o via abdominal, esto es, en el Puerperio Inmediato.

En este grupo de pacientes, las indicaciones de la Histerectomia son siempre de Urgencia, ninguna Electiva, por considerarse esta cirugia para el manejo de complicaciones hemorragicas obstetricas, con una variacion importante en la frecuencia de estas complicaciones en comparacion con otros grupos de Histerectomia Obstetrica.

Como ya analizamos anteriormente, las indicaciones de Urgencia son aquellas que ameritan la realizacion de una Histerectomia para el control de un sangrado obstetrico que pone en riesgo la vida de la madre (39), haciendose tambien un analisis de las principales indicaciones de Histerectomia Obstetrica, entre las que destacan la Atonia Uterina, el Acretismo Placentario, la Rotura Uterina y los Desgarros Cervicovaginales, haciendo se ademas una revision sobre las causas y frecuencia de estas complicaciones, por lo que obviaremos otra descripcion. Sin embargo, vale la pena mencionar que encontramos una variacion importante en la frecuencia de estas complicaciones en este grupo de pacientes en comparacion con el grupo de Cesarea-Histerectomia en el cual la principal indicacion de Histerectomia fue el Acretismo Placentario, en este grupo de estudio la Atonia Uterina pasa a ser la complicacion mas frecuente como causa de Histerectomia.

En todas nuestras pacientes con Atonia Uterina, esta fue tratada en forma inicial con un manejo medico que incluye la aplicacion a grandes dosis de oxitocina, ergonovnicos y gluconato de calcio entre otras medidas terapeuticas (73), sin embargo, no hubo respuesta contractil deseada, requiriendose realizar una Histerectomia Obstetrica, tanto Postparto como Postcesarea (74), diferenciandose en este ultimo caso de la Ces-HTA en el que ambas cirugias se realizan en un mismo tiempo quirurgico (7).

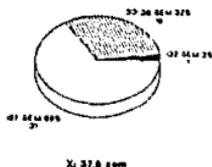


En el caso específico de la Atonía Uterina Postcesarea, hay reportes que refieren una falla hasta del 60 % en el manejo médico de la misma, requiriendo para su control de un manejo quirúrgico, considerándose a la Histerectomía Obstétrica como el procedimiento definitivo para el sangrado uterino incontrolable (77).

En algunos reportes el acretismo placentario ha sido la indicación más frecuente de Histerectomía (5), y otros autores encuentran una gran frecuencia de rotura uterina (75,76), sobre todo en población obstétrica de bajo nivel socioeconómico, situación que no fue similar en nuestro estudio, lo que indica una mejor calidad de atención obstétrica.

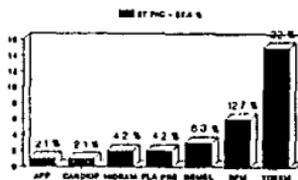
Una vez hechas estas consideraciones vamos a desarrollar los resultados obtenidos del análisis de 47 Histerectomías Obstétricas realizadas en el Periodo del Puerperio Inmediato.

HTA PUERPERIO INMEDIATO
EDAD GESTACIONAL



GRAFICA 8.3

HTA PUERPERIO INMEDIATO
COMPLICACIONES MEDICAS

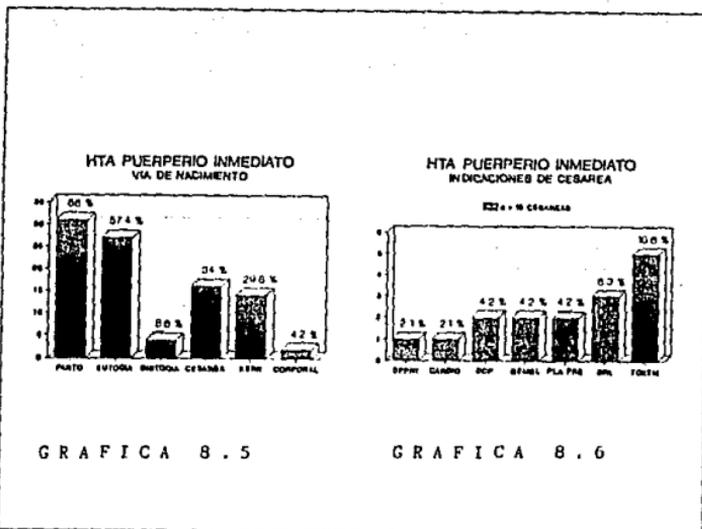


GRAFICA 8.4

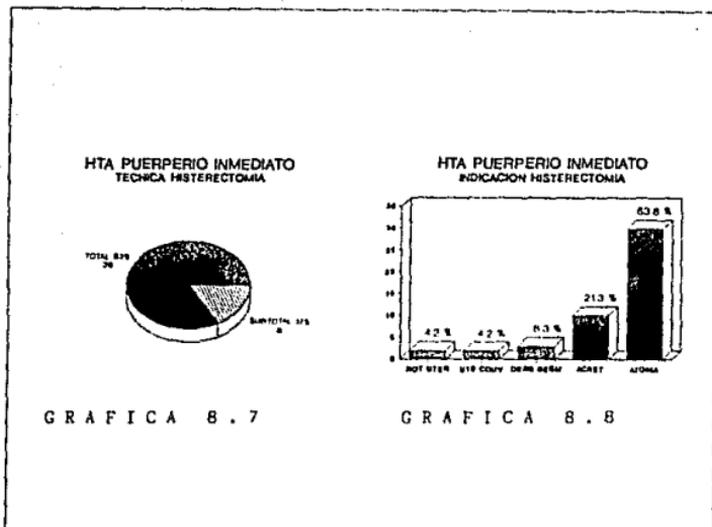
EDAD : Se encontro en este grupo una edad materna promedio de 28.9 años (Ver Grafica 8.1), con solo 4 pacientes (8.5 %) menores de 20 años, 20 (42.5 %) en el intervalo de 20 a 29 años, 21 (44.7 %) en el grupo de 30 a 39 y 2 mujeres (4.3 %) mayores de 40 años.

HISTORIA OBSTETRICA : Respecto a sus antecedentes obstetricos, solo 4 pacientes (8.5 %) eran primigestas, 23 (48.9 %) tenian de 2 a 3 gestaciones y 20 (42.6 %) eran multigestas con mas de 4 embarazos anteriores (Ver Grafica 8.2).

EDAD GESTACIONAL : En este grupo de pacientes hubo una edad gestacional promedio de 37.5 semanas (Ver Grafica 8.3) siendo practicamente todos embarazos a termino. Solo un embarazo (2.1 %) era menor a las 32 semanas, 15 (31.9 %) pacientes cursaban con una gestacion de 33 a 36 semanas, y el resto, 31 (66 %) cursaban con uno de termino.



COMPLICACIONES MEDICAS : De nuestro grupo de estudio, 27 (57.4 %) pacientes presentaron una o mas complicaciones durante su embarazo (Ver Grafica 8.4). Entre estas complicaciones, ocupa con mucho el primer lugar la Preeclampsia con 15 casos (31.9 %). Esta asociacion ya habia sido encontrada por nosotros en un estudio previo (43), y aunque desconocemos la causa, pensamos que el tratamiento con nifedipina, conocido inhibidor de la contraccion uterina, asociado a transtornos del metabolismo del calcio presente en esta patologia, pudieran tener algun significado en esta asociacion, sin embargo, no contamos con evidencias o estudios que apoyen esta hipotesis. Entre estas complicaciones destaca tambien la Rotura Prematura de membranas con 6 casos (12.7 %), 3 (6.3 %) casos de embarazo Multiple y 2 casos (4.2 %) de Polihidramnios, ambas situaciones asociadas a sobredistencion uterina, factor predisponente a Atonia. Otras complicaciones encontradas son 2 casos (4.2 %) de Placenta Previa, 1 caso (2.1 %) de Amenaza de Parto Pretermino y 1 caso de cardiopatia materna.



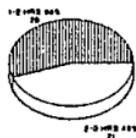
RESOLUCION DEL EMBARAZO : Del total de 47 embarazos estudiados en este grupo, 31 (66 %) terminaron por via vaginal con 27 Partos Eutocicos y 4 Distocicos; y 16 (34 %) se obtuvieron via abdominal con 14 por Cesarea ti por Kerr y 2 Corporales (Ver Grafica 8.5).

INDICACION DE CESAREA : De este subgrupo de 16 cesareas es interesante analizar sus indicaciones (Ver Grafica 8.6). La principal indicacion de cesarea fue la Preeclampsia con 5 casos (10.6 %), continuando 3 casos de Sufrimiento Fetal (6.3 %), 2 casos (4.2 %) de Embarazo Multiple, 2 casos de Desproporcion Cefalo-Pelvica y 2 casos de Placenta Previa; ademas de 1 caso (2.1 %) de Desprendimiento Placentario y otro caso de Cardiopatia.

Se observa nuevamente la importante asociacion de Preeclampsia y sangrado Postparto por Atonia que requirio de Histerectomia.

TIPO DE HISTERECTOMIA : En nuestro grupo de 47 Histerectomias Obstetricas, 39 (83 %) fueron en su variedad de tecnica Total, y 8 (17 %) fueron en su variedad Subtotal (Ver Grafica 8.7), con un porcentaje muy similar a lo reportado en la literatura (Ver Cuadro 7.1).

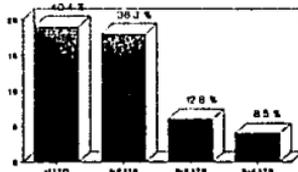
HTA PUERPERIO INMEDIATO
TIEMPO QUIRURGICO



X: 1.01 HORAS

GRAFICA 8.9

HTA PUERPERIO INMEDIATO
SANGRADO QUIRURGICO



X: 1470 ML

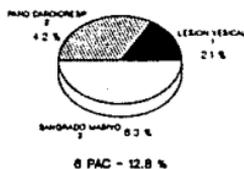
GRAFICA 8.10

INDICACION DE HISTERECTOMIA : Ya habíamos comentado la variación importante que se observó en las indicaciones de Histerectomía en este grupo de estudio en relación a la Ces-HTA, en el cual la principal indicación fue el Acretismo Placentario, y en este grupo la complicación con mucho más frecuencia fue la Atonia Uterina con 30 casos (63.8 %), continuando en frecuencia el Acretismo con 10 casos (21.3 %), en forma menos importante solo 3 casos (6.3 %) de Desgarros Cervicovaginales, 2 casos (4.2 %) de Rotura Uterina y 2 casos de Utero de Couvaliere (Ver Grafica 8.8).

TECNICA ANESTESIA : En este grupo de estudio, por las condiciones maternas al momento de decidir la cirugía, todas fueron realizadas bajo una Anestesia General Inhalatoria.

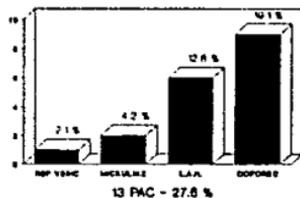
TIEMPO QUIRURGICO : Se encontró un tiempo quirúrgico promedio de 110 minutos (Ver Grafica 8.9), con 26 pacientes (55 %) que requirieron de 1 a 2 horas de cirugía, y el resto 21 (45 %) pacientes con un tiempo quirúrgico de 2 a 3 horas.

HTA PUERPERIO INMEDIATO
COMPLICACIONES TRANSQUIRURGICAS



GRAFICA 8.11

HTA PUERPERIO INMEDIATO
CIRUGIA COMPLEMENTARIA

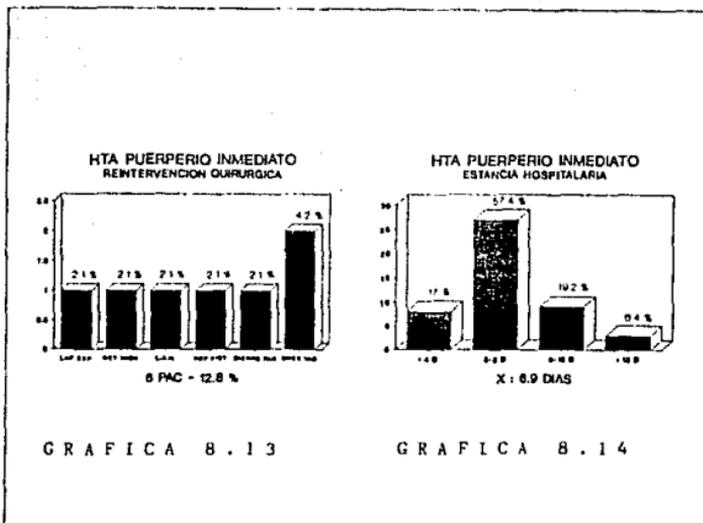


GRAFICA 8.12

SANGRADO QUIRURGICO : En este grupo de Histerectomia Obstetrica se encontro un sangrado quirurgico promedio de 1,470 mililitros (Ver Grafica 8.10), con 19 pacientes (40.4 %) con un sangrado menor a 1 litro, 18 pa cientes (38.3 %) con sangrado de 1 a 2 litros, 6 (12.8 %) en el grupo de 2 a 3 litros y 4 (8.5 %) con sangrado quirurgico mayor de 3 litros.

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS : Encontramos en este grupo de estudio 6 pacientes (12.8 %) con una o mas complicaciones transquirurgicas (Ver Grafica 8.11), entre las que destacan 3 casos (6.3 %) de Sangrado Masivo, 2 casos (4.2 %) de Paro Cardiorespiratorio y 1 caso (2.1 %) de lesion vesical.

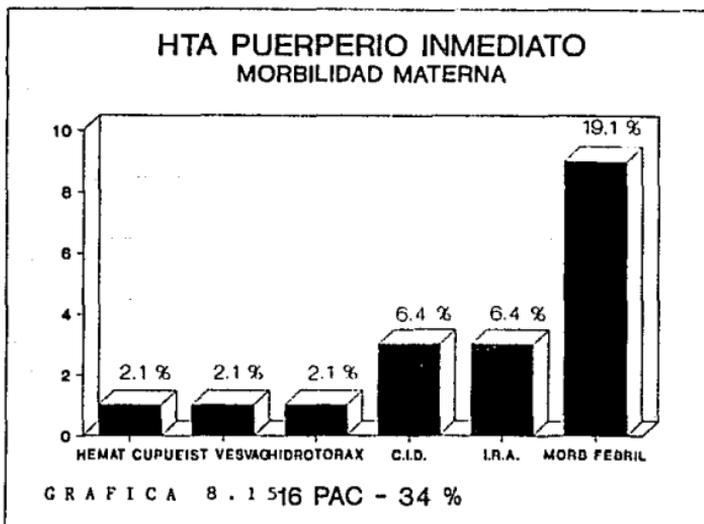
CIRUGIA COMPLEMENTARIA : Hubo necesidad de realizar una o mas cirugias complementarias en 13 pacientes (27.6 %) de este grupo (Ver Grafica 8.12) Destacan entre estas cirugias 9 casos (19.1 %) de salpingooforectomias, 6 casos (12.8 %) de Ligadura de Hipogastricas, 2 (4.2 %) Taponamientos ti po Mickulikz y 1 (2.1 %) reparacion vesical.



REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA : En este grupo de estudio se realizaron en 6 pacientes (12.8 %) una o más reintervenciones quirúrgicas (Ver Grafica 8.13), entre ellas 2 casos (4.2 %) de drenaje de absceso de cúpula vaginal, y 1 caso (2.1 %) de cada una de las siguientes cirugías : Laparotomía Exploradora por sangrado abdominal, Ligadura de Arterias Hipogástricas, Retiro de Míckulízk, cierre secundario de pared dehiscente y una cirugía para reparación de Fístula Vesicovaginal.

ESTANCIA HOSPITALARIA : Se encontró una estancia hospitalaria promedio de 6.9 días (Ver Grafica 8.14), con solo 8 pacientes (17%) con estancia menor de 4 días, 27 (57.4 %) con estancia de 4 a 8 días, 9 (19.2 %) con hospitalización de 9 a 12 días y 3 (6.4 %) con una estancia mayor a los 12 días.

HEMOGLOBINA CONTROL : En los estudios de Biometría Hemática realizados en este grupo de pacientes se encontró un promedio de 9.07 gramos de Hemoglobina posterior a la Histerectomía.



MORBILIDAD MATERNA : Se encontro una o mas causas de morbilidad en 16 (34 %) pacientes de este grupo de estudio (Ver Grafica 8.15); siendo la mas comun la Morbilidad Febril con 9 casos (19.1 %), la cual estuvo dada por 3 casos de absceso de cupula vaginal, 2 casos de Neumonía, 2 casos de Infeccion Urinaria y 1 absceso de pared. El resto de la Morbilidad estuvo dada por 3 casos (6.4 %) de Congulopatía (CID), 3 casos (6.4 %) de Insuficiencia Renal Aguda (IRA), y 1 caso (2.1 %) de las siguientes complicaciones : derrame pleural, Hematoma de Cupula Vaginal y una Fistula Vesicovaginal.

MORTALIDAD MATERNA : Se encontro en este grupo mortalidad en 4 pacientes (8.5 %), todas ellas secundarias a Shock irreversible por Sangrado con CID e IRA secundaria al mismo.

Estos fueron los resultados encontrados en 47 casos de Histerectomia Obstetrica realizada en el Puerperio Inmediato.

HISTERECTOMIA OBSTETRICA

CAPITULO NUEVE : HISTERECTOMIA DEL PUERPERIO MEDIATO - TARDIO

El último grupo de pacientes a analizar es aquel en el cual la Histerectomía Obstétrica se realiza durante su Puerperio Mediato y Tardío, es to es, posterior a las 24 horas después del nacimiento. Por lo general la cirugía se indica por complicaciones infecciosas del Puerperio.

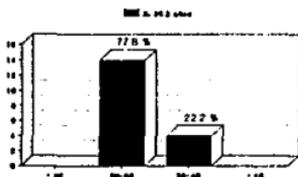
A pesar del arsenal de eficacia de antibióticos de que dispone el obstetra en estos días, la infección continúa siendo la tercera causa de muerte materna (2); y en particular, los procesos infecciosos del puerperio son de gran preocupación para el clínico, pues ensombrecen un aparente buen resultado obstétrico. Estas infecciones puerperales continúan siendo complicaciones comunes, a veces graves y mortales si no se manejan adecuadamente. Las más frecuentes provienen del útero y comprenden a la endometritis, endomiometritis o endoparametritis de acuerdo a la extensión del proceso patológico, el cual requiere en ocasiones de la realización de una Histerectomía Obstétrica que erradique el foco séptico y limite el proceso infeccioso (78).

La endometritis aparece de 7 a 30 veces más posterior al nacimiento por cesárea, complicando del 5 al 6 % de las cesáreas electivas, y del 22 al 85 % de las cesáreas de urgencia (79). La gravedad de la enfermedad también aumenta después de un nacimiento abdominal; el absceso pélvico y la tromboflebitis pélvica, complicaciones que requieren en ocasiones de la realización de una Histerectomía Obstétrica u otro manejo quirúrgico, ocurren de 4 a 9 % después de endometritis postcesárea, y solo en el 2 % posterior a un parto vaginal (78).

Se han descrito una serie de factores de riesgo que predisponen a la endometritis, entre ellos la presencia de trabajo de parto previo a la cesárea, la duración de la rotura de membranas, el número de tactos vaginales realizados, el bajo nivel socioeconómico y la anemia (80), todas estas condiciones presentes en gran cantidad de nuestra población.

Escapa a los propósitos de este estudio hacer una amplia revisión sobre la fisiopatología, los aspectos microbiológicos, diagnósticos y terapéuticos de la endometritis. Solo haremos una breve mención de su cuadro clínico-

HTA PUERPERIO MEDIATO-TARDIO
GRUPO DE EDADES



GRAFICA 9.1

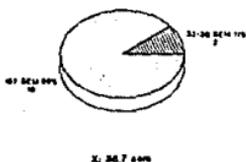
HTA PUERPERIO MEDIATO-TARDIO
HISTORIA OBSTETRICA



GRAFICA 9.2

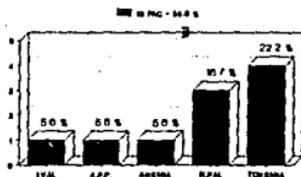
-co que se caracteriza por fiebre persistente, malestar general, dolor en la parte baja del abdomen, dolor a la palpacion del utero el cual se encuentra con subinvolucion y loquios purulentos y fetidos (78). Se considera que mas del 95 % de estos casos se resuelven con una combinacion antibiotica, ya sea penicilina, aminoglucosidos o clindamicina (81). Sin embargo, menos del 2 % de pacientes manifiestan sintomas de peritonitis con nauseas, vomitos, distencion abdominal, disminucion de peristalsis, dolor a la movilizacion del utero y desarrollo de abscesos pelvicos y tromboflebitis pelvica (82), situacion que si no se detecta y se trata oportunamente en forma mas agresiva, continua su evolucion hasta causar una muerte materna, pues tiene una tasa de mortalidad materna que varia del 5 al 28.5 % ya una vez establecido el proceso septico (82,83), o en casos menos graves, ocasionar lesiones pelvicas irreversibles que ocasionan en el 33 % de estas mujeres Esterilidad Secundaria (84).

HTA PUERPERIO MEDIATO-TARDIO
EDAD GESTACIONAL



GRAFICA 9.3

HTA PUERPERIO MEDIATO-TARDIO
COMPLICACIONES MEDICAS



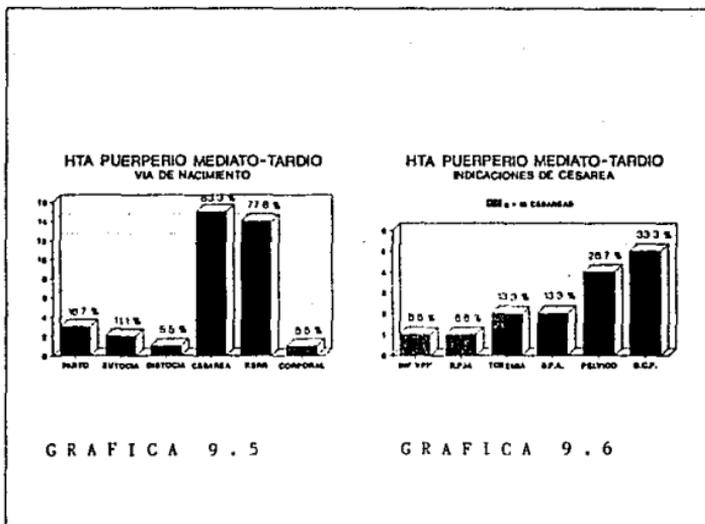
GRAFICA 9.4

Por lo anterior, es de vital importancia el realizar un diagnóstico oportuno de Pelviperitonitis Puerperal y/o absceso pélvico, para poder realizar una intervención quirúrgica oportuna y reducir esta mortalidad materna asociada tan elevada (85).

Una vez hechas estas consideraciones, vamos a analizar los resultados de este grupo de Histerectomía Obstétrica realizada en el curso del Puerperio Mediano a Tardío, todas ellas indicadas por procesos sépticos. En el período que abarca el estudio se realizaron 135 Histerectomías Obstétricas en nuestro Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"; de ellas solo 18 (13.3 %) pertenecen a este grupo de cirugías.

Las siguientes son las principales características clínicas encontradas en estas pacientes :

EDAD : En este grupo se encontró una edad promedio de 26.3 años (Ver Grafica 9.1), con 14 pacientes (77.8 %) en el grupo de 20 a 29 años, y el resto, 4 (22.2 %) en el intervalo de 30 a 39.

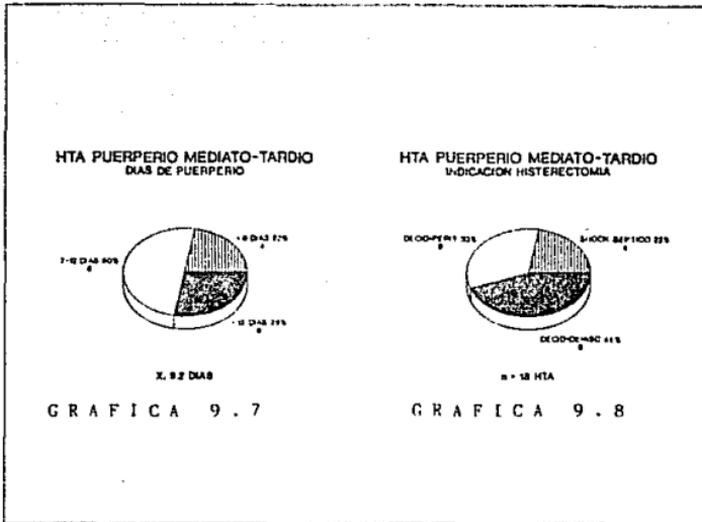


HISTORIA OBSTETRICA : En este grupo destaca el hecho de que 6 (33 %) eran primigestas, 10 (56 %) tenían de 2 a 3 gestaciones y solo 2 (11 %) eran multigestas (Ver Grafica 9.2).

EDAD GESTACIONAL : Respecto a la duración del embarazo prácticamente todos eran de término, encontrándose una edad gestacional promedio de 38.7 semanas (Ver Grafica 9.3); solo 2 pacientes (11 %) tenían un embarazo de 33 a 36 semanas y 16 (89 %) embarazos eran de término.

COMPLICACIONES MEDICAS : En estas pacientes se observo que 10 (55.6 %) de ellas presentaron una o mas complicaciones durante su embarazo. Estas complicaciones fueron las siguientes :

La complicación mas comunmente encontrada fue la Preeclampsia en 4 pacientes (22.2 %), en 3 (16.7 %) se presento Rotura Prematura de Membranas y 1 caso (5.6 %) de cada una de las siguientes complicaciones : anemia crónica, infección urinaria y Amenaza de Parto Pretermino (Ver Grafica 9.4).



VIA DE NACIMIENTO : Respecto a la resolución del embarazo que precedió a esta complicación séptica puerperal, se observó que en 15 casos (83.3%) fueron por vía abdominal, 14 de ellos por Cesarea Kerr y 1 caso con Cesarea Corporal; mientras que solo 3 pacientes presentaron parto vaginal (16.7 %), 2 de ellos eutócicos y 1 distócico (Ver Grafica 9.5).

Por lo tanto, es evidente que el riesgo de desarrollar complicaciones infecciosas puerperales tributarias de manejo quirúrgico con Histerectomía Obstétrica es mayor posterior al nacimiento por cesarea, con un riesgo en nuestro estudio del 0.2 % comparado con un riesgo del 0.01 % posterior a un nacimiento vía vaginal.

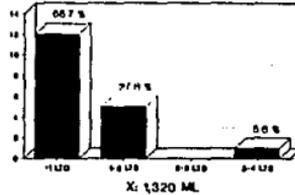
INDICACION CESAREA : Siendo la cesarea un importante factor de riesgo para esta complicación, analizamos las indicaciones de la misma en este grupo de pacientes (Ver Grafica 9.6). La indicación mas común fue la Desproporción Cefalopélvica con 5 casos (33.3 %), 4 (26.7 %) casos de presentación pélvica, 2 (13.3 %) indicadas por preeclampsia, 2 por Sufrimiento Fetal, 1 caso de Rotura de membranas y 1 por condilomatosis extensa ; no observando variación importante en las indicaciones.

HTA PUERPERIO MEDIATO-TARDIO
TIEMPO QUIRURGICO



GRAFICA 9.9

HTA PUERPERIO MEDIATO-TARDIO
SANGRADO QUIRURGICO



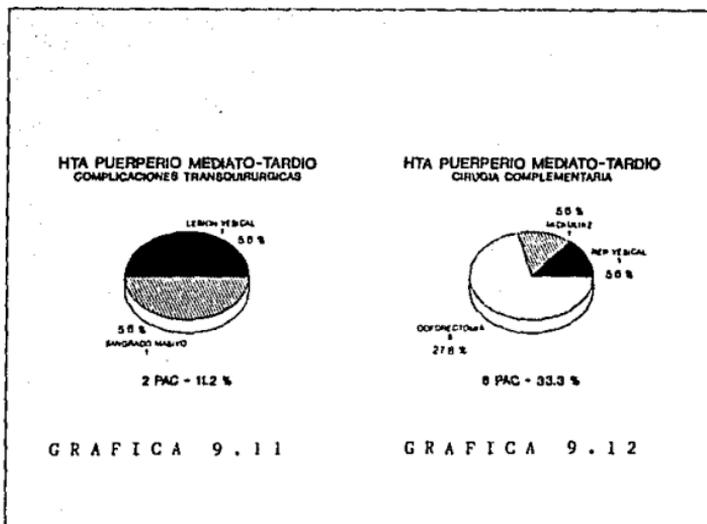
GRAFICA 9.10

TIEMPO DE PUERPERIO : Respecto al momento del estado puerperal en que se realizaron estas Histerectomías Obstétricas, prácticamente todas se realizaron en el Puerperio Tardío, es decir, posterior a los 7 días del nacimiento, con un promedio de 9.2 días postparto (Ver Grafica 9.7).

Solo en 4 pacientes (22 %) la Histerectomía se realizó en un tiempo menor a los 6 días del puerperio, en 9 (50 %) pacientes esta cirugía se realizó de 7 a 12 días postparto, y 5 (28 %) cirugías se realizaron posterior a los 13 días del puerperio.

INDICACION HISTERECTOMIA : Todas estas cirugías se realizaron como parte del manejo de procesos septicos, con las siguientes características clínicas (Ver Grafica 9.8):

Estas Histerectomías Obstétricas se realizaron en 4 casos (22 %) por deciduomiotritis con shock septico, en 6 casos (33 %) la indicación fue una deciduomiotritis con pelviperitonitis y los restantes casos, 8 (44%) casos por deciduomiotritis con dehiscencia total de histerorrafia.

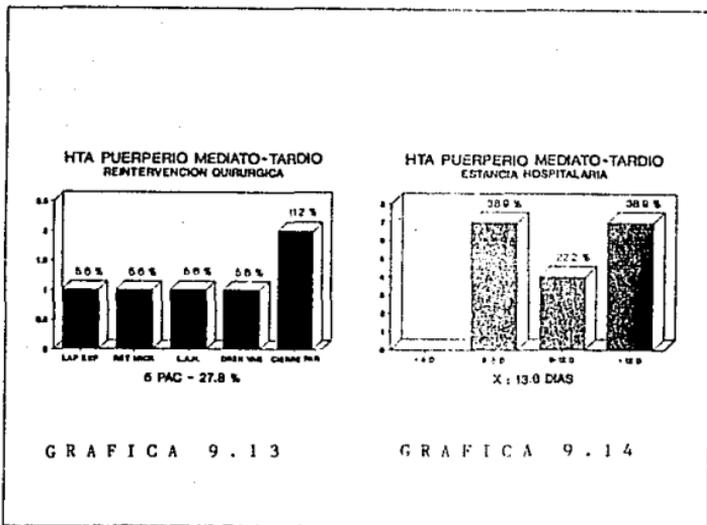


TIPO HISTERECTOMIA : Por ser estas Histerectomias realizadas para el tratamiento de procesos septicos, esta bien establecido que en estos casos no caben variaciones en la tecnica y todas fueron Totales (18).

TIPO ANESTESIA : Al mismo tiempo, y dadas las condiciones septicas de estas pacientes, todas se realizaron bajo una Anestesia General Inhalatoria Balancada.

TIEMPO QUIRURGICO : En este grupo de pacientes se encontro un tiempo quirurgico promedio de 121 minutos (Ver Grafica 9.9), con 7 pacientes (39 %) con un tiempo quirurgico de 1 a 2 horas, 10 (56 %) pacientes con un tiempo de 2 a 3 horas, y solo 1 caso (6 %) con tiempo operatorio mayor de 3 horas.

SANGRADO QUIRURGICO : En estas cirugias hubo un promedio de sangrado quirurgico de 1,320 mililitros (Ver Grafica 9.10), con 12 casos (66.6 %) con sangrado menor a 1 litro, 5 (27.8 %) casos con sangrado de 1 a 2 litros y 1 caso (5.6 %) con sangrado mayor a 3 litros.

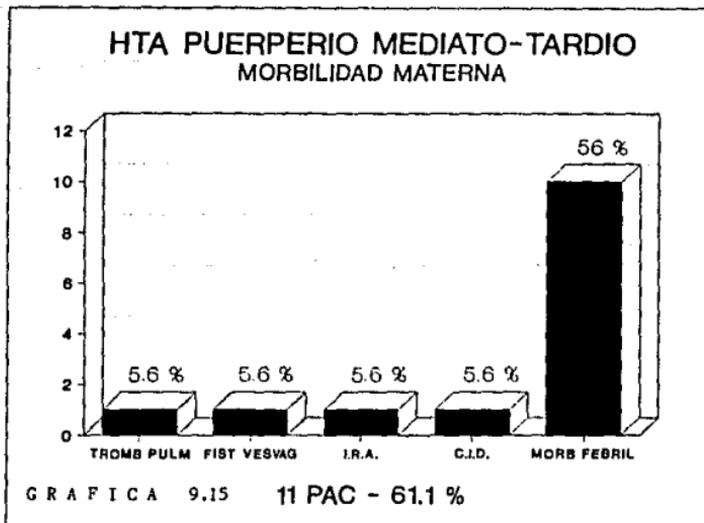


COMPLICACIONES TRANSQUIRURGICAS : En este grupo de pacientes encontramos 2 complicaciones quirurgicas (11.2 %), de las cuales 1 caso fue por sangrado masivo y 1 caso (5.6 %) de lesion vesical (Ver Grafica 9.11).

CIRUGIA COMPLEMENTARIA : Hubo necesidad de realizar una o mas cirugias complementarias en 6 pacientes (33.3 %), de las cuales 5 casos (27.8 %) fueron salpingooforectomias, 1 caso (5.6 %) de Taponamiento tipo Mikulikz y 1 caso de reparacion vesical (Ver Grafica 9.12).

REINTERVENION QUIRURGICA : De este grupo de pacientes hubo necesidad de realizar en 5 casos (27.8 %) una o mas reintervenciones quirurgicas (Ver Grafica 9.13), entre ellas 2 casos (11.2 %) de cierre secundario de pared dehiscente, y una cirugia (5.6 %) de cada una de las siguientes : 1 drenaje de cupula vaginal, una laparotomia exploradora, un caso de Ligadura de Arterias Hipogastricas y un retiro de Mikulikz.

ESTANCIA HOSPITALARIA : Se encontro un promedio de hospitalizacion de 13.6 dias (Ver Grafica 9.14), con 7 (38.9 %) pacientes con estancia de 5 a 8 dias, 4 (22.2 %) de 9 a 12 dias, y 7 (38.9 %) mas de 12 dias.

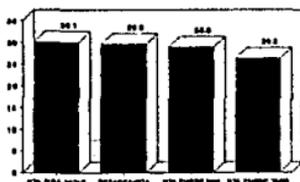


MORBILIDAD MATERNA : En este grupo de estudio se encontro en 11 pacientes (61.1 %) una o mas causas de morbilidad (Ver Grafica 9.15); entre las que destacan la Morbilidad Febril en 10 (56.5 %) pacientes, y que estuvo dada por 4 casos de abscesos pelvicos residuales, 2 casos de neumonia, 2 casos de absceso de pared, 1 caso de tromboflebitis pelvica y un caso de infeccion urinaria; explicandose esta alta tasa de morbilidad febril por el hecho de ser pacientes septicas de inicio. El resto de la morbilidad estuvo dada por 1 caso (5.6 %) de cada una de las siguientes complicaciones : un caso de Coagulopatía (CID), un caso de Insuficiencia Renal (IRA), un caso de Tromboembolia Pulmonar y un caso de Fistula Vesicovaginal.

MORTALIDAD MATERNA : Se encontro en este grupo una muerte materna, con una tasa de mortalidad del 5.5 %, y esta estuvo dada por un Shock Septico Irreversible con Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto,

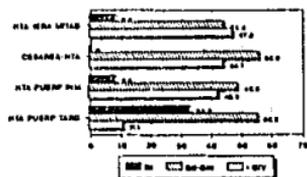
Estos fueron los resultados del analisis de 18 Histerectomías Obstetricas realizadas en el Puerperio Mediatotardio.

ANALISIS COMPARATIVO DE VARIABLES
EDAD MATERNA PROMEDIO



GRAFICA 10.1

ANALISIS COMPARATIVO DE VARIABLES
ANTECEDENTES OBSTETRICOS



GRAFICA 10.2

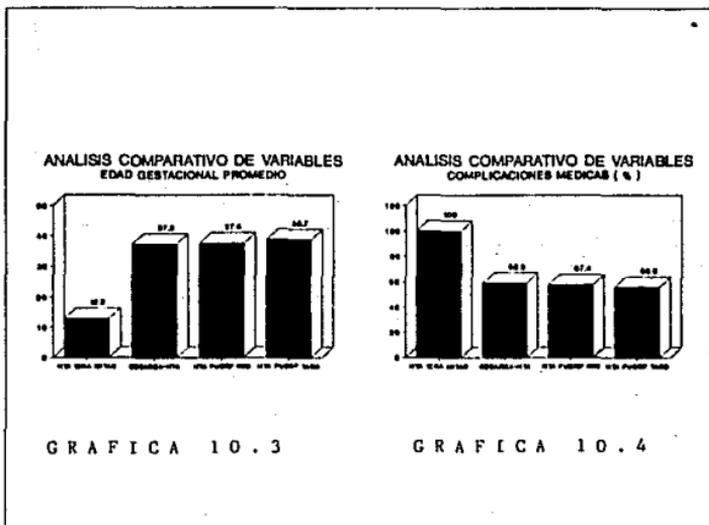
HISTERECTOMIA OBSTETRICA

CAPITULO DIEZ : CONCLUSIONES

En el presente estudio se analizan los resultados de 135 Histerectomias Obstetricas realizadas en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Mexico, Distrito Federal.

El periodo de tiempo estudiado fue de un año, del mes de julio de 1989 al mes de junio de 1990, durante el cual ocurrieron 23,303 nacimientos, 7,349 (31.5 %) de ellos por cesarea, encontrandose por lo tanto una tasa de Histerectomia Obstetrica de 1 por cada 172 nacimientos.

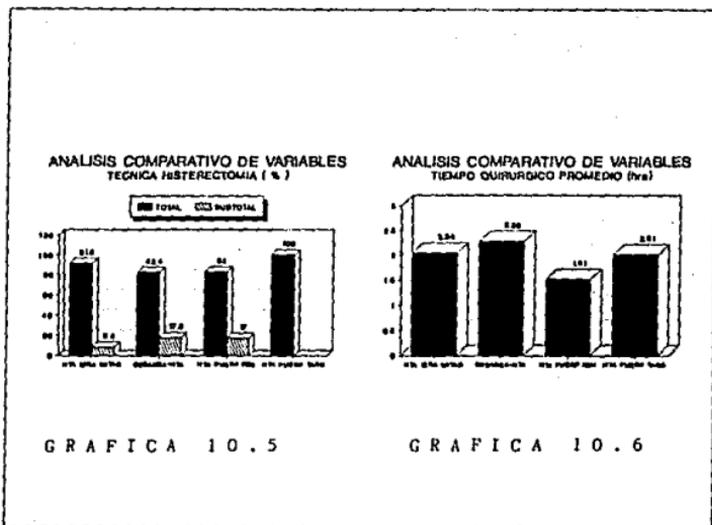
Estas cirugias se dividieron en 4 grupos de acuerdo al momento del Estado Gravido-Puerperal en que se realizaron, con los siguientes porcentajes en cada grupo :



HTA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO	- 36 (26.7 %)
CESAREA - HISTERECTOMIA	- 34 (25.2 %)
HTA DEL PUERPERIO INMEDIATO	- 47 (34.8 %)
HTA PUERPERIO MEDIATO-TARDIO	- 18 (13.3 %)

En cada uno de los capitulos anteriores se hace una revision de los principales aspectos teoricos de cada tipo de cirugia, y se describen los resultados encontrados en nuestro estudio con respecto a las variables clinicas que revisamos, entre las que destacan la edad materna, la edad gestacional, la ocurrencia de complicaciones en cada embarazo, la via de resolusion del mismo, la indicacion y el tipo de Histerectomia Obstetrica, el tipo de anestesia, el tiempo y sangrado quirurgico, la presencia de complicaciones quirurgicas, la frecuencia de reintervenciones quirurgicas, y las tasas y causas de morbilidad y mortalidad.

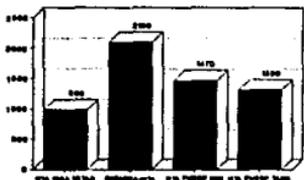
Sin embargo, ya conocidos estos aspectos en cada grupo de estudio, haremos un breve analisis comparativo entre estos grupos de estudio en relacion a las variables clinicas descritas.



EDAD MATERNA : En la Grafica 10.1 se hace una comparacion entre el promedio de edad materna encontrada en cada grupo de Histerectomia Obstetrica, no observando diferencias significativas, variando este promedio entre 26.3 a 30.1 años. Esto consecuencia a que esta complicacion obstetrica tributaria de Histerectomia ocurre en el promedio de la edad reproductiva.

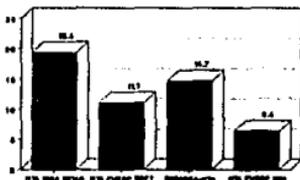
HISTORIA OBSTETRICA : En relacion a los antecedentes obstetricos observados en estos grupos (Ver Grafica 10.2) se aprecia la ausencia de primigestas en el grupo de Ces-HTA por la necesidad de cesareas previas que pueden requerir esta Ces-HTA, y el hecho de que de un 8 a 9 % de primigestas en promedio, el grupo de HTA en el Puerperio Tardio alcanza hasta un 33 % lo que ocasiona un gran porcentaje de mujeres con limitacion en sus perspectivas reproductivas. Destaca tambien el hecho de que en el grupo de pacientes que requirieron HTA por complicaciones septicas de aborto, la mayor parte eran multigestas.

ANALISIS COMPARATIVO DE VARIABLES
TIEMPO QUIRURGICO PROMEDIO (MTS)



GRAFICA 10.7

ANALISIS COMPARATIVO DE VARIABLES
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS (%)



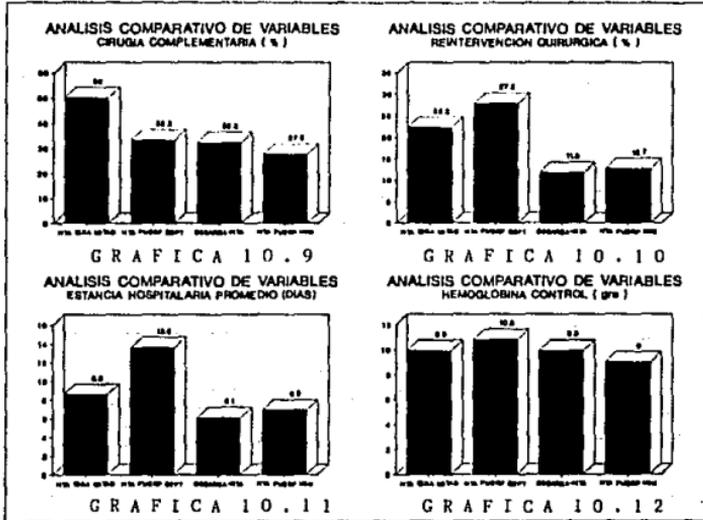
GRAFICA 10.8

TECNICA HISTERECTOMIA : Un aspecto importante a analizar por su controversia es el tipo de Histerectomía utilizada. Obviamente esta fue Total en el grupo de HTA del Puerperio Tardío por ser esta indicada por sepsis, aumenta a un 8.4 % en la HTA de la Primera Mitad Embarazo y se estabiliza en un 17 % que es acorde a la literatura mundial (Ver Grafica 10.5).

EDAD GESTACIONAL : Solo hubo diferencia obvia en el grupo de HTA de la Primera Mitad del embarazo, en el resto practicamente todos eran embarazos de termino, por arriba de las 37 semanas (Ver Grafica 10.3).

COMPLICACIONES MEDICAS : En todos los grupos de Histerectomía se trato de embarazos complicados con mas del 50 % con algun tipo de complicacion, hasta un 100 % en la primera mitad del embarazo (Ver Grafica 10.4).

TIEMPO QUIRURGICO : El grupo con mayor tiempo quirurgico fue el de Ces- HTA por ser practicamente dos eventos quirurgicos, con 148 minutos, los demas grupos tienen un promedio de 120 minutos (Ver Grafica 10.6).

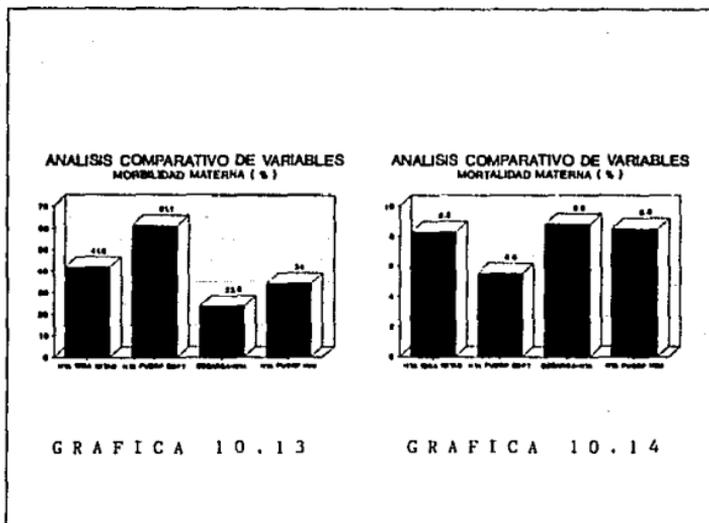


SANGRADO QUIRÚRGICO : Hubo un sangrado quirúrgico significativamente mayor en el grupo de Ces-HTA, esto en relación al mayor tiempo quirúrgico y el tratarse de dos cirujías (Ver Grafica 10.7).

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS : Se observó un incremento significativo en las complicaciones transoperatorias en el grupo de HTA de la primera mitad del embarazo, esto quizá en relación a cierto retardo en la decisión quirúrgica por ser embarazos en etapas iniciales; el resto de los grupos variaron en un promedio de 10 % (Ver Grafica 10.8).

CIRUGÍA COMPLEMENTARIA : Se encuentra una diferencia significativa en el mismo grupo de pacientes, pues de un promedio de un 30 % se eleva a un 50 %, esto debido quizá a un mayor compromiso pélvico en el proceso que ameritó la Histerectomía, también en relación al retardo (Grafica 10.9).

REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA : También hay diferencias, de un promedio del 12 % en el grupo de Ces-HTA y Puerperio Inmediato, a más del 20 y 30 % en los dos grupos con gran cantidad de pacientes sépticas, lo que ocasiona este aumento en las reintervenciones quirúrgicas (Ver Grafica 10.10).



ESTANCIA HOSPITALARIA : Esta se incrementa significativamente tambien en los dos grupos con pacientes septicas, hasta a mas de 13 dias, esto en relacion al tipo de patologia (Ver Grafica 10.11).

HEMOGLOBINA CONTROL : No hubo diferencias (Ver Grafica 10.12).

MORBILIDAD MATERNA : Se encuentran diferencias significativas, pues de un promedio de 23 a 34 % de morbilidad en pacientes con complicaciones hemorragicas, se incrementa a mas del 60 % en los dos grupos con pacientes infectadas, lo que contribuye a esta mayor morbilidad febril (grafica 10.13).

MORTALIDAD MATERNA : Respecto a la mortalidad no se aprecian diferencias significativas, observandose un promedio del 6 al 8 % de mortalidad (Ver Grafica 10.14).

Este analisis comparativo de variables entre los grupos de Histerectomia Obstetrica estudiados, nos permite observar ciertas diferencias en sus resultados, que resultan logicas de acuerdo a sus caracteristicas clinicas.

Podemos concluir que la Histerectomia Obstetrica continua siendo una medida quirurgica invaluable para el manejo de ciertas complicaciones que ponen en riesgo el bienestar materno, de ahi la importancia de que el obstetra este familiarizado con su tecnica y variables clinicas.

B I B L I O G R A F I A

- 1) YOUNG, J.H.: Cesarean Section.
The history and development of the operation. London 1944; 93.
- 2) MORENO, C.M.: Muerte Materna por Infección.
Memorias de la III Jornada Médica Bicenial del Hosp. Gineco-Obstetricia Luis Castelazo A.
Mexico, D.F. 1990; 76.
- 3) VELASCO, A.R.: Revisión de 100 casos de Mortalidad Materna.
Memorias de la III Jornada Médica Bicenial del Hosp. Gineco-Obstetricia Luis Castelazo A.
Mexico, D.F. 1990; 44.
- 4) VALDEZ TORRES, A.: Morbilidad y Mortalidad de la Histerectomía Obstétrica.
Memorias del I Congreso Nacional de Ginecología y obstetricia.
Acapulco, Gro. 1989; 125.
- 5) ESCALANTE, L.: Histerectomía en el Estado Grávido Puerperal.
Ginec. Obstet. Mex. 1972; 32; 599.
- 6) MORINI, A.: Destructive cesarean section; Hysterectomy for obstetric reasons and post-
abortive hysterectomy. Analysis of 35 cases.
Minerva Ginecol. 1999; 41; 497.
- 7) RUIZ-VELASCO, V.: Cesáreo-Histerectomía en el Hosp. Gineco-Obstetricia No. 3 IMSS.
Ginec. Obstet. Mex. 1972; 32; 635.
- 8) HAYNES, D.M.: Cesarean-Hysterectomy: a 25 year review
Am. J. Obstet. Gynecol. 1979; 134; 393.
- 9) SPEERT, H.: Ehardo Porro and Cesarean Hysterectomy.
Surg. Gynecol. Obstet. 1958; 106; 245.
- 10) DUFFIE, R.B.: Evolution of Cesarean Hysterectomy
Clin. Obstet. Gynecol. 1969; 12; 575.
- 11) HARRIS, R.P.: Results of the first fifty cases of cesarean-ovario-hysterectomy 1869-1880.
Am. J. Med. Sci. 1880; 80; 129.
- 12) CASTELAZO AYALA, L.: Historia de la Obstetricia y Ginecología en Latinoamérica.
F.L.A.S.O.G. 1970; 1; 277.
- 13) HARRIS, J.W.: A study of the results obtained in 64 cesarean sections terminated by su-
pravaginal hysterectomy.
Bull. Johns Hopkins Hosp. 1922; 33; 318.
- 14) REIS, R.A.: Cesarean hysterectomy.
JAMA 1947; 134; 775.
- 15) DAVIS, M.E.: Complete cesarean-hysterectomy, logical advance in modern obstetrics surgery.
Am. J. Obstet. Gynecol. 1951; 63; 838.
- 16) DYER, I.: Total cesarean-hysterectomy at cesarean section and in the immediate puerperal
period.
Obstet. Gynecol. 1953; 65; 517.
- 17) BRADBURY, W.C.: Cesarean Hysterectomy
West J. Surg. 1955; 63; 232.
- 18) BARCLAY, D.L.: Cesarean-Hysterectomy at the Charity Hospital in New Orleans. 1,000 con-
secutive operations.
Clin. Obstet. Gynecol. 1969; 12; 635.

- 19) URIBE, E.R.: La Histerectomía como recurso en la Obstetricia Actual.
Ginec. Obstet. Mex. 1978; 43; 113.
- 20) LAPLAINEY, D.R.: Anesthetic considerations in cesarean hysterectomy.
Anesth. Analg. 1970; 49; 324.
- 21) QUESINUT, D.H.: Continuous epidural anesthesia for elective cesarean hysterectomy.
South. Med. J. 1985; 78; 1168.
- 22) QUESINUT, D.H.: Anesthetic management for obstetric hysterectomy: a multi-institutional study.
Anesthesiology 1989; 70; 607.
- 23) PARK, R.C.: Cesarean Hysterectomy.
Clin. Obstet. Gynecol. 1980; 2; 775.
- 24) MICKAL, A.: Pitfalls and complications of Cesarean hysterectomy.
Clin. Obstet. Gynec. 1969; 12; 660.
- 25) RIVA, H.L.: Indications and techniques for cesarean hysterectomy.
Clin. Obstet. Gynecol. 1969; 2; 618.
- 26) BARCLAY, D.L.: Cesarean-Hysterectomy: Thirty years experience.
Obstet. Gynecol. 1970; 35; 120.
- 27) BARCLAY, D.L.: Elective Cesarean-Hysterectomy : A five year comparison with cesarean section
Am. J. Obstet. Gynecol. 1976; 124; 900.
- 28) AMIRKHA, H.: Ten year review of hysterectomies: Trends, indications and risks.
Am. J. Obstet. Gynecol. 1979; 134; 431.
- 29) GIWA OSAGIE, O.F.: Mortality and morbidity of emergency obstetric hysterectomy.
J. Obstet. Gynecol. 1983; 4; 94.
- 30) FLAUXIE, W.C.: Hysterectomy at the time of cesarean section. Analysis of 108 cases.
Obstet. Gynecol. 1981; 58; 459.
- 31) MORINT, A.: Hysterectomy in obstetrics. Analysis and comparison of a group of cases from the Italian and the international literature.
Minerva Gynecol. 1989; 41; 445.
- 32) Hospital de Gineco-Obstetricia Luis Castelazo Ayala.
Procedimientos en Obstetricia 1989; 79.
- 33) Hospital de Gineco-Obstetricia Luis Castelazo Ayala.
Procedimientos en Obstetricia 1989; 459.
- 34) PONCE, A.H.: Perforación Uterina. Tesis de Postgrado.
Hosp. de Gineco-Obstetricia Luis Castelazo Ayala 1984; 27.
- 35) DARNEY, P.D.: Uterine perforation during second trimester abortion by cervical dilation and instrumental extraction. A review of 15 cases.
Obstet. Gynecol. 1990; 75; 441.
- 36) CHAVEZ AZUELA, J.: Mortalidad Materna.
Memorias del Primer Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia.
Acapulco, Gro. 1989; 163.
- 37) GRIMES, D.A.: Hysterectomy as treatment for complications of legal abortion.
Obstet. Gynecol. 1984; 63; 457.

- 38) DEJUDGE, E.T.: Hysterectomy for septic abortion. Is bilateral oophorectomy necessary. S. Afr. Med. J. 1988; 74; 291.
- 39) BARCLAY, D.L.: Cesarean Hysterectomy. Cesarean Delivery. Huelan, D. 1989; 219.
- 40) BARCLAY, D.L.: Update tape. Am. College Obstet. Gynecologist. 1986; 11.
- 41) CLARK, S.L.: Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet. Gynecol. 1984; 64; 376.
- 42) CLEARY, J.A.: Cesarean Hysterectomy. A 15 year review. J. Reprod. Med. 1970; 4; 231.
- 43) VALDEZ TORRES, A.: Variables clínico patológicas de la Histerectomía Obstétrica. Memorias de la III Jornada Médica Bimodal Hosp. Gineco-Obstétrica Luis Castelazo A. Mexico, D.F. 1990; 123.
- 44) READ, J.A.: Placenta accreta, changing clinical aspects and outcome. Obstet. Gynecol. 1980; 56; 31.
- 45) MARTIN, J.N.: Trial of labor in patients with previous cesarean section. Clin. Obstet. Gynecol. 1988; 4; 713.
- 46) DYER, I.: Accidental trauma complicating pregnancy and delivery. Am. J. Obstet. Gynecol. 1962; 83; 907.
- 47) EISENHOP, S.M.: Urinary tract injury during cesarean section. Obstet. Gynecol. 1982; 60; 591.
- 48) BURCHIELL, C.R.: Physiology of internal iliac artery ligation. J. Obstet. Gynecol. Commonwealth 1968; 75; 642.
- 49) PELOSI, M.: Prophylactic internal iliac artery ligation at cesarean hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 1975; 121; 394.
- 50) TORREBLANCA, N.E.; VALDEZ TORRES, A.: Ligadura de arterias hipogástricas. Experiencia de cinco años. Ginec. Obstet. Mex. 1990; 58; 68.
- 51) TORREBLANCA, N.E.; VALDEZ TORRES, A.: Desarterialización parcial del útero. Reporte de 5 casos. Ginec. Obstet. Mex. 1990; 58; 67.
- 52) BRITTON, J.J.: STERILIZATION by cesarean hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 1980; 173; 867.
- 53) HALLAT, J.: Total hysterectomy for sterilization following cesarean section. Am. J. Obstet. Gynecol. 1958; 75; 396.
- 54) SANDBERG, E.C.: Sterilization by cesarean hysterectomy. Obstet. Gynecol. 1958; 11; 59.
- 55) MORTAGUE, C.F.: Cesarean hysterectomy; its value as a sterilization procedure. Obstet. Gynecol. 1959; 14; 28.
- 56) DEES, D.B.: Should hysterectomy replace routine tubal sterilization? Am. J. Obstet. Gynecol. 1961; 82; 575.
- 57) BUKOWSKY, I.: Sterilization at the time of cesarean section: tubal ligation or hysterectomy. Contraception 1983; 28; 349.

- 58) BARCLAY, D.L.: Caurectom In situ of the cervix in pregnancy: treatment with primary cesarean hysterectomy.
Gynecol. Oncol. 1977; 5; 157.
- 59) BUKOVSKY, I.: Elective cesarean hysterectomy. Indications and outcome: a 17 year experience of 140 cases.
Aust. N. Z. Obstet. Gynaecol. 1989; 29; 257.
- 60) SZCZURCOWICZ, A.: Perinatal Hysterectomy.
Wiad. Lek. 1989; 42; 800.
- 61) Instituto Nacional de Perinatologia. Cesarea Histerectomia.
Tams Selectos en Medicina de la Reproduccion Humana 1990; 320.
- 62) STRICKLAND, J.L.: Cesarean Hysterectomy: A procedure for modern obstetrics?
South. Med. J. 1989; 82; 1245.
- 63) RAJAGAN, S.P.: Cesarean Hysterectomy. A review of 21 cases in the University Hospital of Kuala Lumpur.
Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1983; 16; 321.
- 64) ABDELMAQD, M.S.: Emergency hysterectomy in obstetrics practice. A five year review.
Int. J. Gynecol. Obstet. 1987; 25; 437.
- 65) PLAUCHE, W.C.: Cesarean Hysterectomy at Louisiana State University. 1975-1981.
South. Med. J. 1983; 76; 1261.
- 66) SOEHNLEDER, G.T.: Cesarean Hysterectomy.
Surg. Gynecol. Obstet. 1970; 130; 501.
- 67) MORTON, J.H.: Cesarean Hysterectomy.
Am. J. Obstet. Gynecol. 1962; 83; 1422.
- 68) PLEISCH, T.D.: Cesarean Hysterectomy for sterilization.
Am. J. Obstet. Gynecol. 1963; 85; 254.
- 69) ALFORD, C.D.: Cesarean section Hysterectomy.
Am. J. Obstet. Gynecol. 1961; 82; 644.
- 70) HAYNES, D.M.: Cesarean Hysterectomy. A 25 year review
Am. J. Obstet. Gynecol. 1979; 134; 393.
- 71) WEBB, C.F.: Preplanned total Cesarean Hysterectomy.
Am. J. Obstet. Gynecol. 1968; 101; 23.
- 72) PATTERSON, S.P.: Cesarean hysterectomy.
Am. J. Obstet. Gynecol. 1970; 107; 729.
- 73) OLLEN, M.A.: Controlling refractory atonic postpartum hemorrhage.
Am. J. Obstet. Gynecol. 1990; 162; 205.
- 74) SIDIKOVA, I.S.: Hysterectomy following a cesarean section complicated by hypotonic hemorrhage.
Aust. Ginekol. 1989; 11; 42.
- 75) OGBURNIYI, S.O.: Obstetric hysterectomy in Ilo Ifo, Nigeria.
Int. J. Gynecol. Obstet. 1990; 32; 23.
- 76) OSEFO, N.J.: Cesarean and postpartum hysterectomy in Enugu.
Int. J. Gynaecol. Obstet. 1989; 30; 93.
- 77) SACK, R.A.: Management of immediate postcesarean section hemorrhage.
J. Am. Osteopath. Assoc. 1988; 2; 645.
- 78) YONEKURA, M.L.: Treatment of the postcesarean endomyometritis.
Clin. Obstet. Gynecol. 1988; 55; 477.

- 79) GIBBS, R.: Clinical risks factors for puerperal infection.
Obstet. Gynecol. 1980: 55; 178.
- 80) YONEKURA, M.L.: Risk factors for postcesarean endomyometritis.
Am. J. Med. 1985: 78; 177.
- 81) DIZFREGA, G.S.: The treatment of postcesarean section endomyometritis.
Am. J. Obstet. Gynecol. 1979: 134; 338.
- 82) LUIE, K.J.: Hysterectomy for septicemia following caesarean section.
Aust. Gynecol. 1969: 28; 27.
- 83) ZHELAZKOVA, E.: Our experience in treating peritonitis following caesarean section.
Geburtshilfe Frauenheilkd 1983: 43; 27.
- 84) HUNNY, D.: Effects of postcesarean section febrile morbidity on subsequent fertility.
Obstet. Gynecol. 1984: 64; 256.
- 85) PANCZYK, T.: Clinical aspects of peritonitis after cesarean section.
Wiad. lek. 1989: 42; 720.