

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

113  
2ej

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO  
EN LA ESPECIALIDAD DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :

DR. JOSE FELIX FARFA CASTANEDA

DIRECTOR DE TESIS  
DR. JUAN MIRANDA MURILLO

ASESOR DE TESIS  
DR. MIGUEL ANGEL QUISBERTH CORDERO

MEXICO D.F. 1991

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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

INTRODUCCION	pag. 1
HIPOTESIS	2
CONCEPTOS GENERALES DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA	3
MARCO HISTORICO DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA	4
JUSTIFICACION	6
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	9
ANALISIS	13
CONCLUSIONES	16
RESUMEN	19
BIBLIOGRAFIA	20

## INTRODUCCION

En la última década, las indicaciones de urgencia y elección de Histerectomía han permanecido en controversia, ya que inicialmente la Cesárea-Histerectomía se concibió como una medida salvavidas para preservar la vida materna. Con creciente experiencia técnica, el incremento útil de antibióticos y modernos bancos de sangre, en algunos países han modificado las indicaciones, en donde se incluyen las electivas como la esterilización, siendo ésta cuestionable por el alto índice de complicaciones que pueden presentarse en éste procedimiento.<sup>2</sup>

Actualmente la Histerectomía Obstétrica no se hace solamente con el fin de preservar la vida de la paciente, sino también con el propósito de quitar un órgano enfermo que más tarde tendría que ser extirpado, o de evitar un nuevo embarazo que por las malas condiciones del útero pondría en grave peligro a la madre.

En el presente estudio se hará un análisis epidemiológico identificando las indicaciones y complicaciones, para encontrar nuevos lineamientos que serán útiles en la decisión de realizar una Histerectomía Obstétrica.

## HIPOTESIS

La Histerectomía Obstétrica es un procedimiento quirúrgico de urgencia en situaciones obstétricas complicadas, rara vez previstas, sin embargo, existen factores de riesgo o indicadores que pueden predecir estas complicaciones, para poder detectar a tiempo estos factores es necesario determinar incidencia; tomando estas situaciones en consideración y jerarquizando su importancia se elaborarán sistemas protocolizados de riesgo para predecir el procedimiento y tratar de disminuir la morbimortalidad.

## CONCEPTOS GENERALES DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA

La Histerectomia Obstétrica se puede dividir en dos grandes grupos de acuerdo al estado grávido o puerperal, tomando en cuenta que el manejo y pronóstico varía notablemente según la edad gestacional en que se presente la complicación, de acuerdo a esta clasificación, la Histerectomia Obstétrica puede realizarse en:

- La primera mitad del embarazo
- La segunda mitad del embarazo
- El puerperio.

### INDICACIONES:

A).- Absolutas: procesos obstétricos graves que ponen en peligro la vida de la madre y cuyo único tratamiento para salvarla es la histerectomia, se incluyen: la atonía uterina, acretismo placentario, ruptura uterina, corioamnionitis, desgarros uterinos y aborto séptico.

B).- Relativas: son aquellos procesos en los cuales se juzgue conveniente una histerectomia, pero sin indicación absoluta para ello, es decir, que se puede realizar o no sin perjuicio para el pronóstico de la paciente, se incluyen: la miomatosis uterina, CaCu in situ y esterilización. 4,6,10.

Es importante tomar en cuenta algunos factores en el momento de decidir la histerectomia, tales como: la edad de la paciente, el número de gestaciones, deseo de un nuevo embarazo y el factor más importante " la vida de la paciente".

## MARCO HISTORICO DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

La evolución de la Histerectomía Obstétrica inicia aproximadamente en el año 1700 cuando Cavallini con animales de experimentación realizaba histerectomía en bloque.

Antes de 1863, la histerectomía abdominal había demostrado ser fatal en 78 pacientes; solamente en 3 casos se había llevado con éxito en los Estados Unidos.

La primera Histerectomía Obstétrica realizada en humanos fué en 1809 por Horatio Storer, en Boston, desgraciadamente la paciente falleció al tercer día del postoperatorio.

En Pavía Italia, el 27 de Abril de 1876 una mujer primigrávida de 25 años, enana, fué enviada a la clínica del Doctor Edoardo Porro bajo la sospecha de tener una pelvis malformada, tenía todos los estigmas óseos del raquitismo y el conjugado diagonal de su pelvis estaba intensamente reducido, midiendo solo 7 cms. Porro sabía que existía una desproporción cefalopélvica absoluta y llevo a cabo unos preparativos para realizar la operación Cesárea y amputar el útero si se producía una hemorragia grave.

La paciente de Porro inició el trabajo de parto la mañana del 21 de mayo de 1876, a primera hora de la tarde, todo estaba listo y se llevo a cabo una operación Cesárea con el nacimiento de una niña viva que peso 3300 grs., incapaz de controlar la hemorragia de los bordes de la herida uterina, Porro

inmediatamente procedio de acuerdo con su plan, se coloco una lazada de alambre alrededor del útero y se anudo fuertemente a nivel del orificio cervical interno, después extirpo rapidamente el órgano, junto con el ovario izquierdo.

La paciente tuvo una recuperación completa; durante los años siguientes, la Cesárea Histerectomia se conocio con el nombre de operación de Porro.

En 1935 Lash y Cummings, citados por Durfee, revizarón las indicaciones de Cesárea-Histerectomia, ellos incluyeron la infección, anemia aguda, nefritis crónica, tuberculosis y necesidad de esterilización.

En los años 50 y 60, las indicaciones de urgencia fueron remplazadas con una tendencia hacia la esterilización electiva. Davis proyecto el uso de la Cesárea Histerectomia por esterilización como un lógico desarrollo en obstetricia y como ideal para la vida marital.

Posterior a los años 60, algunos autores describen a la Cesárea-Histerectomia como un procedimiento a realizarse con precaución. 4,8,12.

## JUSTIFICACION

La Histerectomia Obstetrica es una cirugia poco frecuente, en México se tienen estadísticas exclusivamente de la Cesárea Histerectomia (0.8%), sin englobar todo el periodo obstétrico desde el inicio de la gestación hasta 42 dias después del nacimiento, en nuestra unidad existen estadísticas del procedimiento (0.16%) pero no de las causas, por lo que es indispensable conocer los factores de riesgo que condicionan la morbimortalidad del procedimiento para analizar y corregir los factores que son susceptibles de serlo, además de prevenir y disminuir las complicaciones y costos de atención, contando con una cédula de valoración con los factores de riesgo para la Histerectomia Obstetrica será posible prevenir las complicaciones y evaluar a las pacientes que cursen con embarazo de alto riesgo. 1,9,14.

## OBJETIVOS

- 1.- Conocer la incidencia de la Histerectomía Obstétrica en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE.
- 2.- Identificar las causas por las que se realizó la Histerectomía Obstétrica.
- 3.- Identificar las complicaciones más frecuentes.
- 4.- Elaborar un sistema codificado para identificar factores de riesgo disminuyendo con lo anterior la morbimortalidad.

## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron expedientes del archivo clínico de la unidad, de las pacientes que fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica, en el periodo comprendido del 1 de Noviembre de 1987 al 30 de Octubre de 1990, buscando las causas que motivaron la cirugía, la técnica utilizada y las complicaciones que se presentaron en el trans y postoperatorio, utilizando un sistema codificado de riesgo en el embarazo, riesgo en el inicio, evolución del trabajo de parto, en el parto y el puerperio (PREVENISSSTE II, IV, VI, y VIII).

Se tomaron como parametros la edad de la paciente, los antecedentes gineco-obstétricos, complicaciones en el embarazo, via de terminación del embarazo, las condiciones de los productos al nacer, la indicación de la Histerectomía, técnica utilizada, complicaciones transoperatorias, sangrado transoperatorio, cantidad de sangre y/o plasma que se transfundio, complicaciones en el postoperatorio, lugar del manejo postquirúrgico y reporte histopatológico.

## RESULTADOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y biomédico, basándose en la revisión de expedientes del archivo clínico de la unidad. Durante el período comprendido en el estudio del 1 de Noviembre de 1987 al 30 de Octubre de 1990, se realizaron 51 histerectomías obstétricas, con un promedio de 17 al año.

Del total de pacientes a 40 se les realizó Cesárea (78.4%), 6 pacientes abortaron (11.8%), a 2 se les atendió de parto (3.9%) y en tres casos se encontró embarazo ectópico (5.9%), el sitio de implantación fué a nivel cervical en dos casos y en el cuerno derecho en 1. (fig.#1)

Las indicaciones más frecuentes para la Histerectomía fueron el acretismo placentario en 15 casos (29.4%) y la atonía uterina en 14 casos (27.4%); el acretismo placentario se corroboró histopatológicamente en 6 casos y en 9 el diagnóstico se hizo por clínica. Otras indicaciones fueron la infiltración uterina en 7 casos (13.7%), perforación post legrado uterino instrumental y el embarazo ectópico en 3 casos, micomatosis uterina de grandes elementos y CaCu en 2 casos, la ruptura uterina, mola recidivante, aborto séptico, hematoma intraligamentario y el desgarro del ligamento ancho se presentaron en un caso para cada uno. (cuadro #1)

Las edades de las pacientes osciló entre los 22 y 45 años, encontrándose con mayor frecuencia en el grupo de 31 a 35 años (15 pacientes) de éstos 5 pacientes tenían 33 años, con una media de 32.4, mediana de 33. (fig #2).

De los 51 casos, 21 pacientes (41.2%) tenían como antecedente de 1 a 3 gestaciones, 22 casos (43.1%) cursaban entre la cuarta y sexta gestación, 7 pacientes (13.7%) se encontraban entre la 7 y 9 gestación y solo una paciente tenía el antecedente de 11 gestaciones. (cuadro #2)

Se encontró que el mayor número de pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica tenían el antecedente de 0 a 2 partos 34 casos (66.7%) y de 3 a 5 partos en 14 pacientes (27.4%) (cuadro #3). 26 pacientes (50.1%) no contaban con el antecedente de Cesárea previa, en 12 casos (23.5%) se les había realizado previamente una Cesárea, 13 pacientes contaban con 2 o más Cesáreas. (cuadro #4). 11 pacientes (21.6%) tenían el antecedente de uno a dos abortos previos y 2 pacientes (3.9%) habían abortado de 3 a 4 veces.

Como complicaciones durante el embarazo se observó con mayor frecuencia la preeclampsia en 7 pacientes (13.7%) y el aborto en 6 pacientes (11.8%), entre otras la amenaza de parto pretérmino y la RPPM en 3 casos, el DFFNI junto con la amenaza de aborto se presentaron en dos casos. (cuadro #5).

Se cuantificó el sangrado transoperatorio encontrando que en 3 pacientes la hemorragia fue menor de 500cc y no requirieron de transfusión, en 9 pacientes (17.6%) el sangrado se calculó

entre 500 a 1000, en 5 pacientes entre 1000 a 1500 cc, 9 pacientes sangraron aproximadamente 1500 a 2000 cc, en 12 pacientes (35%) se cuantifico entre 2000 a 2500 cc, 10 pacientes (19.6%) el sangrado fué de más de 2500cc (fig #3). A 9 pacientes se les transfundio de 1 a 2 unidades de sangre, a 22 pacientes de 3 a 4 y a 12 pacientes de 5 a 6 unidades, en 13 casos se transfundieron de 1 a 2 U. de plasma fresco, en 8 casos de 3 a 4 unidades y en 2 casos de 5 a 6 U. (fig #4).

Las complicaciones transoperatorias fueron Shock hipovolemico en 12 pacientes (23.5%), lesión vesical en 2 pacientes (3.9%), lesión intestinal en una paciente, esta se presentó en el momento del legrado uterino instrumental en que accidentalmente se perforo el útero; paro cardiorespiratorio y CID en una paciente. (cuadro #6).

La técnica utilizada con mayor frecuencia fué la extrafacial con salpingooforectomía unilateral en 30 casos (58.8%), en 15 pacientes (29.4%) fué total con salpingooforectomía bilateral y en 4 pacientes (7.8%) fue subtotal con salpingooforectomía unilateral, a 2 pacientes (3.9%) se les realizó histerectomía total sin salpingooforectomía. (cuadro#10).

El cuidado postoperatorio se realizo en la UTQ a 29 pacientes (56.9%) en UCI 17 pacientes (33.3%), de estas pacientes 4 presentaban preeclampsia severa y una aborto septico, en 3 pacientes fué necesario reintervenir observandose sangrado del lecho quirurgico por lo que se les realizo ligadura de las arterias hipogastricas. (cuadro #7).

La complicación más frecuente en el postoperatorio fué el sangrado del lecho quirúrgico presentando Shock hipovolémico en 2 casos, 2 pacientes desarrollaron coagulación intravascular diseminada y una infarto agudo al miocardio ( las 3 fallecieron) otras complicaciones fueron la insuficiencia renal, Íleo paralítico, sangrado del pedículo de la arteria uterina que amerito reintervención y ligadura del pedículo sangrante. (cuadro #8).

En esta serie se presentaron cinco defunciones (9.8%) cuyos diagnosticos fueron: tromboembolia de líquido amniótico (corroborado por estudio histopatológico), paro cardiorespiratorio, infarto agudo al miocardio, coagulación intravascular diseminada en 2 casos (cuadro #9).

El total de nacimientos fueron 42, de estos, 29 fueron del sexo masculino (69%) y 13 del sexo femenino (30.9%), 22 niños (52.3%) pesaron más de 3 kgs, y 20 pesaron menos de 3 kgs, 12 recién nacidos se les valoró con Apgar menor de 6 al minuto y 30 niños se les valoró con 7 o más. De los recién nacidos se presentaron 2 obitos.

El promedio de estancia intrahospitalaria fue de 6 días con un máximo de 11 días y un mínimo de 4 días.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
I S S S T E

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

INDICACIONES	No DE CASOS	%
Acretismo placentario	15	29.4
Atonía uterina	14	27.4
Infiltración uterina	7	13.7
Perforación post LUI	3	5.9
Embarazo cervical	2	3.9
Ruptura uterina	1	1.9
Miomatosis uterina	2	3.9
CaCu	2	3.9
Mola residivante	1	1.9
Aborto séptico	1	1.9
Hematoma intraligamentario	1	1.9
Desgarro del ligamento ancho	1	1.9
- TOTAL	51	100

Cuadro # 1 INDICACIONES DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA.

HOSPITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA  
I S S S T E

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

Gestaciones	No de casos	%
1 - 3	21	41.2
4 - 6	22	43.1
7 - 9	7	13.7
10 - 11	1	1.9
TOTAL	51	100

Cuadro # 2: Distribución de pacientes de acuerdo a número de gestaciones previas

HOSPITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
I S S S T E

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

Partos	No de casos	%
0 - 2	34	66.7
3 - 5	14	27.4
6 - 8	3	5.9
TOTAL	51	100

Quadro # 3: Distribución de las pacientes de acuerdo  
al antecedente de partos.

HOSPITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA  
I S S S T E

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

No de cesáreas	No de casos	%
0	26	50.1
1	12	23.5
2	9	17.6
3	3	5.9
4	1	1.9
Total	51	100

Cuadro # 4: Distribución de las pacientes de acuerdo al  
antecedente de cesárea anterior

HOSPITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
I S S S T E

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

Complicación	No de casos	%
Preeclampsia	7	13.7
Aborto	6	11.8
Amenaza de parto pretermino	3	5.9
R.P.M.	3	5.9
DFPNI	2	3.9
Amenaza de aborto	2	3.9
Embarazo molar	1	1.9
Urosepsis	1	1.9
Total	25	49.1

Cuadro # 5: Distribución de las pacientes de acuerdo a las complicaciones que presentaron durante el embarazo.

HOSPITAL REGIONAL " GRAL, IGNACIO ZARAGOZA  
I S S S T E

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

Complicación	No de casos	%
Choque hipovolémico	12	23.5
Lesión vesical	2	3.9
Coagulación intravascular d.	2	3.9
Lesión intestinal	1	1.9
Paro cardiorespiratorio	1	1.9
Total	17	35.1-

Quadro # 6: Complicaciones transoperatorias.

HOSPITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA "  
I S S S T E

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

Lugar	No de casos	%
Unidad tocoquirúrgica	29	56.9
Unidad de cuidados intensivos	17	33.3
Total	46	90.2

Cuadro # 7: Distribución de las pacientes de acuerdo al sitio de recuperación posoperatorio.

HOSPITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
I S S S T E

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

Complicaciones	No de casos	% -
Sangrado lecho quirurgico	3	5.9
Choque hipovolemico	2	3.9
C.I.D.	2	3.9
I.A.M.	1	1.9
Insuficiencia renal aguda	1	1.9
Trombocitopenia	1	1.9
Sangrado del pediculo	1	1.9
Ileo paralitico	1	1.9
Total	12	23.5

Quadro # 8: Complicaciones postoperatorias

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
I S S S T E

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

Causas	No de casos	%
Coagulación intravas- cular diseminada	2	3.9
Tromboembolia de líquido amniótico	1	1.9
Paro cardiorrespiratorio	1	1.9
Infarto al miocardio	1	1.9
Total	5	9.8

Cuadro #9: Causas de mortalidad

HOSPITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
I S S S T E

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

Tecnica	No de casos	%
Total + S O U	30	58.8
total + S O B	15	29.4
Subtotal + S O U	4	7.8
Subtotal + S O B	0	0
Total sin ooforectomía	2	3.9
Total	51	100

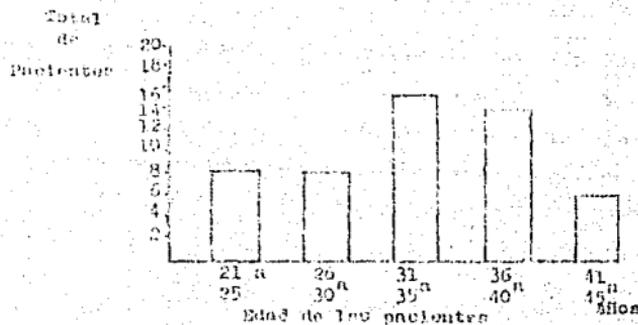
Cuadro # 10: Distribución de las pacientes de acuerdo a la técnica utilizada en la histerectomía.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO BARRAZA"

I.S.S.S.P.E.

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA



HOSPITAL NACIONAL "DR. FRANCISCO MARCOZZA"  
I.S.S.M.I.E.

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA QUINTERICA.

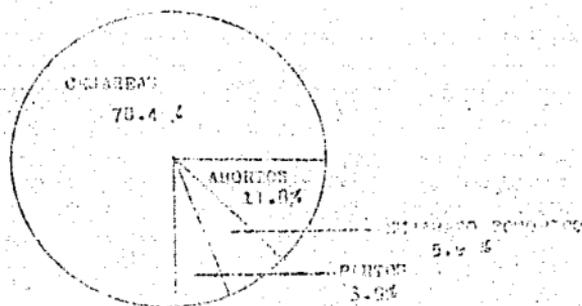


FIG. 2. TIPO DE QUINTERECTOMIA DEBIDO A LA HISTERECTOMIA.

HOSPITAL REGIONAL " DON IGNACIO ZARZUR " -

I.S.S.B.T.E.

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

Total  
de  
Pacientes

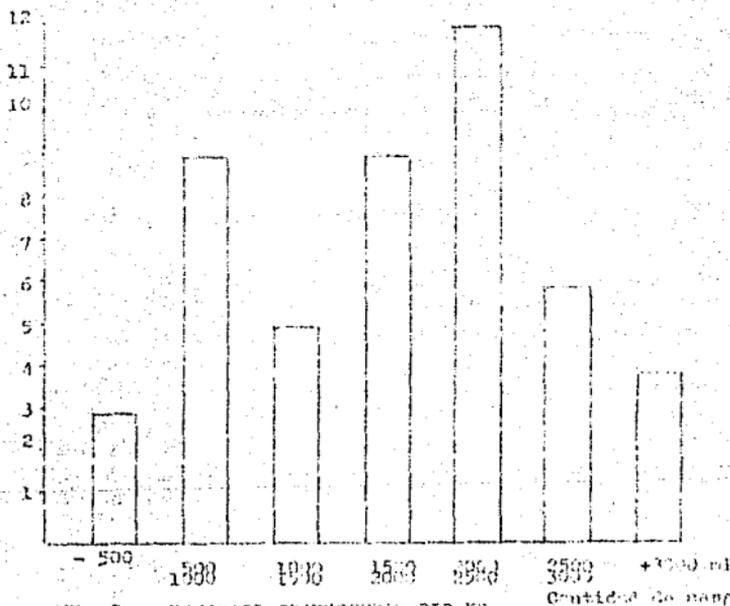


FIG. 3. HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL AÑO 1960

HOSPITAL REGIONAL "DR. IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E.

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA CURETICA

Total de  
Pacientes

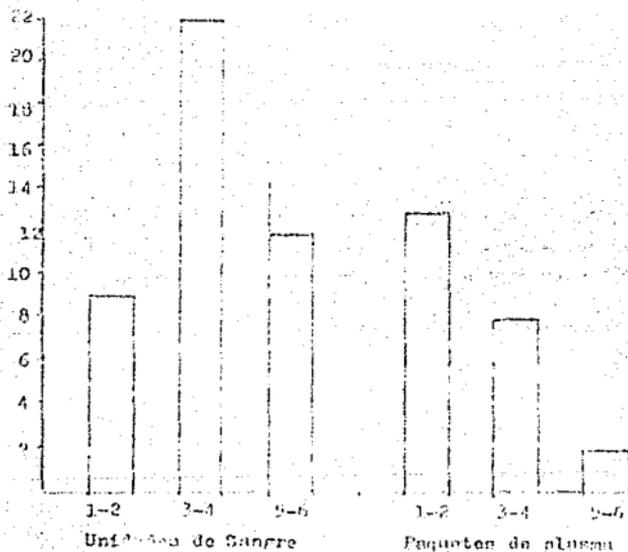


Fig. 4.

## ANALISIS

El antecedente de una o varias Cesáreas anteriores tiene importancia, pues se ha demostrado el hecho de que las pacientes con éste antecedente presenta con mayor frecuencia placenta previa y diversos grados de acretismo placentario, factores que influyen directamente en la indicación de histerectomía, además la presencia de cicatriz anterior favorece la dehiscencia de la misma, con la consiguiente complicación quirúrgica que predispone a la Histerectomía Obstétrica.<sup>5</sup>

En nuestro estudio, a las pacientes que con mayor frecuencia se les realizó Histerectomía Obstétrica fueron aquellas cuyo procedimiento inicial fué la Cesárea, teniendo como indicaciones más frecuentes para la histerectomía el acretismo placentario, la atonía uterina y la infiltración uterina secundaria a DFFMI, dato que coincide con lo reportado en otros estudios. En segundo lugar como causa de histerectomía obstétrica encontramos al aborto cuya indicación fué la perforación uterina post LUI accidentalmente.

La edad de las pacientes en las que se realizó esta intervención corresponde al grupo de 31 a 35 años en un 29% y de 36 a 40 años en un 27%, época en que es más frecuente la multiparidad e historial obstétrico que han llevado a intervenciones como Cesáreas, legrados por abortos incompletos.

Las pacientes con gestaciones de 1 a 3, en el 41% tenían como antecedente importante de una a 2 cesáreas previas, el 23%

cursaba con miomatosis uterina de grandes elementos; de estas pacientes las indicaciones de histerectomía fueron el acretismo placentario en el 24% de los casos, la atonía uterina, la miomatosis uterina y el DFFMI en el 19%, tomando en cuenta de que el acretismo tiene como posible etiología las cesáreas previas. El 67% de las pacientes tenían el antecedente de por lo menos 2 partos, pero estas pacientes tenían la característica de que sus embarazos previos habían terminado en Cesárea o aborto.

En este estudio, de las 51 pacientes el 50% no tenía antecedente de Cesárea, al contrario de lo que se esperaba; estas pacientes eran grandes multigestas y cuya indicación de Histerectomía fue la atonía uterina en el 38% de los casos, la perforación post LUI y el acretismo placentario en el 15.7,11.

El antecedente de aborto es importante porque puede condicionar alteraciones en la implantación del huevo fecundado, contrariamente a lo que obtuvimos en nuestra serie las pacientes tenían de uno a 2 abortos previos en la mayor parte de los casos, esto se explica porque las pacientes eran grandes multíparas y la principal indicación de histerectomía fué la atonía uterina. En dos pacientes portadoras de CaCu in situ se procuró una intervención que resolviera ambos problemas.

La hemorragia es una de las principales complicaciones que ocurre en el transoperatorio llegando al shock hipovolémico el 23.5% de las pacientes, en el 41% de las pacientes las pérdidas sanguíneas se cuantificaron entre 1500 a 2500 cc y el 43% se les transfundió de 3 a 4 unidades de sangre.

La causa más frecuente de ingreso a la UCI fueron las complicaciones transoperatorias, siendo la más frecuente el shock hipovolémico en 12 pacientes y 5 ingresaron por su problema de base, que fue la preeclampsia severa en 4 casos y el aborto séptico en uno.

La mortalidad materna fue del 9.8%, siendo las causas de muerte la tromboembolia de líquido amniótico, paro cardiorespiratorio, coagulación intravascular diseminada en dos casos e infarto agudo al miocardio. La mortalidad neonatal fue de 4.7%, siendo estos obitos extrahospitalarios.

De los recién nacidos calificados con Apgar menor de 6, las indicaciones de histerectomía fueron la atonía uterina en el 33%, el DFFNI en el 21.6% y el acretismo placentario en el 16.6%, que tienen como antecedentes madres mayores y multigestas y otros factores que condicionan embarazo de alto riesgo.

## CONCLUSIONES

- 1.- Las causas más frecuentes de Histerectomía Obstétrica en este estudio al igual que en la literatura fue el acretismo placentario y la atonía uterina.
- 2.- La incidencia de Histerectomía Obstétrica en nuestra unidad es del 0.2% del total de nacimientos.
- 3.- La complicación trans y postoperatoria más frecuente fue el sangrado.
- 4.- El procedimiento que más frecuentemente condicionó la histerectomía fué la Cesárea en un 78%.
- 5.- La mortalidad materna registrada en este estudio fue del 9.8% correspondiendo el total a la Cesárea Histerectomía.
- 6.- La evolución de las pacientes fue favorable en el 90.2% de todos los casos.
- 7.- Es necesario cuantificar objetivamente el sangrado transoperatorio y postoperatorio en forma individual, así como las transfusiones recibidas durante el transoperatorio para tener idea de las condiciones hemodinámicas de la paciente al momento de salir de la sala de operaciones.

8.- Debido a las múltiples complicaciones maternas observadas y la elevada mortalidad es indispensable realizar una valoración de riesgo a todas las pacientes embarazadas, tomando en cuenta los factores de riesgo más importantes encontrados en este estudio se propone el siguiente sistema:

CECULA DE VALORACION DE RIESGO PARA LA  
HISTERECTOMIA OBSTETRICA

	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
EDAD	<u>  </u> - 30 AÑOS	<u>  </u> 31-35	<u>  </u> + 36
PARIDAD	<u>  </u> 1-3	<u>  </u> 4-6	<u>  </u> +7
ABORTOS	<u>  </u> 0	<u>  </u> 1-2	<u>  </u> +3
CESAREAS	<u>  </u> 0	<u>  </u> 1	<u>  </u> 2 o +
FATOLOGIA GINECOLOGICA	<u>  </u> NO	<u>  </u> SI	
EMBARAZO ACTUAL			
CARDIOPATIA	<u>  </u> no	<u>  </u> controlada	<u>  </u> activa
HIPERTENSION	<u>  </u> no	<u>  </u> controlada	<u>  </u> activa
R.P.M.	<u>  </u> no	<u>  </u> - 12 hs	<u>  </u> + 12 hs
No FETOS	<u>  </u> 1		<u>  </u> 2 o +
PESO ESTIMADO DEL PRODUCTO	<u>  </u> 2500-3500	<u>  </u> 3500-4000	<u>  </u> + 4000
TRABAJO DE PARTO, PARTO , CESAREA			
DPFNI	<u>  </u> no		<u>  </u> si
PLACENTA PREVIA	<u>  </u> no		<u>  </u> si
NACIMIENTO	<u>  </u> parto	<u>  </u> cesárea programada	<u>  </u> cesárea urgente
PLACENTA UTERO	<u>  </u> normal		<u>  </u> acretismo hipotonico
		<u>  </u> infiltrado -50%	<u>  </u> infiltrado +50%
SANGRADO	<u>  </u> - 500	<u>  </u> 500 - 1000	<u>  </u> + 1000

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y biomédico sobre epidemiología de la Histerectomía Obstétrica, se revizaron los expedientes del archivo clínico del hospital, de las pacientes a quienes se les realizó Histerectomía Obstétrica en el periodo comprendido del 1 de Noviembre de 1987 al 30 de Octubre de 1990.

Durante este periodo se realizaron 51 histerectomías obstétricas con un promedio de 17 procedimientos por año, se encontró una incidencia del 0.2%, la mayor parte de las pacientes (78.4%) a quienes se les realizó histerectomía, el procedimiento inicial fué la Cesárea.

La indicación más frecuente para la Histerectomía Obstétrica fué la atonía uterina y el acretismo placentario; se observó que la complicación trans y postoperatoria fué el shock hipovolemico. En el estudio se encontro una mortalidad materna del 9.8%.

Se realizó un analisis de los factores de riesgo los cuales se conjuntaron en una hoja de valoración de riesgo para la Histerectomía Obstétrica.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ahued Ahued; Cesárea Histerectomia  
Ginecología y Obstetricia de Mex. vol.55, Feb.1987,p 47-51.
- 2.- Bond M. D., Michael R. et al; Cesarean delivery and hysterectomy using an absorbable stapling device  
Obstetrics and Gynecology, vol. 74 No 1 Jul.1987 p; 25-28.
- 3.- Bukousky I; Schneider et al; elective cesarean hysterectomy, indications and outcome; a 17 years experience of 140 cases  
Aust NZJ Obst Gynaecol 1989 Aug 29 (3(pt2)) p 287-90.
- 4.- D M Danforth; tratado de ginecología y obstetricia, 4ta edición edit. interamericana 1987 p; 384-389.
- 5.- Huang Y; Dai Z; Cesarean section in placenta previa; Chung Hua I 1990 Jan; 70 (1); p; 13-15
- 6.- Houard W Jones, tratado de ginecología de Novack. edit. Panamericana 1988, pags; 321-324.
- 7.- Kozouski I et al; Abrupto placentae in the data from the obstetrical clinics in Varma, Tolbushin and Shumen during 1984 - 1987. Akush Ginecol (Soffia); 1989; 28 (3); p 26-30.
- 8.- Mc Nulty, MD and Williams R. Elective Cesarean, hysterectomy versus hysterectomy vaginal for the treatment of cervical intraepithelial, neoplasia;  
Southern medical journal, vol 80, no 8 August 1987 p; 984-6.
- 9.- Morini A, Mossa B. et al, Destructive cesarean section; hysterectomy for obstetrics reasons and post abortive hysterectomy. Analysis of 35 cases.  
Minerva Gynecol; 1989, Oct; 41 (10); pags; 497-501.

- 10.- Fritchard, Mc Donald, Obstetricia de Williams  
1988 pags 430 - 435.
- 11.- Sidorova Is; Sosnous Kairna et al; Hysterectomy following a  
cesarean section complicated by hipotonic hemorrhage.  
Akush Ginecol (Mosk); 1989 Nov (11) p 42-5.
- 12.- Strickland, M D et al; Cesarean hysterectomy a procedure for  
modern obstetrics  
Southern medical journal vol. 82 no 10 Oct 1989, p; 1245-8.
- 13.- Szczurowicz A et al; Perinatal hysterectomy  
Wiad Lek 1989 Jun 15, 42 (12); p; 800-4.
- 14.- Yaspick F y cols, Cesárea Histerectomia en el CH " 20 de  
Noviembre", Ginecologia y Obstetricia de Mex. Vol 55, Sep 1987,  
pags; 234 - 238.