

11217

128



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"  
I.S.S.S.T.E.

EPIDEMIOLOGIA DE LA HISTERECTOMIA DE URGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" EN EL PERIODO DEL 1o. DE ENERO DE 1995 AL 1o. DE ENERO DE 1998.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. VALADEZ LEON | NORMA

ASESOR DE TESIS: DR. QUISBERTH CORDERO MIGUEL ANGEL.



ISSSTE

MEXICO. D. F.

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



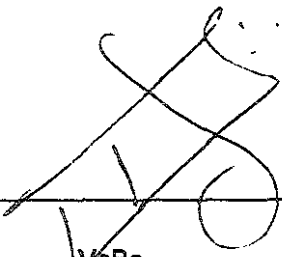
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

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

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

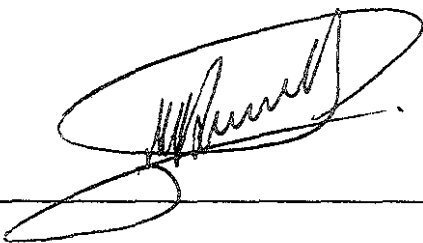
## AUTORIZACIONES



---

VoBo

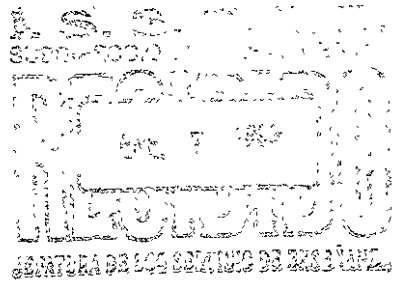
DR. JUAN MIRANDA MURILLO  
COORDINADOR DE GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL  
" GENERAL IGNACIO ZARAGOZA ". Y  
DIRECTOR DE TESIS.

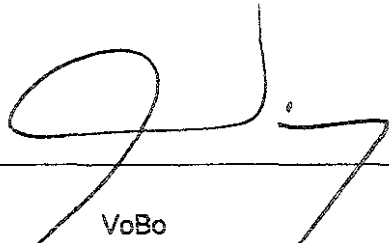


---

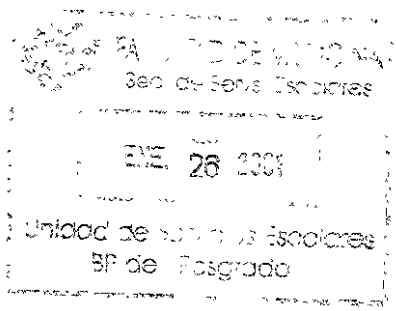
VoBo  
DR. MIGUEL ANGEL QUISBERTH CORDERO  
ASESOR DE TESIS

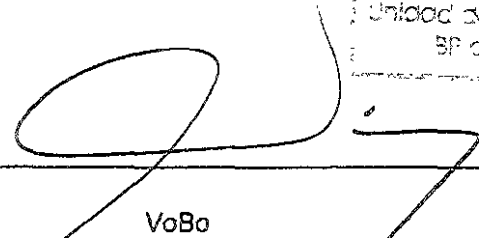
**AUTORIZACIONES**



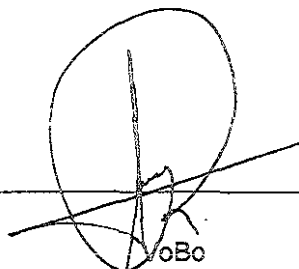
  
VoBo

DR. ALEJANDRO VAZQUEZ LOPEZ  
COORDINADOR DE CAPACITACION,  
INVESTIGACION Y DESARROLLO  
DEL HOSPITAL REGIONAL  
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA".



*P.P*  
  
VoBo

DRA. MARIA DE LOURDES ROMERO HERNANDEZ  
JEFE DE INVESTIGACION DEL HOSPITAL  
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

  
VoBo

DR. DIONISIO PARRA ROLDAN  
JEFE DE ENSEÑANZA DE GINECOLOGIA  
Y OBSTETRICIA.

A mi Madre:

Por darme la vida y todo su apoyo,  
siempre brindándome sus consejos,  
con cariño y comprensión.

Gracias.

A mi Padre:

Mi eterno agradecimiento,  
por su valiosa ayuda y  
orientación.

Gracias.

A mis hermanos:

Por el ejemplo y apoyo que  
siempre me han dado.

Gracias.

## INDICE

	Página
HOJA FRONTAL .....	01
RESUMEN .....	02
INTRODUCCION .....	04
ANTECEDENTES .....	06
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	07
HIPOTESIS .....	08
OBJETIVOS .....	09
JUSTIFICACION .....	10
MATERIAL Y METODOS .....	11
RESULTADOS .....	13
ANALISIS .....	66
CONCLUSIONES .....	71
COMENTARIO .....	74
BIBLIOGRAFIA .....	77

## RESUMEN

El objetivo es conocer la epidemiología de la histerectomía de urgencia, realizando un estudio retrospectivo. En el área de TOCOCIRUGIA del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, en un periodo de 3 años. Incluyendo a toda mujer con un evento urgente ya sea obstétrica o ginecológica.

Para ello se buscaron los datos en el expediente de cada paciente, utilizando como mediciones el porcentaje, media y desviación estándar. Se reportaron 46 casos, estudiando 37 pacientes. 28 obstétricas y 9 ginecológicas. Con una incidencia para este evento de 0.27% en obstétricas y 1.18% en ginecológicas. La menor edad fue de 25 años y la mayor con 49 años, media de gestaciones obstétricas y ginecológicas  $3.18 \pm 1.33$ .

Las causas hemorrágicas ocuparon el primer lugar (72.29%), seguidos de tumores de ovario y miomatosis uterina (10.81%) respectivamente, por último infecciosas (5.40%). A su ingreso se presentó un Riesgo Perinatal Alto (67-85%) y Medio (32.14%). De las 37 pacientes se realizó histerectomía total sin salpingooforectomía (45.94%) e histerectomía subtotal (2.70%). Oportunidad de laboratorio en (81.08%), banco (78.37%). La anestesia general fue el método de elección en (64.86%). Con morbilidad de (35.75%) en obstétricas y (11.11%) ginecológicas. Media de estancia hospitalaria de  $3.8 \pm 1.8$  y en Terapia de  $19.9 \pm 18.6$ . La mortalidad materna en 1995 de 42.25, en 1996 de 36.33. El seguimiento por la consulta externa del (5.40%).

Cumpliendo los objetivos planteados, aportando datos epidemiológicos, incluyendo para esto la Hoja de Valoración de Riesgo Perinatal, implementando medidas o manejos tendientes a disminuir la morbimortalidad materna en nuestro hospital.

## SUMMARY

The purpose is to know the epidemiologic of urgency hysterectomy through retrospective study, in the tocosurgery area from General Ingacio Zaragoza Hospital in three years. We included all women with urgency event either obstetric or gynecologic.

The file was revised in each patient and we used how measurement the percentage, mean and standard deviation. 46 cases was reported, and we analyzed 37 patients. 28 obstetrics and 9 gynecologics. The event incidence in obstetrical cases was 0.27% and gynecological cases 1.18%. 25 years old was the inferior age and the superior age was 49 years old. The mean of obstetrics and gynecologics gestations was  $3.18 \pm 1.33$ .

Hemorrhagic causes take up the first place (72.29%) follow-up the ovarian tumors and myomata uteri (10.81%) and the infection causes (5.40%). The hospital admission was presented medium (32.14%) and high (67.85%) perinatal risk. In all 37 patients was executed total hysterectomy without salpingoophorectomy (45.94%) and subtotal hysterectomy (2.70%). Laboratory opportunity (81.08%), blood bank (78.37%). The general anesthesia was the choice procedure (64.86%). With obstetric morbidity (35.75%) and gynecologic morbidity (11.11%). The hospital stay mean was 3.8 and standard deviation 1.8, in therapy was  $19.9 \pm 18.6$ . The maternal mortality in 1995 was 42.25, in 1996 was 36.33. The extern consultation following was (5.40%).

We carry the objectives of this paper, we gave epidemiological information, to include for the, paper from valuation the perinatal risk. That will help us to improvement the management for decrease the maternal morbimortality in our hospital.



## INTRODUCCION

La histerectomía de urgencia es aquella intervención quirúrgica que se efectúa como medida última en procesos que ponen en peligro la vida de una paciente, ya sea por causa obstétrica o ginecológica, teniendo como fin disminuir la morbimortalidad materna.

La mortalidad del sangrado genital es de las más elevadas en nuestro medio y constituye uno de los tres primeros lugares en series de mortalidad tanto nacionales como internacionales (20).

El mejor conocimiento de los factores de riesgo permiten actualmente la disminución franca de la mortalidad y el control de los factores de riesgo influyen de la morbilidad, así como el manejo exitoso de problemas médico-quirúrgicos bien establecidos (21).

Existe diferencia entre los términos de histerectomía obstétrica y cesárea histerectomía, el primero se refiere a la histerectomía postparto, postaborto o postcesárea, teniendo un periodo más o menos corto, pero en dos actos quirúrgicos diferentes y con procedimientos anestésicos distintos. El término de cesárea histerectomía se refiere a la realización de una histerectomía posterior a una cesárea en un mismo procedimiento tanto quirúrgico como anestésico (1).

Esta intervención es mutilante en mujeres, por lo que en la práctica quirúrgica moderna se debe evaluar la pertinencia de su aplicación y trascendencia (21). Siendo la mujer importante en nuestra historia como madre, centro del grupo familiar y en la actualidad trabajadora, profesionista, integrada a las fuerzas productivas y al desarrollo del país (20).

La decisión de extirpar el útero, conlleva por un lado, la resolución definitiva en la mayor parte de los casos, pero también la mutilación no programada, repercute de manera definitiva en la estructura, funcionalidad, responsabilidad psicológica, motivación e incluso estilo de vida, en la mujer que es sometida a una intervención quirúrgica radical para salvar su vida.

Actualmente la cirugía moderna, las técnicas quirúrgicas de asepsia y antisepsia, disponibilidad absoluta de sangre y sus derivados, adecuada atención anestésica, mejor atención hospitalaria, para el postoperatorio han permitido disminuir la morbimortalidad en pacientes sometidas a procedimientos de tal magnitud como la histerectomía de urgencia (1).

Es importante señalar que el concepto de sangrado genital grave es aquel que pone en peligro absoluto la vida de la mujer, de no establecerse medidas específicas y definitivas para su corrección o diagnóstico (20).

El sangrado genital grave tiene su origen en las diversas etapas de la gestación, del primer al tercer trimestre, incluyendo el puerperio inmediato. También existe el de origen ginecológico, por intervención mayor ( histerectomía total, radical, vaginal con colporrafia, conización ).

Las indicaciones consideradas de urgencia absoluta para una histerectomía son básicamente por problemas de hemorragia, atonía uterina, ruptura uterina, dehiscencia de cicatriz previa, acretismo, incretismo o percretismo placentario y finalmente laceraciones en útero y cérvix durante la cesárea.

En cuanto a las complicaciones que se pueden presentar durante la histerectomía se dividen en dos grandes grupos: las primeras son secundarias al acto quirúrgico y las segundas se presentan durante el postoperatorio. En orden de frecuencia y porcentajes, las complicaciones quirúrgicas son: hemorragia postoperatoria 3.3% requiriendo transfusión, laceraciones vesicales 2.8%, lesión uretral 0.44%, fístulas ( vesicovaginales, ureterovaginales y rectovaginales ) 0.57%, eventos tromboembólicos 0.52% y finalmente la mortalidad materna con 0.73%.

Dentro de las complicaciones postoperatorias de la histerectomía se encuentran: infección de vías urinarias, hematoma, infección de la cúpula vaginal y problemas respiratorios.

La mortalidad de la histerectomía obstétrica va en relación con varios factores: la indicación del acto quirúrgico, el estado general previo de la paciente, tipo de cirugía efectuada ( total, subtotal ), capacidad y experiencia del cirujano y los elementos hospitalarios que representan 1 a 14% (1).

## ANTECEDENTES

### HISTORIA.

La primera cesárea histerectomía se remonta a más de 120 años utilizado como procedimiento quirúrgico para tratar algún proceso infeccioso de origen obstétrico o tratamiento de hemorragia aguda.

La primer cesárea histerectomía fue descrita por Horacio Robinson Stcerer el 21 de julio de 1868, en la ciudad de Boston, caso de una paciente con hemorragia abundante y útero miomatoso, finalmente la operación no impidió la muerte de la madre y el producto.

No fu sino hasta el 21 de mayo de 1876 que se efectuó la primer cesárea histerectomía con éxito tanto para la madre como para el producto, su paciente Julia Cavallini, con diagnóstico de pelvis raquítica asimétrica, la operación se inmortalizo en su monografía, desde esa fecha se conoce a la cesárea histerectomía como operación de Porro, aun cuando la técnica utilizada por Porro es distinta a la utilizada actualmente.

La primera publicación del tema de histerectomía obstétrica fue de Godson en 1883, quien recolecto hasta esa fecha 134 casos, con mortalidad del 55%. En el año de 1901, Ettore Trozzi , alumno de Porro, reunió una cantidad de 1097 casos, con mortalidad de 53% a 24.8%.

En México, la primera cesárea histerectomía fue realizada el 12 de marzo de 1884 por el Dr. Juan María Rodríguez, en la cual la madre falleció y el producto sobrevivió a la operación; interviniendo ilustres médicos como el Dr. Eduardo Vertiz, el Dr. Liceaga, el Dr. Lavista y el Doctor Andrade. Dicha cirugía fue efectuada en el Hospital de San Andrés.

El Dr. Fernando Zárraga, en 1904, en México realizo la primer cesárea histerectomía obstétrica con éxito (1).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Cual es la epidemiología de la histerectomía de urgencia en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza ".

## HIPOTESIS

La determinación de la morbimortalidad del procedimiento histerectomía de urgencia en el área de TOCOCIRUGIA, posibilitara al servicio a implementar medidas o protocolo de estudio y manejo, tendientes a disminuir la morbimortalidad.

## OBJETIVOS

1. Conocer la incidencia de pacientes con histerectomía de urgencia, realizada en el área de TOCOCIRUGIA en el periodo del 1º de Enero de 1995 al 1º de Enero de 1998. Del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".
2. Conocer el diagnóstico clínico por lo cual se realizó la histerectomía. Ya sea por causa Obstétrica o Ginecológica.
3. Determinar el tipo de Cirugía realizada a estas pacientes.
4. Saber la evolución clínica de las pacientes con histerectomía de urgencia ( Hospitalizadas y posterior a su egreso ).
5. Conocer la morbilidad presentada.
6. Conocer la correlación Clínica-anatomopatológica de cada padecimiento.
7. Conocer la mortalidad materna.

## JUSTIFICACION

En el Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza " no contamos con epidemiología acerca de la histerectomía de urgencia, siendo de gran importancia tal evento quirúrgico.

Es necesario el conocimiento y el adiestramiento como parte del proceso enseñanza aprendizaje de todo hospital escuela, para solucionar un problema, que de no ejecutarse eficientemente y eficazmente compromete la vida de la paciente,

La histerectomía es un procedimiento que disminuye la morbimortalidad en pacientes con algún evento inevitable para conservar el útero, por lo que es de importancia tener en cuenta las características de nuestra población: previniendo, diagnosticando y tratándolas oportunamente, así mismo hacer seguimiento epidemiológico.

## MATERIAL Y METODOS

Se efectuó un estudio retrospectivo de 46 pacientes, a las cuales se les realizó histerectomía de urgencia, por motivo Obstétrico y Ginecológico en el área de TOCO-CIRUGIA del Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza " en un periodo de tres años.

Utilizando para la recolección de datos: Fecha de Ingreso, Nombre, Cédula de la paciente. Obtenidos de la libreta de ingreso a UTQ, libreta de procedimientos quirúrgicos de la unidad de TOCO-CIRUGIA, así como la libreta de recuperación, de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Patología; posteriormente acudir al archivo clínico del Hospital e iniciar la búsqueda exhaustiva de cada expediente. Utilizando para valorización de riesgo perinatal al ingreso de la paciente su hoja respectiva, (Guía Para la Evaluación Inicial del Riesgo Perinatal), con la que cuenta nuestro hospital.

### CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

De cada uno de los casos realizados en este estudio se tomaron en cuenta las siguientes características:

- 1) Edad de la paciente.
- 2) Paridad
- 3) Diagnóstico Clínico por el que se realizó la histerectomía.
- 4) Diagnóstico de Ingreso.
- 5) Técnica de histerectomía.
- 6) Oportunidad de laboratorio y banco de sangre disponible.
- 7) Tipo de anestesia.
- 8) Pérdidas hemáticas transoperatorias.
- 9) Número y Tipo de Complicaciones.
- 10) Reporte de Patología.
- 11) Días de estancia hospitalaria.
- 12) Días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.
- 13) Número de muertes.
- 14) Autopsias.
- 15) Seguimiento por la consulta externa.



**Los Criterios de inclusión fueron los siguientes:** Toda paciente a la que se le realizó histerectomía de urgencia Obstétrica o Ginecológica, en el área de TOCO-CIRUGIA del Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza" en un periodo de tres años, del 1º de Enero de 1995 al 1º de Enero de 1998.

**Criterios de Exclusión:** Toda paciente programada para histerectomía, donde no haya indicación de urgencia para tal procedimiento,

**Criterios de Eliminación:** Error en el nombre, cédula, al ingreso de la paciente, que imposibilite encontrar el expediente, Ausencia o inexistencia de expediente en el Archivo Clínico o de reportes de laboratorio, patología, etc., en expediente.

## RESULTADOS

En el lapso de 3 años, a partir del 1° de Enero de 1995 al 1° de Enero de 1998, se registraron 13662 eventos obstétricos y 757 ginecológicos, encontrándose 46 casos de histerectomía como urgencia, 37 correspondieron a causa obstétrica y 9 por motivo ginecológico.

Se eliminaron 9 pacientes ( Obstétricas ), ya que fue imposible encontrar los expedientes en el Archivo Clínico del Hospital: algunas no presentaron nombre completo, cédula o esta se encontraba incompleta. Se buscaron de manera exhaustiva analizando los registros por año en el archivo, las pacientes no se encontraron registradas, siendo imposible obtener los expedientes.

En cuanto a la incidencia de tales eventos quirúrgicos: encontramos que de los 13662 eventos obstétricos el 0.27% requirieron histerectomía de urgencia, de los 757 eventos ginecológicos un 1.18%, correspondiendo a la histerectomía ginecológica de urgencia, ver Tabla No. 1(a y b ) Figura No. 1 (a y b ).

TABLA No. 1a

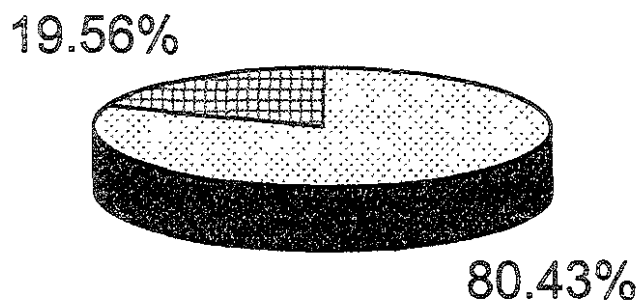
TOTAL 46 CASOS CAPTURADOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
OBSTETRICAS	37	(80.43%)
GINECOLOGICAS	9	(19.56%)

TABLA No. 1a

TOTAL 46 CASOS CON ESTUDIO COMPLETO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
OBSTETRICAS	37	(80.43%)
GINECOLOGICAS	9	(19.56%)

Se eliminaron 9 pacientes, ya que no se encontraron los expedientes.

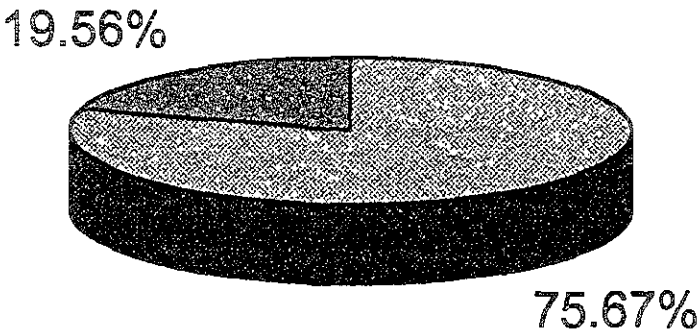
**FIGURA No 1(a)**  
**TOTAL DE CASOS**



■ Obstetricas ■ Ginecológicas

**FIGURA I (b)**

**CASOS OBSTETRICOS Y GINECOLOGICOS**



■ Obstétricas ■ Ginecológicas

Se realizaron 13662 eventos obstétricos con una incidencia de 0.27%, 757 eventos ginecológicos, incidencia de 1.18%, en un periodo de 3 años.

Se incluyeron en los eventos obstétricos 4674 cesáreas: las cuales en 21 casos terminaron en histerectomía de urgencia, con una incidencia de 0.44%. 6847 partos: con un caso de histerectomía urgente, incidencia de 0.01%, 84 embarazos ectópicos: 4 casos de histerectomía de urgencia, incidencia 0.76%. 2057 legrados (1724 del primer trimestre y 333 del segundo trimestre), presentando 2 casos de histerectomía de urgencia: abortos del segundo trimestre, incidencia 0.60%. De los 13662 eventos obstétricos se efectuaron en 18 casos 0.13% cesárea-histerectomía e histerectomía obstétrica en 10 casos 0.70%.

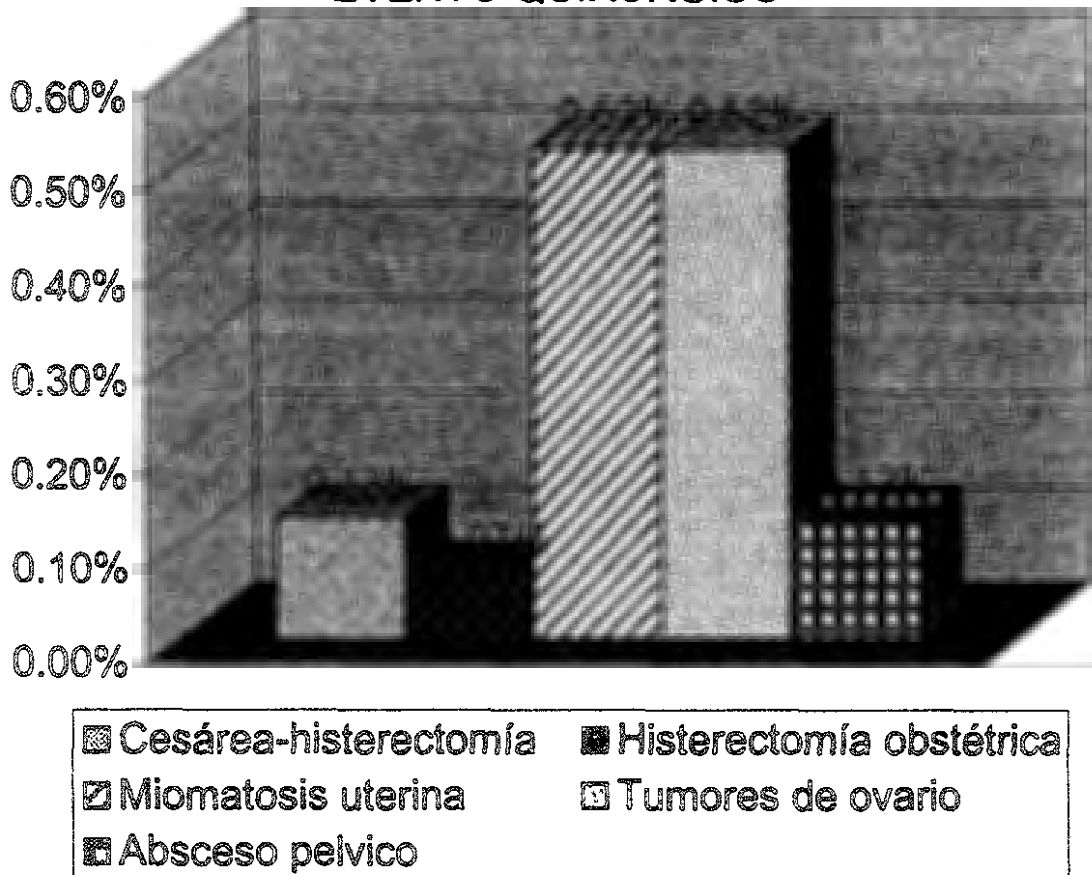
De las pacientes ginecológicas con incidencia de 1,18%, 757 eventos ginecológicos, los cuales incluyeron: Legrado Biopsia en 255 casos, 254 Legrados Hemostáticos, 177 Laparatomías exploradoras, terminando 4 pacientes con histerectomía de urgencia por miomatosis uterina, incidencia 0.52%, 4 tumores de ovario con compromiso vascular, incidencia 0.52%, un absceso pélvico, comprometiendo útero y anexos, incidencia de 0.13%, retiro de DIU traslocado en 71 casos, ver Tabla No. 2 Figura No. 2.

TABLA No. 2

**INCIDENCIA POR PROCEDIMIENTO PARA LA HISTERECTOMIA DE URGENCIA**

OBSTETRICAS	PORCENTAJE	GINECOLOGICAS	PORCENTAJE
CESAREA-	0.13%	MIOMATOSIS	0.52%
HISTERECTOMIA		UTERINA	
HISTERECTOMÍA	0.07%	TUMORES DE	0.52%
OBSTETRICA		OVARIO	
		ABSCESO PELVICO	0.13%

**FIGURA No. 2**  
**INCIDENCIA DE HISTERECTOMIA SEGUN**  
**EVENTO QUIRURGICO**



En los casos de histerectomía obstétrica el mayor porcentaje se presentó en las pacientes entre los 36-40 años de edad, con un 35.13%.

De los casos de histerectomía ginecológica el mayor porcentaje se encontró en las pacientes en el grupo de edad entre los 36-40 años, con 33.33%, ver Tabla No. 3 Figura No. 3.

TABLA No. 3

**EDAD DE LA PACIENTE**

TOTAL 46 (100%)					
OBSTETRICAS			GINECOLOGICAS		
RANGO DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE	RANGO DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
21-25	2	(5.40%)	21-25		
26-30	10	(27.02%)	26-30	1	(11.11%)
31-35	11	(29.72%)	31-35	2	(22.22%)
36-40	13	(35.13%)	36-40	3	(33.33%)
41-45	1	(2.70%)	41-45	2	(22.22%)
46-50			46-50	1	(11.11%)

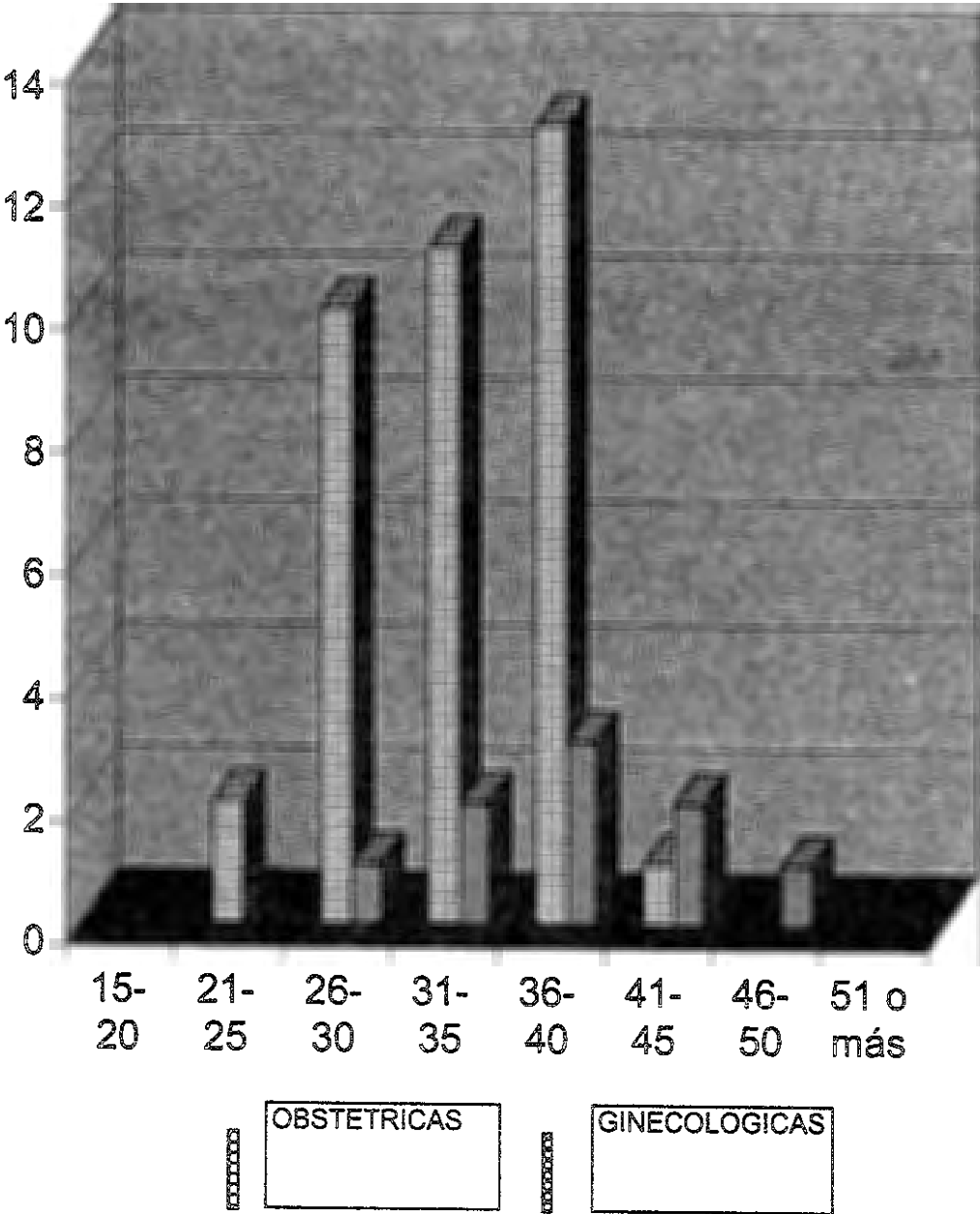
Se consideraron las 46 pacientes, ya que se conoció la edad de cada una de ellas.

La menor edad reportada fue de 25 años y la mayor de 49 años, con una media de 33.13 y desviación estándar de 5.40 para las pacientes obstétricas, para las pacientes ginecológicas una media de 38 y desviación estándar de 6.28.



### FIGURA No. 3

GRUPO DE EDAD



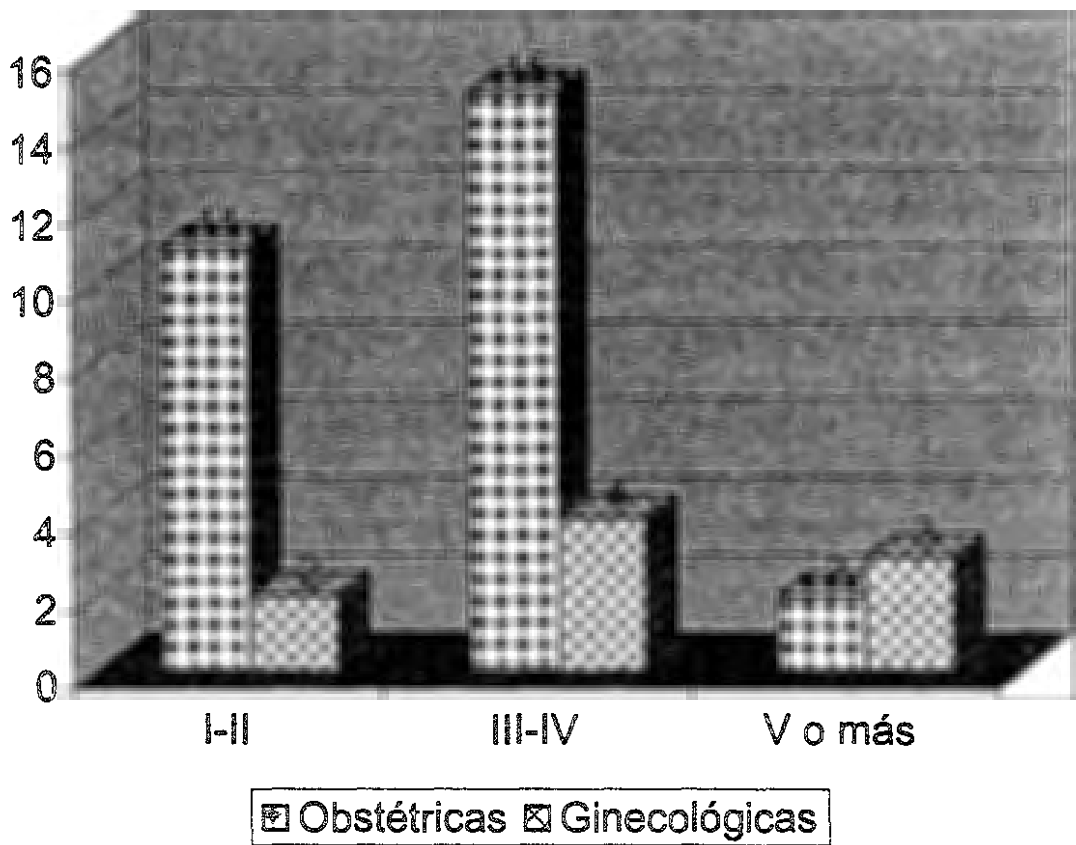
De los 37 casos revisados hubo 2 pacientes con una sola gestación, ambas de 25 años y 4 pacientes con VI gesta, la mayor de 44 años, que constituyen los extremos de la serie de este estudio, ver Tabla No. 4 Figura No. 4.

TABLA No. 4

TOTAL 37 (100%)			
	No. DE GESTACIONES	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
OBSTETRICAS 28 CASOS (75.67%)	I-II	11	(39.28%)
	III-IV	15	(53.57%)
	V o +	2	(7.14%)
GINECOLOGIC AS 9 CASOS (24.32%)	I-II	2	(22.22%)
	III-IV	4	(44.44%)
	V o +	3	(33.33%)

La media en cuanto a gestaciones fue de 3.18 con desviación estándar de 1.33.

**FIGURA No. 4**  
**NUMERO DE GESTACIONES**



En cuanto al diagnóstico clínico por el cual se realizó la histerectomía de urgencia, se agrupan las indicaciones de la siguiente manera, ver Tabla No. 5 Figura No. 5.

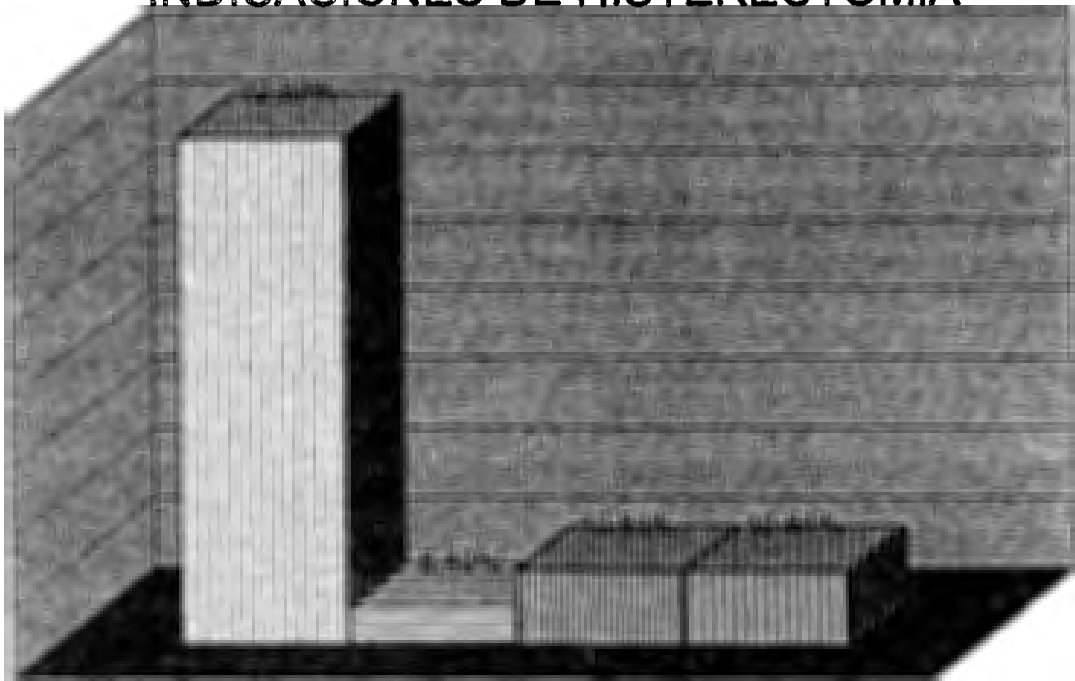
**TABLA No. 5**

TOTAL 37 casos  
(100%).

HEMORRAGICAS	27 CASOS	72.97 %
INFECCIOSAS	2 CASOS	5.40 %
MIOMATOSIS UTERINA	4 CASOS	10.81 %
TUMOR DE OVARIO	4 CASOS	10.81%

Indicaciones de histerectomía de urgencia.

## FIGURA No. 5 INDICACIONES DE HISTERECTOMIA



HEMORRAGICAS  INFECCIOSAS  MIOMATOSIS UTERINA  TUMOR DE OVARIO

Las indicaciones de histerectomía de urgencia en nuestro Hospital son las siguientes:

#### PADECIMIENTOS OBSTETRICOS.

ATONIA UTERINA.	14 CASOS	50%
ACRETISMO PLACENTERO.	6 CASOS	21.42%
HEMORRAGIA UTERINA INCOERCIBLE	3 CASOS	10.71%
UTERO DE COUVELAIRE.	2 CASOS	7.14%
DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA.	1 CASO	3.57%
ABORTO SEPTICO	1 CASO	3.57%
HEMATOMA PROGRESIVO DE LIGAMENTO ANCHO.	1 CASO	3.57%

#### PADECIMIENTOS GINECOLOGICOS

MIOMATOSIS UTERINA CON COMPROMISO VASCULAR	4 CASOS	44.44%
QUISTE DE OVARIO CON COMPROMISO VASCULAR	4 CASOS	44.44%
ABSCESO PELVICO	1 CASO	11.11%

En cuanto al diagnóstico de ingreso e indicación clínica de histerectomía, se encontraron los siguientes:

1. Embarazo gemelar de 33-34 Semanas De Gestación (SDG), Preeclampsia Severa. / Atonía Uterina.
2. Embarazo de 37 SDG, Obito más Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta ( D.P.P.N.I.). / Utero de Couvelaire.
3. Embarazo de 39.5 SDG, Trabajo de Parte Fase Latente, presentación de cara. / Atonía Uterina.
4. Embarazo de 37.6 SDG, Obito más D.P.P.N.I. / Atonía Uterina.
5. Embarazo de 37 SDG, Prodromos de Trabajo de Parto ( cesárea iterativa ). / Acretismo Placentario.
6. Probable embarazo ectópico cervical contra mioma cervical sangrante. / Sangrado Incoercible.
7. Mioma abortivo cervical sangrante. / Degeneración.
8. Embarazo ectópico roto. / Sangrado incoercible.
9. *Abdomen agudo: miomatosis uterina degenerada. / Degeneración*
10. Embarazo de 31.5 SDG, Placenta Previa Total sangrante. / Acretismo Placentario.
11. *Abdomen agudo: miomatosis uterina necrosada. / Degeneración.*
12. *Abdomen agudo: tumor de ovario izquierdo. / Compromiso Vascular.*
13. Embarazo de 37.4 SDG, Trabajo de Parto Fase Latente, Ruptura Prematura de Membranas de 1 hora de evolución. / Atonía Uterina.

14. Embarazo de 39.4 SDG, Trabajo de Parto Fase Latente, Sufrimiento Fetal Agudo, Ruptura Prematura de Membranas de 2 horas de evolución. / Atonía Uterina.
15. Embarazo de 36 SDG, Trabajo de Parto Fase Latente, Situación Transversa más miomatosis uterina con D.P.P.N.I. / Atonía Uterina.
16. Abdomen agudo: Quiste Mixto de Ovario Izquierdo de 11.2 x 7.6. / Compromiso Vascular.
17. Abdomen agudo: Absceso Pélvico contra Apéndice Perforada. / Pelvipertonitis.
18. Embarazo de 36.3 SDG, Placenta Previa sangrante. / Acretismo Placentario.
19. Embarazo de 37 SDG más Obito. / Acretismo Placentario.
20. Embarazo ectópico izquierdo roto. / Sangrado Incoercible.
21. Embarazo de 29.2 SDG más Ruptura Prematura de Membranas Paridad Satisfecha. / Atonía Uterina.
22. Embarazo de 32.3 SDG, Placenta Previa Sangrante. / Acretismo Placentario.
23. Mioma Abortivo contra Polipo Cervical Sangrante. / Degeneración.
24. Embarazo de 38.2 SDG, Ruptura Prematura de Membranas de 5 horas de evolución, Pélvico, Trabajo de Parto Fase Latente ( Cesárea iterativa). / Atonía Uterina
25. Probable retención de restos placentarios, Choque Hipovolemico. / Deshiscencia de Histerorraffia .
26. Embarazo de 34.6 SDG, Eclampsia, Sufrimiento Fetal Agudo, Probable D.P.P.N.I. / Atonía Uterina.
27. Embarazo Gemelar de 32 SDG, Preeclampsia Severa. / Atonía Uterina.



28. Embarazo de 40.3 SDG, Pélvico, Paridad Satisfecha. / Acretismo Placentario.
29. Aborto incompleto del Segundo Trimestre, Choque Hipovolemico. / Atonía Uterina.
30. Abdomen agudo: Quiste torcido de Ovario Izquierdo. / Compromiso Vascular.
31. Embarazo de 38 SDG de Parto Fase Latente Desproporción cefalo-pélvica. / Atonía Uterina.
32. Embarazo de 34.6 SDG, Pélvico, Paridad Satisfecha. / Utero de Couvelaire.
33. Abdomen Agudo: Quiste de Ovario derecho torcido. / Compromiso Vascular.
34. Abdomen Agudo: Quiste Mixto de Ovario Izquierdo. / Compromiso Vascular.
35. Embarazo de 39 SDG, Desproporción Cefalo-Pelvica. / Atonía Uterina.
36. Aborto Séptico ( 15.1 SDG ). / Sépsis.
37. Embarazo de 38 SDG, Miomatosis Uterina de Grandes elementos. / Hemátoma Progresivo de Ligamento Ancho.

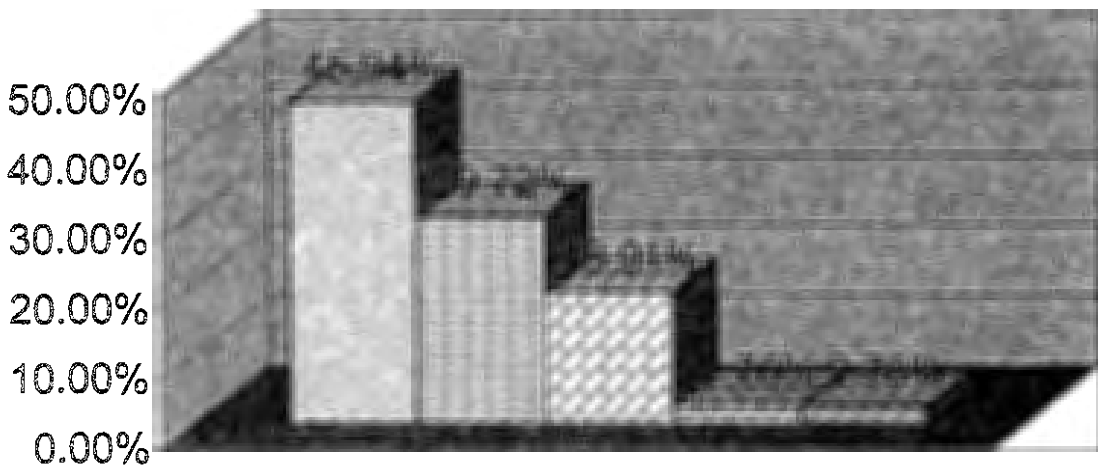
De las 37 intervenciones realizadas el 45.94% ( 17 casos ) corresponde a la histerectomía total sin salpingooforectomía, el 29.72% ( 11 casos ), correspondió a la histerectomía total con salpingooforectomía unilateral, el 18.91% ( 7 casos ) a histerectomía total con salpingooforectomía bilateral, con el 2.70 % ( 1 caso ) a histerectomía subtotal sin salpingooforectomía y el 2.70 % ( 1 caso ) a la histerectomía subtotal con salpingooforectomía bilateral, ver Tabla No. 6 Figura No. 6.

TABLA No. 6

HISTERECTOMIA TOTAL SIN SALPINGOOFORECTOMIA	17 CASOS	45.94%
HISTERECTOMIA TOTAL CON SALPINGOOFORECTOMIA UNILATERAL	11 CASOS	29.72%
HISTERECTOMIA TOTAL CON SALPINGOOFORECTOMIA BILATERAL	7 CASOS	18.91 %
HISTERECTOMIA SUBTOTAL SIN SALPINGOOFORECTOMIA	1 CASO	2.70%
HISTERECTOMIA SUBTOTAL CON SALPINGOOFORECTOMIA BILATERAL	1 CASO	2.70%

Durante el mismo acto quirúrgico de la histerectomía se realizo cierre primario de vejiga en dos casos.

**FIGURA No. 6**  
**TIPO DE CIRUGIA**



- HISTERECTOMIA TOTAL SIN SALPINGOOFORRECTOMIA
- HISTERECTOMIA TOTAL CON SALPINGOOFORRECTOMIA UNILATERAL
- HISTERECTOMIA TOTAL CON SALPINGOOFORRECTOMIA BILATERAL
- HISTERECTOMIA SUBTOTAL SIN SALPINGOOFORRECTOMIA
- HISTERECTOMIA SUBTOTAL SIN SALPINGOOFORRECTOMIA BILATERAL

De los casos obstétricos se encontró un 60.71 % ( 17 casos ) con histerectomía total sin salpingooforectomía, seguido de 28.57 % ( 8 casos ) con histerectomía total con salpingooforectomía unilateral, el 3.57 % ( 1 caso ) para la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral, el 3.57 % ( 1 caso ) histerectomía subtotal sin salpingooforectomía y 3,57 % ( 1 caso ) en la histerectomía subtotal con salpingooforectomía bilateral, ver Tabla No. 7, Figura No. 7.

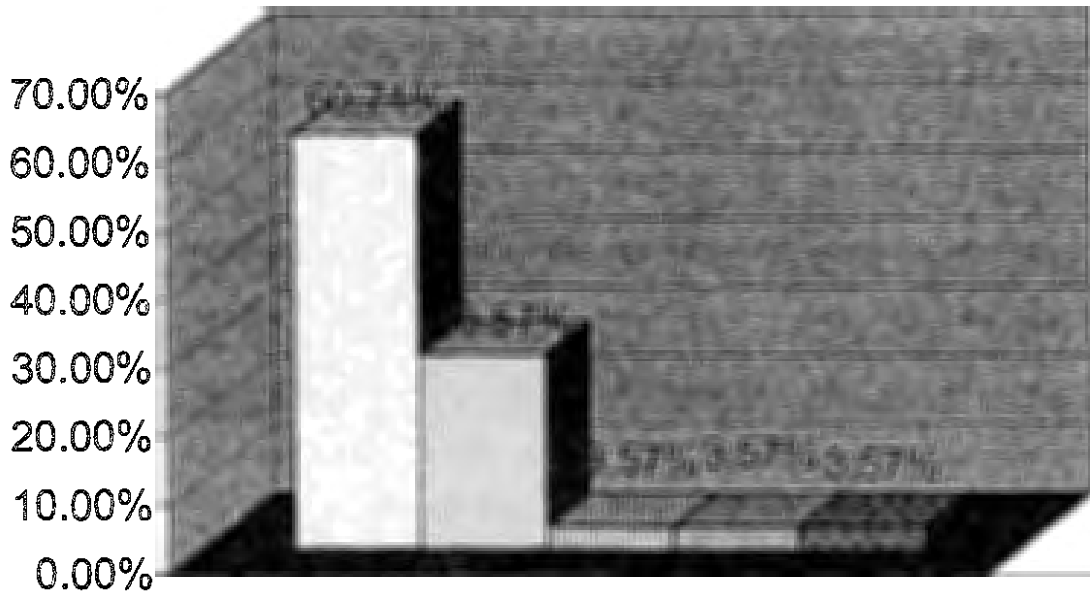
TABLA No. 7

HISTERECTOMIA TOTAL SIN SALPINGOOFORECTOMIA	17 CASOS	60.71%
HISTERECTOMIA TOTAL CON SALPINGOOFORECTOMIA UNILATERAL	8 CASOS	28.57%
HISTERECTOMIA TOTAL CON SALPINGOOFORECTOMIA BILATERAL	1 CASOS	3.57 %
HISTERECTOMIA SUBTOTAL SIN SALPINGOOFORECTOMIA	1 CASO	3.57%
HISTERECTOMIA SUBTOTAL CON SALPINGOOFORECTOMIA BILATERAL	1 CASO	3.57%

De los 28 casos de histerectomía obstétrica se encontró que en 4 pacientes se realizó ligadura de hipogástricas, en un caso se realizó dicho procedimiento quirúrgico por el Servicio de Cirugía General.

Una histerectomía en bloque por aborto séptico.

**FIGURA No. 7**  
**TIPO DE CIRUGIA EN OBSTETRICAS**



- HISTERECTOMIA TOTAL SIN SALPINGOOFORRECTOMIA
- ▣ HISTERECTOMIA TOTAL CON SALPINGOOFORRECTOMIA UNILATERAL
- ▤ HISTERECTOMIA TOTAL CON SALPINGOOFORRECTOMIA BILATERAL
- ▥ HISTERECTOMIA SUBTOTAL SIN SALPINGOOFORRECTOMIA
- ▦ HISTERECTOMIA SUBTOTAL SIN SALPINGOOFORRECTOMIA BILATERAL

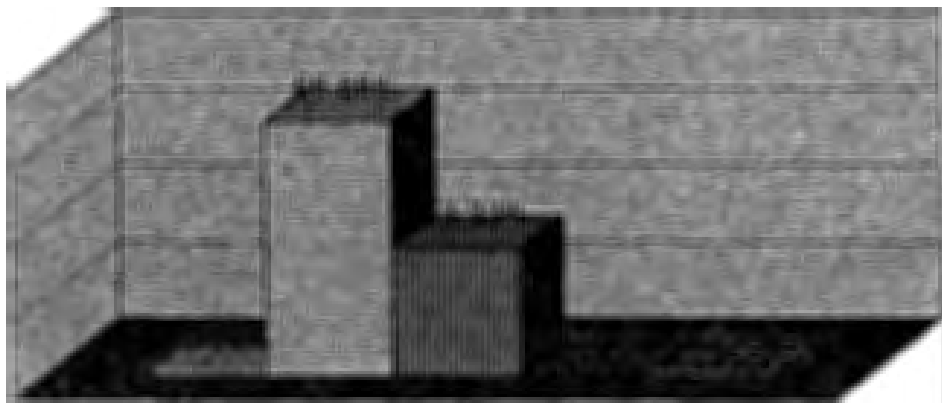
Con respecto a las pacientes ginecológicas se encontró el 66.66% (6 casos ) con histerectomía total y salpingooforectomía bilateral y 33.33 % ( 3 casos ) de histerectomía total con salpingooforectomía unilateral, ver Tabla No. 8 Figura No. 8

TABLA No. 8

HISTERECTOMIA TOTAL SIN SALPINGOOFORECTOMIA		
HISTERECTOMIA TOTAL CON SALPINGOOFORECTOMIA BILATERAL	6 CASOS	66.66%
HISTERECTOMIA TOTAL CON SALPINGOOFORECTOMIA BILATERAL	3 CASOS	33.33 %
HISTERECTOMIA SUBTOTAL SIN SALPINGOOFORECTOMIA		
HISTERECTOMIA SUBTOTAL CON SALPINGOOFORECTOMIA		

Tipo de cirugía realizada a pacientes ginecológicas.

## FIGURA No. 8 TIPO DE CIRUGIA EN GINECOLOGICAS



- HISTERECTOMIA TOTAL SIN SALPINGOFORECTOMIA
- HISTERECTOMIA TOTAL CON SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL
- HISTERECTOMIA TOTAL CON SALPINGOFORECTOMIA UNILATERAL
- HISTERECTOMIA SUBTOTAL SIN SALPINGOFORECTOMIA
- HISTERECTOMIA SUBTOTAL SIN SALPINGOFORECTOMIA

En cuanto a la disponibilidad oportuna de laboratorio se encontró lo siguiente, ver Tabla No. 9 Figura No. 9.

TABLA No. 9

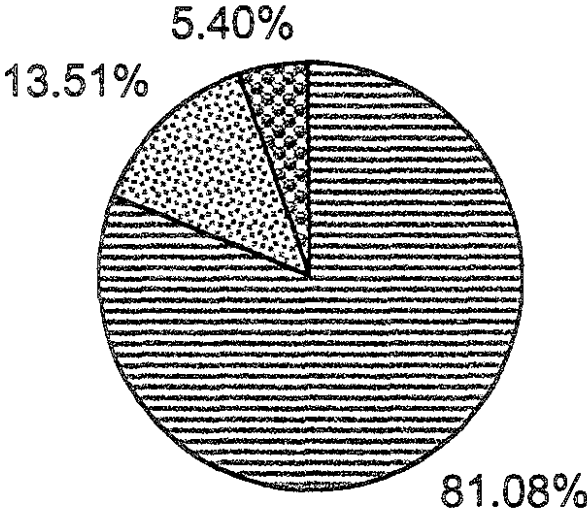
**OPORTUNIDAD DE ATENCION POR EL SERVICIO AUXILIAR DE LABORATORIO**

REPORTE DE LABORATORIO EN LA PRIMERA HORA DE SU INGRESO	30 CASOS	81.08%
REPORTE DE LABORATORIO UNA HORA POSTERIOS A SU INGRESO	5 CASOS	13.51%
NO SE ENCONTRO DE LABORATORIO EN EL EXPEDIENTE	2 CASOS	5.40%

Resultados de los 37 casos revisados.



**FIGURA No. 9**  
**LABORATORIO**



- Primera hora de su ingreso
- Una hora posterior a su ingreso
- No se encontró reporte en expediente

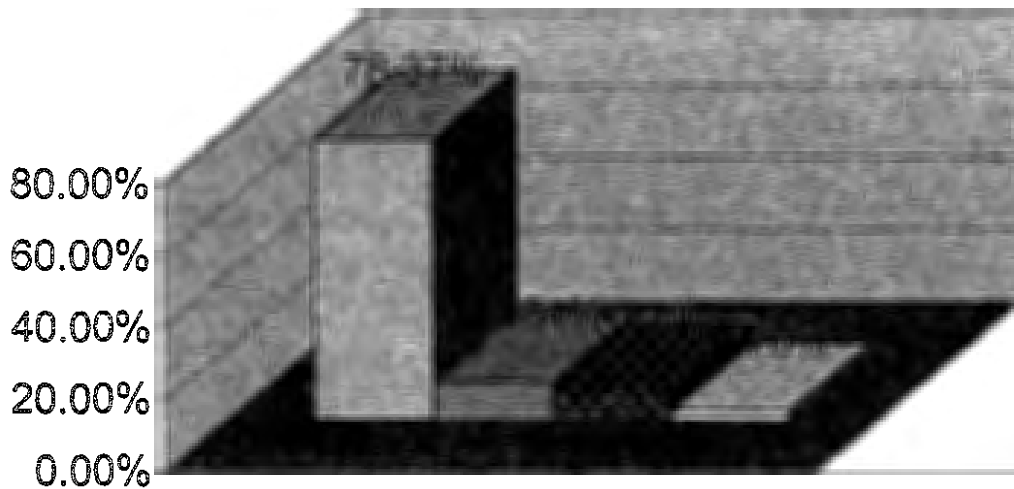
En cuanto a banco disponible, ver Tabla No. 10 (a y b) Figura No. 10 ( a y b ).

**TABLA No. 10a**

***DISPONIBILIDAD DE BANCO***

SE CONTO CON SANGRE DISPONIBLE DE INMEDIATO	29 CASOS	78.37%
NO SE REQUIRIO DE TRANSFUSION	4 CASOS	10.81%
NO SE CONTO CON SANGRE DISPONIBLE DE INMEDIATO	3 CASOS	8.10%
NO SE ENCONTRO EN EL EXPEDIENTE DATOS SOBRE PERDIDAS HEMATICAS, NI TRANSFUSION	1 CASO	2.70%

**FIGURA No. 10 (a)**  
**DISPONIBILIDAD DE BANCO**



- Sangre disponible de inmediato
- No se requirió transfusión
- No se contó con sangre disponible de inmediato
- No se encontraron datos en el expediente, acerca de las pérdidas hemáticas

TABLA No. 9b

**DISPONIBILIDAD DE BANCO**

TOTAL 37 PACIENTES

( 100 % )

OBSTETRICAS 28 CASOS

( 75.65 % )

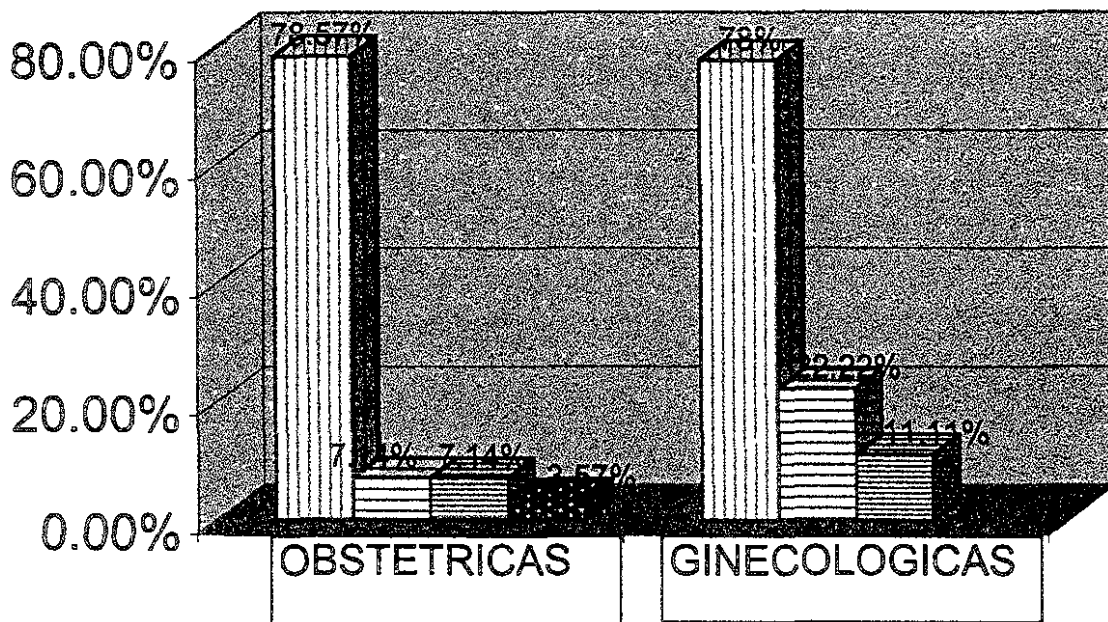
SE CONTO CON SANGRE DISPONIBLE DE INMEDIATO	22 CASOS	78.57%
NO SE REQUIRIO TRANSFUSION	2 CASOS	7.14%
NO SE CONTO CON SANGRE DISPONIBLE DE INMEDIATO	2 CASOS	7.14%
NO SE ENCONTRO EN EL EXPEDIENTE DATOS SOBRE PERDIDAS HEMATICAS, NI TRANSFUSION	1 CASO	3.57%

GINECOLOGICAS 9 CASOS

( 24.32 % )

SE CONTO CON SANGRE DISPONIBLE DE INMEDIATO	7 CASOS	77.77%
NO SE REQUIRIO TRANSFUSION	2 CASOS	22.22%
NO SE CONTO CON SANGRE DISPONIBLE DE INMEDIATO	1 CASOS	11.11%
NO SE ENCONTRO EN EL EXPEDIENTE DATOS SOBRE PERDIDAS HEMATICAS, NI TRANSFUSION		

**FIGURA No. 10 (b)**  
**DISPONIBILIDAD DE BANCO**



- Se contó con sangre disponible de inmediato
- No se requirió transfusión
- No se contó con sangre disponible de inmediato
- No se encontró en el expediente datos sobre pérdidas hemáticas ni transfusión

El método anestésico varió, de las 37 pacientes revisadas se encontró que 24 intervenciones fueron con anestesia general ( 64.86 % ), 11 casos con bloqueo peridural (29.72 % ), en 1 caso bloqueo mixto ( 2.70 % ) y en 1 caso bloqueo peridural más general ( 2.70 % ), ver Tabla No. 11 Figura No. 11.

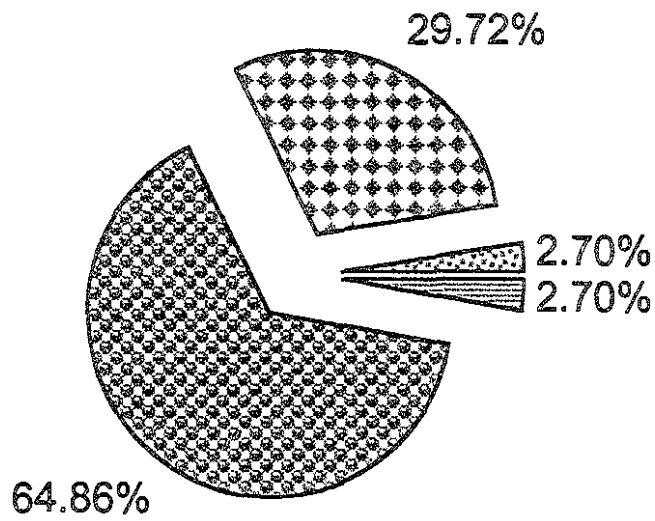
TABLA No. 11.

TOTAL 37 PACIENTES  
( 100 % )

ANESTESIA GENERAL	24 CASOS	64.86 %
BLOQUEO PERIDURAL	11 CASOS	29.72 %
BLOQUEO MIXTO	1 CASO	2.70 %
BLOQUEO PERIDURAL MAS GENERAL	1 CASO	2.70 %

De los 24 casos con anestesia general 13 fueron con Anestesia General Endovenosa y 11 con Anestesia General Balanceada.

**FIGURA No. 11**  
**TOTAL: METODO ANESTESICO**



- General
- Bloqueo peridural
- Bloqueo mixto
- Bloqueo peridural más general

En el grupo de pacientes obstétricas, se encontró: anestesia general en 20 casos ( 71.42 % ), bloqueo peridural 7 casos ( 25 % ) y bloqueo peridural más anestesia general 1 caso ( 3.57 % ).

De las pacientes ginecológicas: anestesia general 4 casos (44.44 %) y bloqueo mixto 1 caso ( 11.11 % ), ver Tabla No. 12 figura No. 12. ( a y b ).

TABLA No. 12

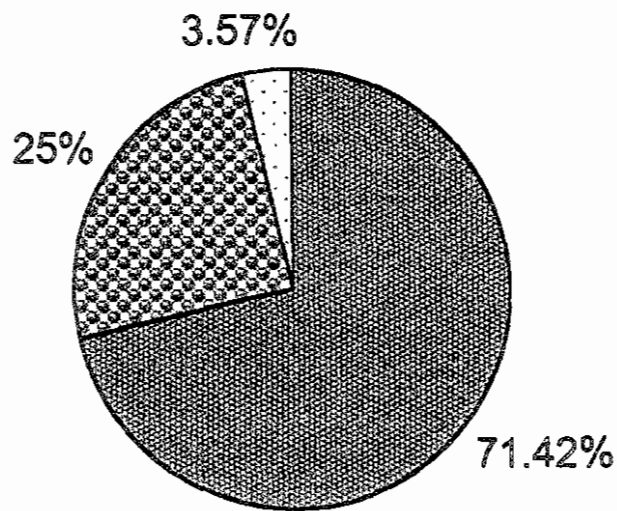
	TOTAL	GENERAL	BPD	BLOQUEO MIXTO	BPD MAS GENERAL
OBSTETRICAS 28 PACIENTES ( 75.67 % )	28	20 (71.42%)	7 (25%)		1 (3.57%)

	TOTAL	GENERAL	BPD	BLOQUEO MIXTO	BPD MAS GENERAL
GINECOLOGI- CAS 9 PACIENTES (24.32 % )	9	4 (44.44%)	4 (44.44%)	1 (11.11%)	

De las pacientes obstétricas con anestesia general 9 fueron con Anestesia General Endovenosa y 15 con Anestesia General Balanceada.

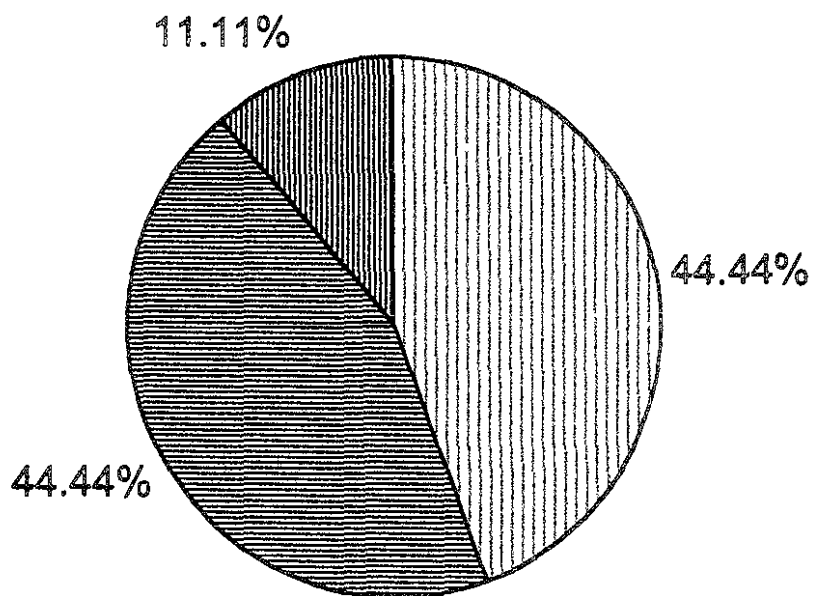


**FIGURA No. 12 (a)**  
**PACIENTES OBSTETRICAS**



- General
- Bloqueo peridural
- Bloqueo peridural más general

**FIGURA No. 12 (b)**  
**GINECOLOGICAS**



□ General   ▨ Bloqueo peridural   ▩ Bloqueo mixto

De las pérdidas hemáticas transoperatorias se encontró 400cc de sangrado como mínimo y como máximo 8500cc, requiriendo reposición sanguínea proporcionalmente a la hemorragia durante el acto quirúrgico, con una medida 4900.4 y desviación estándar de 3424.0, en cuanto a pérdida sanguínea transoperatoria.

La reposición sanguínea vario desde 250cc como mínimo hasta 5100cc como máximo con una media de 2625.5 y desviación estándar de 1810.5.

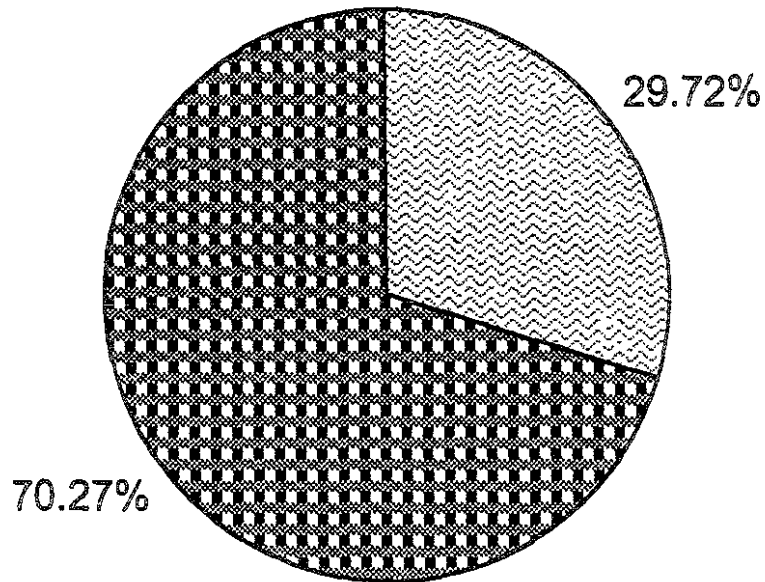
Con respecto al número de complicaciones se encontró que de los 37 casos de histerectomía de urgencia, con 28 casos obstétricos y 9 ginecológicos. Ocurrió una morbilidad global de 11 casos, lo que significa el 29.72 % de los casos y 26 casos sin ningún tipo de complicación trans o postoperatoria, significando el 70.27 del total.

En el grupo de pacientes obstétricas encontramos una morbilidad de 35.71 % ( 10 casos ) y en pacientes ginecológicas de 11.11 % ( 1 caso ), ver Tabla No. 13 Figura No. 13.

**TABLA No. 13**

	TOTAL	COMPLICADAS	NO COMPLICADAS
TOTAL	37 (100%)	11 (29.72%)	26 (70.27%)
OBSTETRICAS	28 (75.67%)	10 (35.71%)	18 (64.28%)
GINECOLOGICAS	9 (24.32%)	1 (11.11%)	8 (88.88%)

**FIGURA No. 13**  
**TOTAL DE COMPLICACIONES**



Pacientes complicadas     Pacientes no complicadas

Según el tipo de complicaciones se clasificó como sigue: Teniendo un total de 27 complicaciones ( de las 37 pacientes en revisión ); alguna de las pacientes llevo a presentar más de una complicación. Dando como resultado global 27 complicaciones, siendo 9 las más graves con un 33.33 %, ver Tabla No. 14 ( a y b )Figura 14 (a, b y c).

**TABLA No. 14a**

**COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS**

	TOTAL	HEMORRAGICAS	UROLOGICAS
TOTAL	4	2 (70.40%)	2 (7.40%)
OBSTETRICAS	3	1 (3.84%)	2 (7.69%)
GINECOLOGICAS	1	1 (11.11%)	

Solo se encontraron Complicaciones Hemorrágicas y Urológicas

TABLA No. 14b

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS**

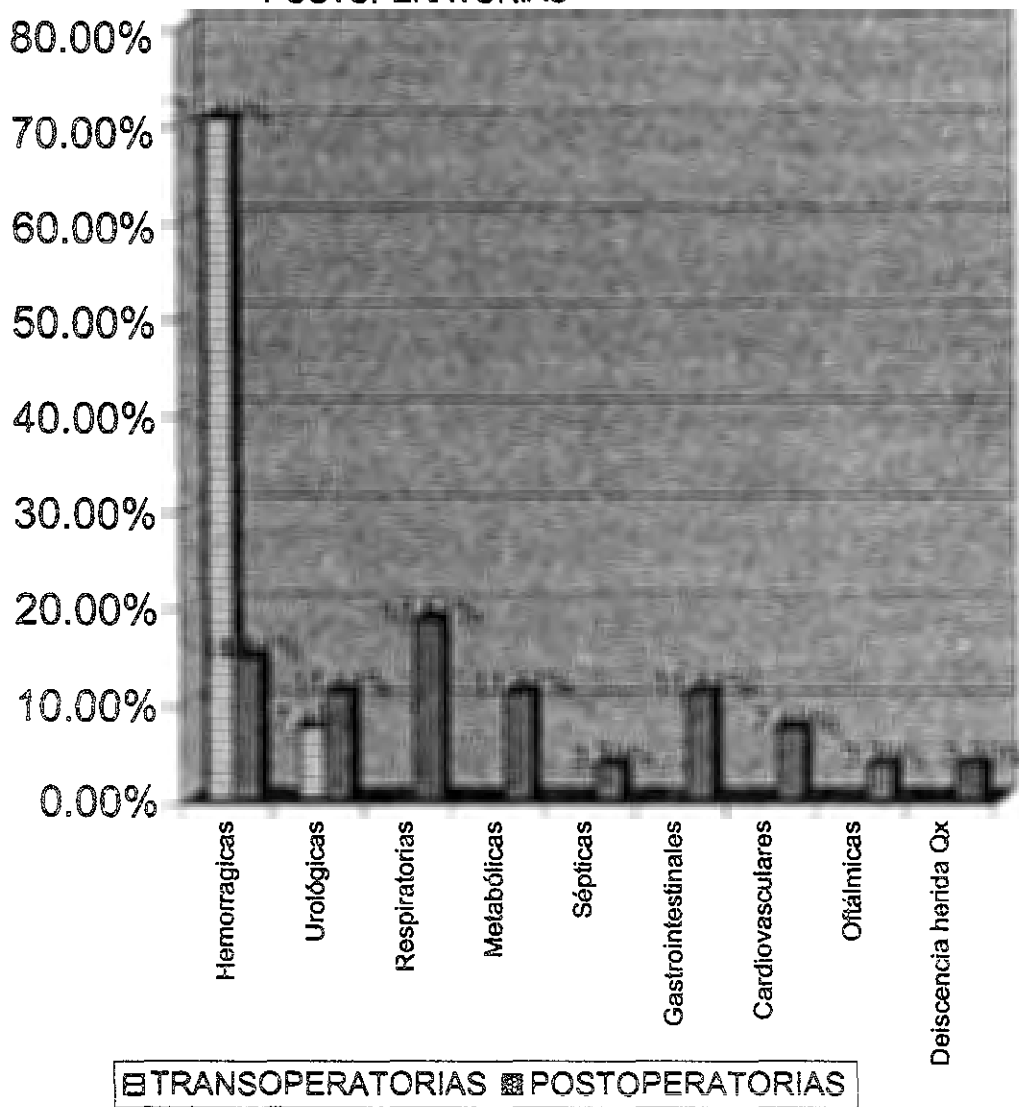
	TOTAL	HEMO RRA GICAS	UROLO GICAS	RESPI RATO RIAS	META BO LICAS	SEP TI CAS	GASTRO INTESTI NALES	CARDIO VASCU LARES	OFTAL MICAS	DEHIS CEN CIA Hx Qx
1	23	4 14.81%	3 11.11%	5 18.51%	3 11.11%	1 3.70%	3 11.11%	2 7.40%	1 3.70%	1 3.70%
2	23	4 15.38%	3 11.53%	5 19.23%	3 11.53%	1 3.84%	3 11.53%	2 7.69%	1 3.84%	1 3.84%
3										

1 TOTAL DE PACIENTES COMPLICADAS

2 PACIENTES OBSTETRICAS

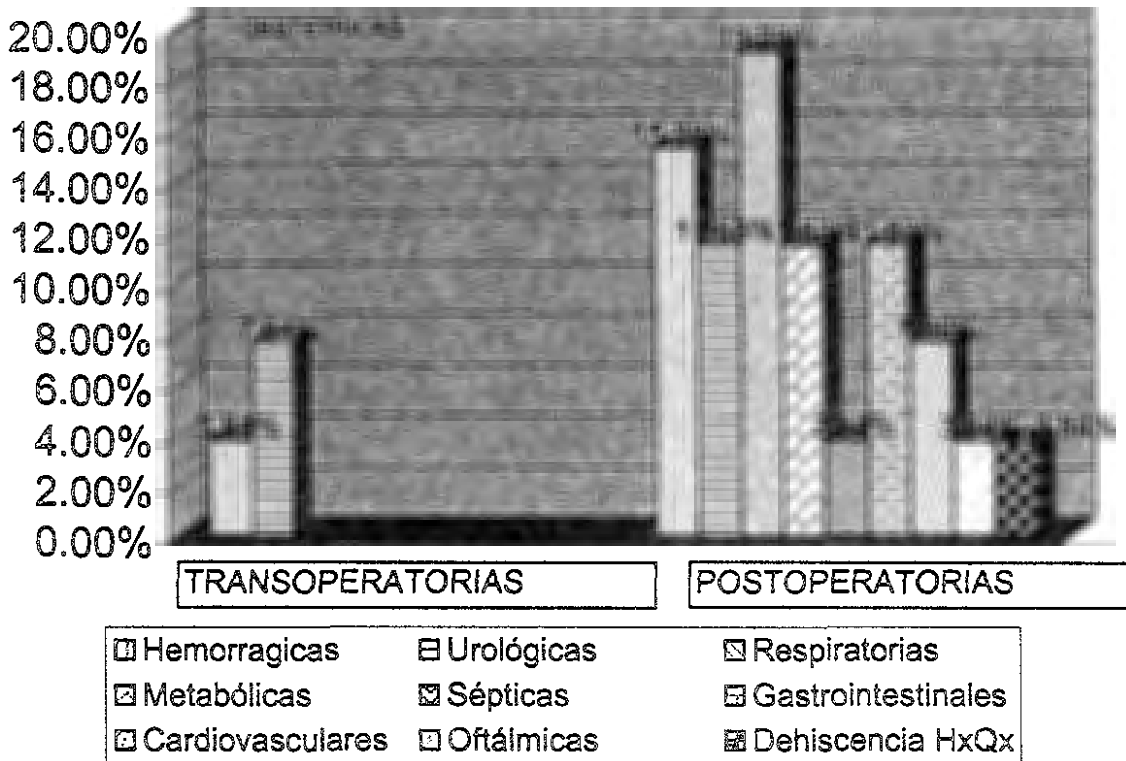
3 PACIENTES GINECOLOGICAS

**FIGURA No. 14 (a)**  
 TOTAL DE COMPLICACIONES TRANS Y  
 POSTOPERATORIAS

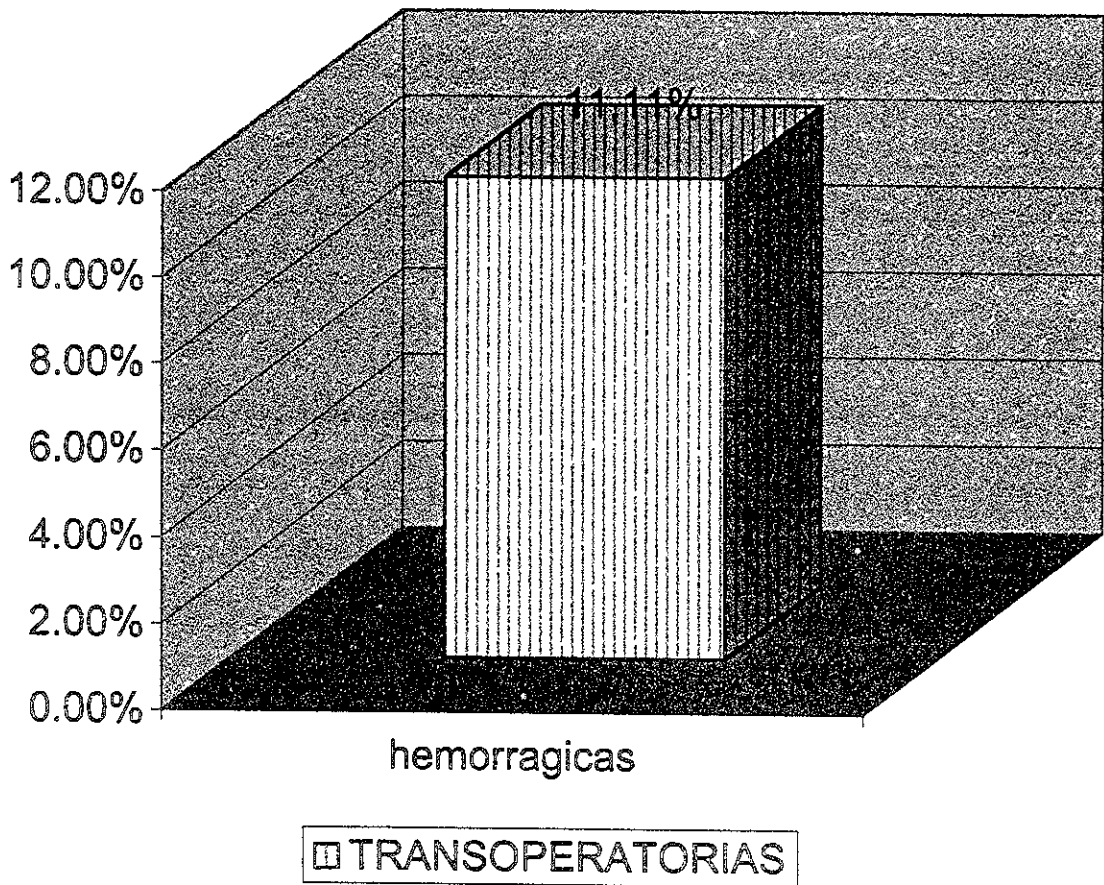




**FIGURA No. 14 (b)**  
**COMPLICACIONES OBSTETRICAS**



**FIGURA No 14 (c)**  
**COMPLICACIONES GINECOLOGICAS**



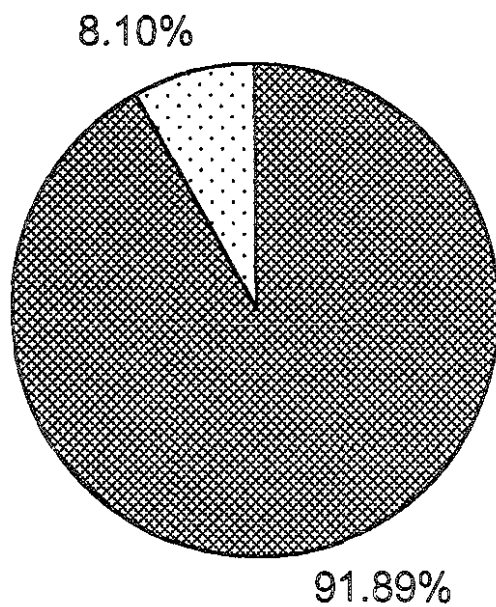
Con respecto al reporte de patología de los 37 casos revisados, se encontraron en el expediente clínico 24 reportes significando el (64.86%) por lo cual se acudió al archivo del Servicio de Patología, encontrando 10 reportes con un (27.02%), sin existir registradas en el archivo de Patología e pacientes (8.10%), encontrándose entre estos reportes el de una muerte materna, ver Tabla No. 15 Figura No. 15 ( a y b ).

TABLA No. 15

TOTAL	CON REPORTE DE PATOLOGIA	SIN REPORTE DE PATOLOGIA
37 CASOS (100%)	34 (91.81%)	3 (8.10%)
OBSTETRICAS 28 (75.67%)	25 (89.28%)	3 (10.71%)
GINECOLOGICAS 9 (19.56%)	9 (100%)	

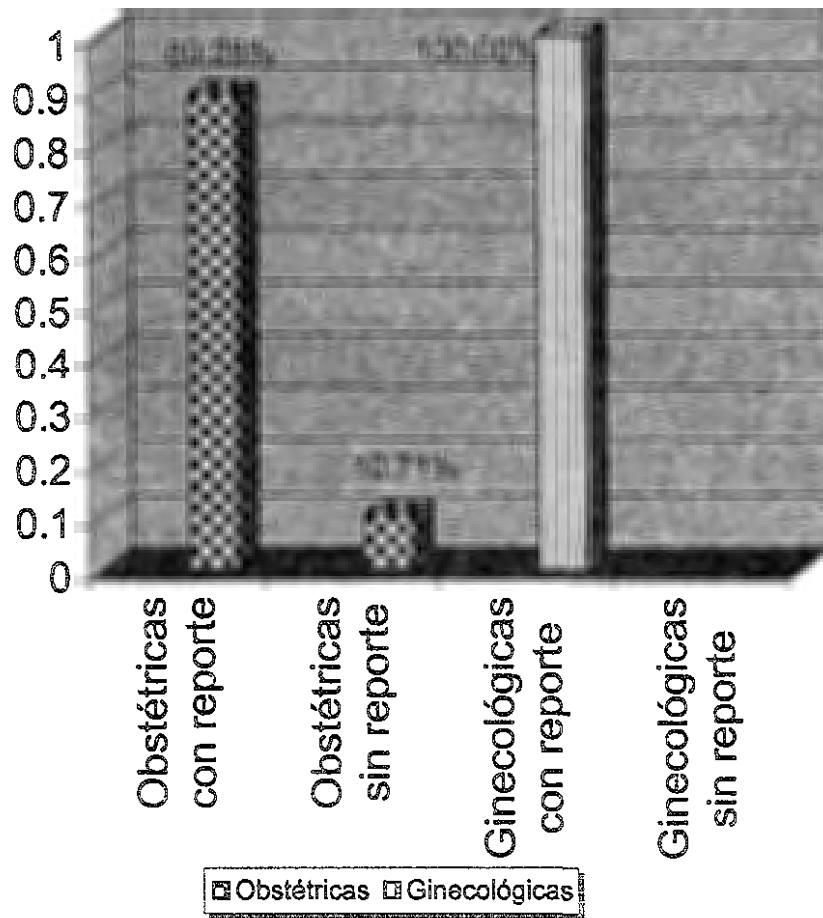
De los 3 casos sin reporte no se recibió la pieza por el Servicio de Patología.

**FIGURA No. 15 (a)**  
**TOTAL CON REPORTE DE**  
**PATOLOGIA**



■ Global con reporte □ Global sin repote

**FIGURA No. 15 (b)**  
**REPORTE DE PATOLOGIA EN LOS DOS GRUPOS**



La correlación Clínico-anatomopatológica reportado por el servicio de patología son las siguientes: del total de casos ( 37 ), en 29 casos (78.37% ) hubo correlación clínica-anatomopatológica, sin correlación en 5 casos ( 13.51 % ), no se procesaron piezas en patología en 3 casos con (8.10%), ya que no se recibió la muestra por el servicio de patología.

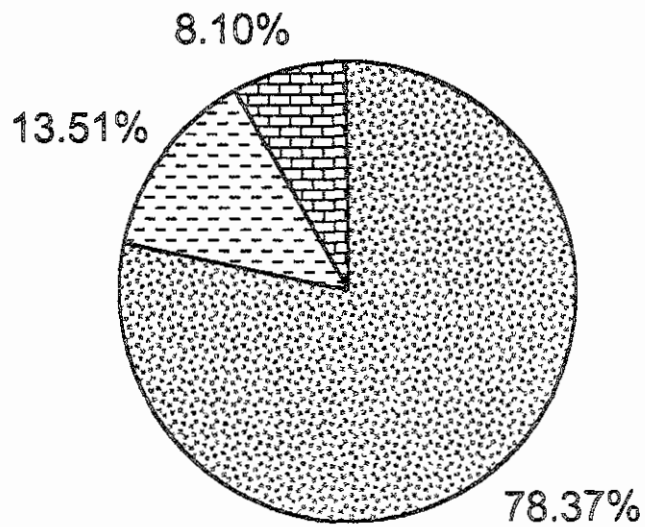
De las 28 pacientes obstétricas hubo correlación en 21 casos (75%), sin correlación en 4 (14,2%), no se procesaron la pieza en 3 casos (10.71%).

De las 9 pacientes ginecológicas se observa correlación en 8 casos (88.88%), sin correlación en 1 caso (11.11%), ver Tabla No. 16 Figura No. 16 ( a y b ).

TABLA No. 16

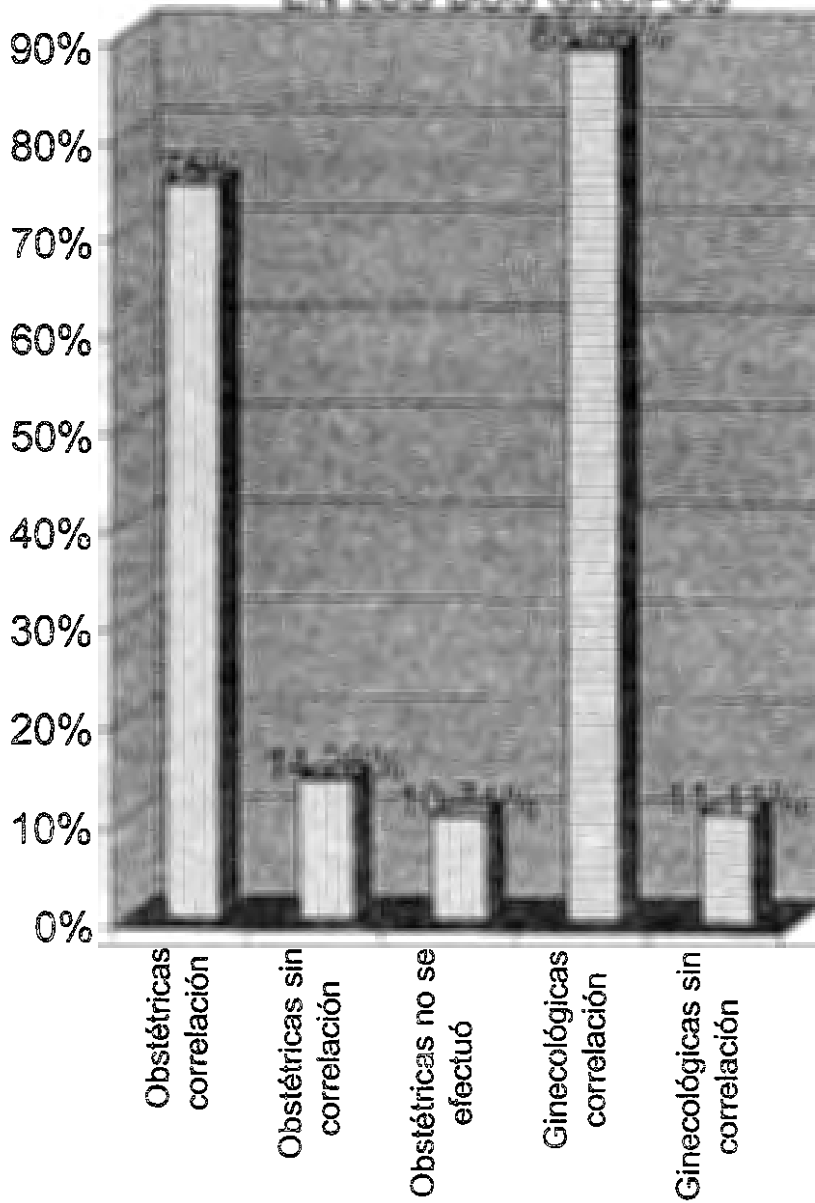
TOTAL	CORRELACION CON DIAGNOSTICO CLINICO	SIN CORRELACION CON DIAGNOSTICO CLINICO	NO SE EFECTUO
37 (100%)	29 (78.37%)	5 (13.51%)	3 (8.10%)
OBSTETRICAS 28 (75.67%)	21 (75%)	4 (14.28%)	3 (10.71%)
GINECOLOGICAS 9 (24.32%)	8 (88.88%)	1 (11.11%)	

**FIGURA No. 16 (a)**  
**GLOBAL EN LA**  
**CORRELACION CLINICO-**  
**ANATOMOPATOLOGICA**



■ Global correlación ■ Global sin correlación ■ Global no se efectuó

**FIGURA No.16 (b)**  
**CORRELACION CLINICO-ANATOMOPATOLOGICA**  
**EN LOS DOS GRUPOS**





Al respecto de los días de estancia hospitalaria, se encontró como mínimo 1 día, máximo 10 días, con una media de estancia hospitalaria de 3.8, desviación estándar de 1.8, siendo un total de 129 días.

**DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA**

TOTAL 37 CASOS

CERO DIAS	2 CASOS (FALLECIERON EN TERAPIA)
1 DIA	1 CASO
2 DIAS	7 CASOS
3 DIAS	9 CASOS
4 DIAS	9 CASOS
5 DIAS	2 CASOS
6 DIAS	5 CASOS
10 DIAS	1 CASO

Las pacientes que fallecieron en Terapia presentaron una estancia aproximada de 2 horas en la UTQ.

En cuanto a los días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, se encontró un mínimo de estancia de 1 día, máximo de 72 días, media de estancia de 19.6 y desviación estándar de 18.6, con total de 120 días.

**DIAS DE ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS**

TOTAL 37 CASOS

CERO DIAS	22 CASOS (NO REQUIRIERON TERAPIA)
1 DIA	2 CASO
2 DIAS	5 CASOS
3 DIAS	2 CASOS
5 DIAS	2 CASOS
6 DIAS	3 CASOS
72 DIAS	1 CASOS

En cuanto a la mortalidad presenta en esta serie estudiada, se encontraron 2 muertes maternas con una mortalidad para 1995 de 42.25 y en 1996 de 36.33.

Marzo de 1995: paciente de 31 años, con origen de internamiento por embarazo de 37 SDG, Obito, D.P.P.N.I ( pasa directa a sala de quirófano), presentando útero de Couvelaire, se realiza histerectomía más ligadura de hipogástricas. Presentando en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos: SIRPA, coagulación intravascular diseminada, falla hepática y paro cardiaco. (no se cuenta con reporte de patología).

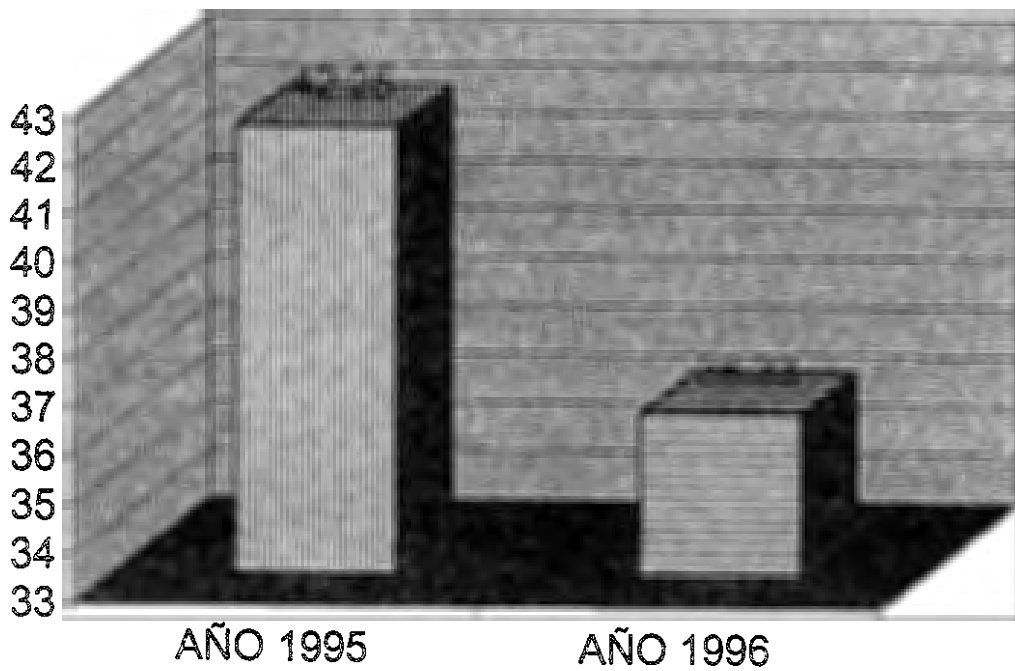
Abril de 1996: paciente de 38 años, con origen de internamiento por embarazo de 34.6 SDG, Eclampsia, Sufrimiento Fetal Agudo, probable D.P.P.N.I, (pasa directa a sala de quirófano), presentando atonía uterina, se realiza histerectomía, reintervenida 2 días después por el servicio de Cirugía General, por presentar abdomen agudo: encontrando hemátoma de pared vaso-sangrante, sangrado de cúpula vaginal, desarrollando sepsis abdominal, ilio adinámico, probable tromboembolia pulmonar y paro cardiaco, ver Tabla No. 17 Figura 17.

TABLA No. 17

**TASA DE MORTALIDAD**

AÑO	TASA DE MORTALIDAD
1995	42.25
1996	36.33

**FIGURA No. 17**  
MORTALIDAD MATERNA



De las 37 pacientes revisadas e hysterectomizadas, solo una paciente de 31 años, acudió a control por la consulta externa de ginecología: con diagnóstico de Síndrome-Climáterico ( la cirugía realizada fue hysterectomía más salpingooforectomía izquierda, con antecedente de salpingooforectomía derecha por quiste de ovario. Se intervino el día 02-01-1997, con fecha de última consulta 18-09-1997, dejando de acudir a citas posteriores a nuestro servicio.

Otra paciente de 32 años, acudió a la consulta externa posterior a hysterectomía total por acretismo placentario, vista por el servicio de oftalmología; con antecedente de desprendimiento traumático de retina con 5 años de evolución.

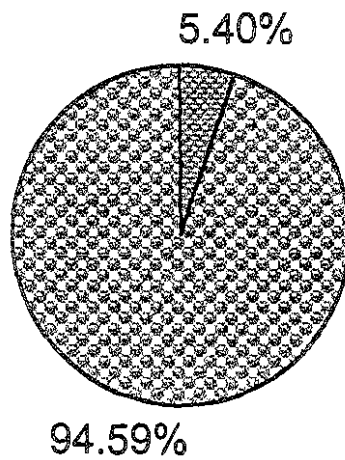
Teniendo un global de 5.40%, el 2.70% de pacientes vistas posterior a la cirugía por la consulta externa de ginecología y 2.70% para pacientes vistas posteriormente por la consulta externa no ginecológica, ni por secuelas del procedimiento quirúrgico realizado, ver Tabla No. 18  
Figura No. 18

TABLA No. 18

TOTAL	SEGUIMIENTO POR LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA	SIN SEGUIMIENTO POR LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA
37 (100%)	2 (5.40%)	35 (94.59%)
OBSTETRICAS 28 (75.67%)	1 (3.57%)	27 (96.42%)
GINECOLOGICAS 9 (24.32%)	1 (11.11%)	8 (88.88%)

### FIGURA No. 18

SEGUIMIENTO POR LA CONSULTA EXTERNA



- Seguimiento por la consulta externa de ginecología
- Sin seguimiento por la consulta externa de ginecología

## ANALISIS

Se analizaron 46 casos de histerectomía de urgencia tanto ginecológicas como obstétricas, en el periodo comprendido del 1º de Enero de 1995 al 1º de Enero de 1998, teniendo un total de 13662 eventos obstétricos y 757 eventos ginecológicos, con una incidencia para la histerectomía obstétrica de urgencia 0.27% cifras mayores que las reportadas por el Hospital General de México de 0.14% (1), la incidencia de la histerectomía ginecológica de urgencia es de 1.18%. 37 casos fueron obstétricos (80.43%) y 9 casos por motivo ginecológico (19.56%), eliminadas 9 pacientes por no contar con el expediente, dando un resultado de 28 histerectomías obstétricas de urgencia (75.67%) y 9 ginecológicas (29.32%), con estudio completo.

La incidencia de la cesárea histerectomía (es la histerectomía posterior a una cesárea en un mismo procedimiento tanto quirúrgico como anestésico), de 18 casos con (0.13%), (1). 10 casos de histerectomía obstétrica (se refiere a la histerectomía postparto, postaborto o postcesárea, teniendo un periodo más o menos corto, pero en dos actos quirúrgicos diferentes y con procedimientos anestésicos distintos) con incidencia de 0.70%. De los padecimientos ginecológicos se encontró incidencia de (0.52%) por miomatosis uterina y tumores de ovario respectivamente, (0.13%) por absceso pélvico.

La edad de las pacientes en las que se encontró tal evento, fue similar para ambos grupos entre los 36-40 años, con una media de 33.13 y desviación estándar de 5.40, para las pacientes obstétricas y de 38 con desviación estándar de 6.28 para las ginecológicas. Siendo pacientes afeas y aumentando por lo tanto el riesgo de presentar placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normaincerta, acretismo placentario (6,10), y así el riesgo perinatal.

De los 37 casos realizados se presentó una media de gestaciones de 3.18, con desviación estándar de 1.33, se observó 2 pacientes con una sola gestación, (grupo obstétrico) ambas de 25 años y el extremo con 6 gestaciones 1 paciente de 44 años. Tanto en las pacientes obstétricas y ginecológicas el mayor número y porcentaje de gestaciones es de III a IV con (53.55%), en las obstétricas, de (44.44%) para las ginecológicas, correlacionando entonces la multiparidad con la presencia de la histerectomía de urgencia.

Del diagnóstico clínico por el cual se realizó la histerectomía de urgencia, la mayor frecuencia fue secundaria a causa hemorrágica 27 casos (72.97%), (1,20), representado este grupo principalmente por atonía uterina (50%), acretismo placentario (21.42%), seguido en ginecológicas de miomatosis uterina y tumores de ovario con compromiso vascular (44.44%) respectivamente y por último las causas infecciosas (5.40%) debido a aborto séptico (3.57%) y absceso pélvico (11.11%) La causa hemorrágica como se menciona anteriormente es el principal motivo para histerectomía de urgencia en la gestación y segunda causa de mortalidad materna.

Encontrándose presente en las pacientes un riesgo perinatal a su ingreso de mediano en (32.14%) 9 pacientes y alto (67.85%) 19 pacientes.

Con respecto a la técnica quirúrgica se observó que de las 37 intervenciones revisadas el (45.94%) corresponde a la histerectomía total sin salpingooforectomía y con el menor porcentaje la histerectomía subtotal sin salpingooforectomía y con salpingooforectomía bilateral con (2.70%) respectivamente. De las obstétricas se encontró (60.71%) histerectomía total sin salpingooforectomía y en las pacientes ginecológicas con (66.66%) histerectomía total con salpingooforectomía bilateral. Se efectuaron en el total de pacientes histerectomías subtotales en dos casos, sin salpingooforectomía y con salpingooforectomía bilateral en (2.70%) respectivamente. Se deduce que en las pacientes obstétricas se realizan intervenciones encaminadas a conservar la funcionalidad ovarica, por la edad de las pacientes y el origen de la intervención, lo cual contrasta en el grupo de las ginecológicas en donde el padecimiento determinó el tipo de cirugía, por lo que se recomienda la conservación de ovario cuando no exista patología evidente, con el objeto de evitar fenómenos vasomotores, alteraciones metabólicas; tales como osteoporosis tempranas y alteraciones tróficas en el aparato genital. Con respecto a las cirugías subtotales tal como se menciona en la bibliografía nacional e internacional (14) es preferible no realizarse por el riesgo de presentar: hemorragia transoperatoria o postoperatoria del cervix y carcinoma cervical. De los 28 casos obstétricos se encontraron 4 ligaduras de hipogástricas 3 durante la cesárea y 1 caso en el postoperatorio, por el servicio de Cirugía General. En dos casos se efectuó cierre primario de vejiga y una histerectomía en bloque por aborto séptico, (9).

La disponibilidad de laboratorio durante la primera hora de su ingreso fue de (81.08%) y posterior a 1 hora (13.55%). Lo cual nos traduce eficacia y eficiencia por el personal de laboratorio de nuestro hospital.



En banco de sangre se contó con disponibilidad (78.37%), para pacientes obstétricas de (78.57%) y ginecológicas (77.77%), sin contar con sangre disponible de inmediato en (7.14%), para las pacientes obstétricas y de (11.11%) para las ginecológicas. El mayor porcentaje de pacientes contó de manera oportuna con la disponibilidad de banco, sobretodo en pacientes obstétricas (ya que la causa principal de la intervención fue por motivo hemorrágico, siendo necesaria la transfusión sanguínea), desgraciadamente para algunas pacientes no se contó de forma inmediata de este servicio, lo cual repercute de forma directa en el pronóstico de la paciente.

El método anestésico vario, con un total de (64.86%) para anestesia general, (29.72%) para bloqueo peridural y (2.70%) para bloqueo mixto y bloqueo peridural más general, respectivamente. De las obstétricas (71.42%) con general (9 casos con anestesia general endovenosa y 15 con anestesia general balanceada). En las ginecológicas (44.44%) para general y (11.11%) para bloqueo peridural más bloqueo mixto respectivamente. Observando el predominio de la anestesia general en pacientes obstétricas secundario a la premura o urgencia del acto quirúrgico, En contraste con lo encontrado en las pacientes ginecológicas en donde se encuentra el uso de bloqueo peridural y mixto en su mayoría.

De las perdidas hemáticas transoperatorias como mínimo de 400cc, máximo 8500cc, con una media de perdidas hemáticas transoperatorias de 4900.4, desviación estándar de 3424.0, y media de transfusión de 2625.5 y desviación estándar de 1810.7. La mínima en cuanto a perdidas hemáticas se encontró en una paciente ginecológica y la máxima se presento en una paciente obstétrica.

Las complicaciones observadas se encontraron (29.72%) complicadas y (70.27%) no complicadas, de las obstétricas (37.71%) complicadas, (64.28%) sin complicaciones, de las ginecológicas (11.11%) complicadas, (88.88%) sin complicaciones. Las complicaciones transoperatorias (7.40%) por motivo hemorrágico y urológico respectivamente. De las postoperatorias con (14.81%) por causa hemorrágica y en el extremo con frecuencia menor de (3.70%) por dehiscencia de herida quirúrgica y oftálmicas, sin encontrar complicaciones postoperatorias en el grupo de las ginecológicas. Las pacientes obstétricas presentaron mayor número y tipo de complicaciones tanto en el trans como en el postoperatorio, dada la patología presentada por estas, determinando así la intervención quirúrgica, y por los cambios anatómicos que se dan durante el embarazo, permitiendo mayores posibilidades de lesionar alguna estructura vecina (vejiga, ureteros, recto, etc.), alargando el tiempo quirúrgico, dificultando la técnica quirúrgica y consigo la presencia de mayor morbilidad, lo cual no se observó en las pacientes

ginecológicas ya que solo se presentó una complicación transoperatoria y ninguna en el postoperatorio.

Por parte de patología se encontró un (91.89%) de reportes y (8.10%) sin reportes, obstétricas con reporte (89.28%), sin reporte (8.10%) y ginecológicas con reporte (100%). Es necesaria el envío de la tarjeta de patología, con el resumen del caso, para que se procesen cada una de las piezas referidas a este servicio.

De la correlación clínico-anatomopatológico (78.37%) sin correlación, (13.51%) no se efectuó (8.10%). De las obstétricas con correlación (75%) sin correlación (14.28%), no se efectuó (10.71%), ginecológicas con correlación (88.88%), sin correlación (11.11%). Se correlaciono en (75%) atonía uterina, embarazo ectópico y acretismo placentario, sin correlación en (14.28%), acretismo no placentario y en (10.71%) no se proceso pieza. De las ginecológicas con correlación (88.88%) miomatosis uterina y tumores de ovario, sin correlación (11.11%) mioma abortivo. Sin encontrar en archivo patológico el reporte de una muerte materna. Al referir la pieza al servicio de patología es necesario el envío de la tarjeta con los datos más importantes del caso, ya que así el patólogo busca de manera intencionada en la pieza quirúrgica para corroborar nuestro diagnóstico, siempre es necesaria la supervisión para que este procedimiento se lleve a cabo y obtengamos un cien por ciento de reportes patológicos .

Encontrándose una media de estancia hospitalaria de 3.8 con desviación estándar de 1.8, con un mínimo de días de 1, máximo de 10 días. Los días de estancia hospitalaria se relacionan directamente con la morbilidad presentada en cada evento, encontrando en esta serie un bajo índice de estancia hospitalaria.

En la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos se encontró una media de estancia de 19.6, con desviación estándar de 18.6, un mínimo de estancia de 1 día, máximo 72 días. Siendo necesario el ingreso a la Terapia de nuestro hospital, del total de 37 pacientes estudiadas 15 requirieron de esta unidad. Encontrando una estancia baja para estas pacientes.

La mortalidad materna fue de dos casos, en 1995 de 42.25 y en 1996 de 36.33. (De las 37 pacientes se reportan dos muertes maternas). La mortalidad materna tiene " un elemento común ", consiste en que su causalidad, obedece a cuatro complicaciones basicas; estados hipertensivos del embarazo, hemorragias obstétricas, abortos y sépsis puerperal, en cerca de dos terceras partes de los casos, las cuales comparten también la característica de tener un alto grado de

previsibilidad. Observando en esta revisión que las pacientes presentaron factores de riesgo a su ingreso, valorados por nuestra hoja de riesgo perinatal en medio (32.14%) y alto en (67.85%), relacionándose con lo reportado en la bibliografía nacional e internacional (6,10,24).

## CONCLUSIONES

- Se revisaron 37 casos de histerectomía como urgencia en el periodo de 3 años, con incidencia de (0.27%), en la histerectomía obstétrica y (1.18%) para la ginecológica. Un total de 28 pacientes obstétricas (75.67%) y 9 ginecológicas (24.32%), eliminadas 9 por no contar con el expediente.
- Encontrando una similitud en el rango de edades para ambos grupos de pacientes. "considerando la mejor edad para la reproducción en la mujer el periodo de 20-29 años, en esta etapa se encuentran las tasas más bajas de mortalidad materna. Por el contrario, antes de los 20 y a partir de los 30 años, pero en especial de los 35 en adelante, se observa un aumento significativo en dichas tasas " (24). Observando en esta serie una edad promedio para ambos grupos de 36-40 años, corroborando lo mencionado anteriormente.
- La paridad promedio fue de 3.18 con desviación estándar de 1.33. Sabiendo " que el número excesivo de embarazos constituye otro factor de riesgo reproductivo íntimamente asociado con la muerte materna, en general las tasas más bajas se observan con el segundo y tercer embarazo, la mortalidad materna aumenta progresivamente del cuarto en adelante " (23, 24)
- El diagnóstico clínico por el que se realizó la histerectomía coincidió con lo reportado por la bibliografía nacional e internacional (1,20), por motivo hemorrágico, ocupando el primer lugar la atonía uterina (50%) de los casos seguidos acretismo placentario (21.42%). De las pacientes ginecológicas (44.44%) por miomatosis uterina y tumores de ovario respectivamente.
- Presentando la mayoría un riesgo perinatal medio (32.14%) y alto (67.85%), utilizando la Hoja de Valoración de Riesgo Perinatal de nuestro hospital, para predecir en nuestras pacientes una catástrofe de tal magnitud como la revisada. En la Hoja de Riesgo Perinatal la cual incluye ficha de identificación de la paciente, datos generales, antecedentes y embarazo actual, valorando así el riesgo perinatal en Bajo, Medio y Alto. Al reverso de la hoja encontramos los datos obtenidos en cada consulta, con valoración de su riesgo perinatal, la cual se anexa al concluir este trabajo.

- La histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía en (45.94%) predominando en la serie revisada, observando en el grupo de pacientes obstétricas un (3.55%). De las pacientes ginecológicas un (66.66%) la técnica predominante fue la histerectomía con salpingooforectomía bilateral. Ligadura de hipogastricas en 4 casos (10.81%), 1, realizándose tal procedimiento en pacientes obstétricas. Por lo que el gineco-obstetra debe conocer, manejar y estar familiarizado con dicha técnica.
- Se contó con reportes de laboratorio oportunamente en un (81.08%). Lo que se traduce en términos generales un adecuado apoyo por el laboratorio.
- Disponibilidad de banco de sangre en (78.37%), pacientes obstétricas en (78.57%) y ginecológicas (77.77%), sin contar con sangre disponible en (8.10%).
- El método anestésico predominante fue la anestesia general (64.86%), en pacientes obstétricas con anestesia general (71.42%) y ginecológicas (44.44%). Sin presentar ningún tipo de complicación secundario al procedimiento anestésico.
- Las complicaciones generales fueron de (29.72%) y sin complicaciones (70.27%), mostrando una morbilidad baja comparada con otras series (20). Siendo mayor en pacientes obstétricas (35.71%) que en las ginecológicas (11.11%), esto secundario a la causa de la intervención quirúrgica y número de pacientes obstétricas. Las complicaciones transoperatorias más frecuentes fueron hemorrágicas y urológicas con (7.40%) respectivamente y las postoperatorias, secundarias a problemas respiratorios en (18.51%).
- En el (91.89%) se contó con el reporte por el servicio de patología, (8.10%) sin reporte, en el cual se encuentra una muerte materna.
- La correlación clínica-anatomopatológica se presentó en (78.37%), sin correlación (13.51%), no efectuando el proceso en (8.10%).
- Se encontró una media de estancia hospitalaria de 3.8 con desviación estándar de 1.8.
- En cuanto a los días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos se encontró una media de 19.6, con desviación estándar de 18.6.

- Dos casos de muerte materna, con una mortalidad materna de 42.25 para 1995 y 36.33 en 1996. Una de ellas requirió de una segunda intervención, con diagnóstico de abdomen agudo, realizada por el servicio de Cirugía General. Definiendo la muerte materna por " la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia: Como aquel fallecimiento de una mujer, debida a cualquier causa mientras este embarazada o dentro de los 42 días que siguen a la terminación del embarazo independientemente, el sitio o la vía de terminación".
- Observando un seguimiento por la consulta externa de ginecología de (5.40%), sin seguimiento de (94.59%).

## COMENTARIO

Es importante conocer la epidemiología de un procedimiento tan trascendente para la paciente y el cirujano Gineco-obstetra que la efectúa.

La urgencia es un termino que denota la aparición inesperada o irrepentina de un trastorno que exige de nuestra acción inmediata, en nuestra área son extensas la lista de trastornos que obligan a la práctica de dichas acciones.

Es importante tomar en cuenta los factores de riesgo de cada paciente: edad, paridad, antecedente de cesárea, legrados, ya que se asocian con la aparición de patologías, tales como acretismo placentario, placenta previa, trastornos hipertensivos, etc.; y la posible necesidad de realizar una histerectomía de urgencia. Por lo que la prevención tal como un control prenatal adecuado, desarrollando una cultura médico-social no solo para la mujer embarazada, sino a la pareja y familia de cada paciente.

Se debe implementar medidas o manejos tendientes a disminuir la morbimortalidad, en los cuales debe incluirse: identificación de factores de riesgo con hoja correspondiente para su valoración e identificar el riesgo bajo, mediano o alto, un adecuado control prenatal en las clínicas de primer nivel, para evaluar su traslado a un segundo o tercer nivel de requerirse, siendo necesaria la participación de médico, enfermera, trabajadora social, etc.; de cada hospital o lugar.

Tales medidas van desde valorar con atención jerarquizada el factor de riesgo de toda paciente vista por nuestro servicio, tanto por la consulta externa o en el área de choque siendo tal la unidad de TOCOCIRUGIA de nuestro hospital. Es importante mencionar que las pacientes presentaron un riesgo perinatal Medio (32.14%) y Alto (67.85%) en su ingreso a la TOCOCIRUGIA, a las cuales se les realizó histerectomía de urgencia, estableciendo medidas a su ingreso tales como: ser valoradas a su ingreso por médico adscrito a la UTQ o médico residente de mayor jerarquía, adecuada vigilancia para el binomio durante el trabajo de parto, de presentarse la urgencia realizar un diagnóstico oportuno, decisión temprana para ejecutarse de requerirse la histerectomía, ya que la decisión tendrá que ver de manera directa con la evolución y pronóstico de nuestra paciente. Sabiendo que el tiempo transcurrido entre la aparición del problema y la ejecución del tratamiento quirúrgico, tiene relación directa con la morbimortalidad tanto materna como perinatal.

Siendo el manejo multidisciplinario interviniendo: internistas, intensivistas, cirujanos generales, cardiólogos y radiólogos.

Debe evitarse la espera o dilatación ya que esto prolonga el tiempo, facilitando el deterioro orgánico de la paciente.

Se debe evitar el abordaje insuficiente en la técnica quirúrgica, ejecutando histerectomías totales para evitar sangrado trans y postoperatorio, secundario a la presencia de cérvix, previniendo a futuro la aparición de carcinoma cervical.

El gineco-obstetra debe conocer, manejar y estar familiarizado con la ligadura de hipogástricas y valorar su realización, evitando que la paciente llegue a etapas de choque o daño irreversible.

Seguir una técnica quirúrgica depurada con los siguientes pasos:

- a) Evitar el manejo brusco de los tejidos y por lo tanto zonas de despulimiento o arrancamiento que prolonguen el tiempo quirúrgico y pérdidas hemáticas.
- b) Realizar la ligadura de ligamento redondo e infundibulopelvic en el sitio cercano al útero.
- c) Desprendimiento alto de los ligamentos parietales hacia la vagina de manera centrífuga.
- d) Establecer la ligadura de las arterias uterinas en su altura teórica.
- e) Realizar un corte longitudinal de vagina para ubicar con certeza la longitud del cérvix y su unión con la vagina.
- f) Fijar los ángulos del manguito vaginal con sus extremos y evitar la retracción de mucosa vaginal, verificando su correcta hemostasia.
- g) Se debe verificar posición e integridad de los ureteros.



- h) Se deberá constatar los pedículos y la cúpula vaginal, para corroborar adecuada hemostasia, evitando sangrados posteriores, realizando ligaduras firmes en dos tiempos, libre y transfixivo.

Explicar a la paciente el motivo y tipo de cirugía realizada, si es posible por la premura del acto, sino al término de la cirugía.

Realizar aviso de gravedad al familiar.

Anotar datos completos así como resumen en la orden de patología para obtener un cien por ciento de resultados y corroborar el diagnóstico clínico por el cual se realizó la histerectomía urgente. A su vez el patólogo realizara la búsqueda intencionada en la pieza quirúrgica.

Anotar datos completos tales como: nombre, cédula, edad, número de gestaciones (partos, cesáreas, legrados etc.), en la libreta de procedimientos quirúrgicos de la UTQ.

Realizar el seguimiento por la consulta externa de ginecología, ya que lo observado en esta revisión fue una franca ausencia de las pacientes, posterior a la cirugía

## BIBLIOGRAFIA

### REVISTAS

- 1.- Dr. Arturo Juárez Azpilcuesta, Dr. Eduardo Motta Martínez, Dra. Claudia Villareal Peral, Dr. Felipe Javier Wong Chen, Dr. Armando Valle Gay. Histerectomía obstétrica. Estudio retrospectivo en los últimos tres años. Hospital General de México. Ginecología y Obstetricia de México. 1996; 64: 6-9.
- 2.- Aruna Mishra, MD, Brian R. Landzberg, and John T. Parente, MD. Uterine rupture in association with alkaloidal ("crack"). Am J. Obstet Gynecol. 1995; 177: 243-244.
- 3.- Cande V. Ananth, Allen J. Wilcox, MD, David A. Savitz, Watson A. Bowes MD, and Edwin R. Luther, MD. Effect of Maternal Age and Parity on the Risk of Uteroplacental Bleeding Disorders in Pregnancy. Am. J. Obstet Gynecol. 1996; 88: 511-512.
- 4.- Cande V. Ananth, John C. Smulian, MD, and Antony M. Vintzileos, MD. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: A metaanalysis. Am. J. Obstet Gynecol. 1997; 177: 1071-1077.
- 5.- Cande V. Ananth, Watson A. Bowes, MD, David A. Savitz, and Edwin R. Luther, MD. Relationship between pregnancy-induced hypertension and placenta previa: A population-based study. Am. J. Obstet Gynecol. 1997; 177: 997-1002.
- 6.- David A. Milloer, Md, Janet A. Chollet, MD, and T. Murphy Goodwin, MD. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J. Obstet Gynecol. 1997; 177: 210-213.
- 7.- David E. Soper, MD, Richard C. Bump, MD, and W. Gleen Hurt, MD. Wound infection after abdominal hysterectomy: Effect of the depth of subcutaneous tissue. Am. J. Obstet Gynecol. 1995; 173: 465-468.
- 8.- David L. Zisow, MD. Uterine Rupture as a Cause of Shoulder Dystocia. Am. J. Obstet Gynecol. 1996; 87: 818-819.

9.- Dr. Edgar Bonfante Ramírez, Dr. Rubén Bolaños Ancona, Dr. Miguel Ambas Arguelles, Dra. Luz Juárez García, Dr. Ernesto Castelazo Morales. Histerectomía en bloque. Experiencia institucional de seis años. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1997; 65: 239-242.

10.- Dr. Francisco Aredondo- Soberón, Dr. Vincenzo Sabella, Dr. José Garza-Leal, Dr. Philip T. Valente. Placenta increta en el primer trimestre de embarazo. Presentación de un caso. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1995; 63: 279-286.

11.- George A. Macones, MD, Harish M. Schdey, MD, Samuel Parry, MD, Mark A. Morgan. MD. The association between maternal cocaine use and placenta previa. *Am J. Obstet Gynecol*. 1997; 177: 1097-1100.

12.- Dr. Jaime Cerda Hinojosa, Dr. Luis Benavides de Anda, Dr. Efrain Martínez Delgado. Atención del parto después de operación cesárea. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1994; 62: 312-314.

13.- James N. Martin, MD, Kenneth G. Perry, MD, William E. Roberts, MD, and Edward F. Meydrech. The case for trial of labor in the patient with a prior low-segment vertical cesarean incision. *Am. J. Obstet Gynecol*. 1997; 177: 144-148.

14.- James R. Scott, MD, Howard T. Sharp, MD, Mark K. Dodson, MD, Peggy A. Norton, MD, and Homer R. Warner, MD. Subtotal hysterectomy in modern gynecology a decision analysis. *Am J. Obstet Gynecol*. 1997; 176: 1186-1191.

15.- Josée Dubois, MD, Laurent Garel, MD, Andrée Grignon, MD, Michel Lemay, MD. And Line Leduc, MD. Placenta percreta: Balloon occlusion and embolization of the internal iliac arteries to reduce intraoperative blood losses. *Am. J. Obstet Gynecol*. 1997; 176: 723-726.

16.- Dra. Josefina Lira Placencia, Dr. Francisco Ibarquengoitia Ochoa, Dra. Marlen Argueta Zúñiga, Dr. Samuel Karchmer K. Placenta Previa/acreta y cesárea previa. Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de perinatología. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1995; 63: 337-340.

17.- Keri N. Sweeten, MD, Willian K. Graves, MD, and Achilles Athanassiou, MD. Spontaneous rupture of the unscarred uterus. *Am J. Obstet Gynecol*. 1995; 172: 1851-1856.

18.- Marco A. Pelosi III, MD, and Marco A. Pelosi, MD. Spontaneous uterine rupture at thirty-three weeks subsequent to previous superficial laparoscopic myomectomy. Am. J. Obstet Gynecol. 1997; 177: 1547-1549.

19.- Min M. Chou, MD, and Esther Shih C. Ho, MD. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta with power amplitude ultrasonic angiography. Am J. Obstet Gynecol. 1997; 177: 1523-1525.

20. Dr. Roberto Uribe Elías. Histerectomía Obstétrica. Concepto e importancia. Ginecología y Obstetricia de México. 1995; 63: 231-236.

21.- Dr. Roberto Uribe-Elías, Dr. Manuel Arturo Acosta-Alfaro. La histerectomía obstétrica evolución y cambio. Ginecología y Obstetricia de México. 1996; 64: 338-341.

22.- Dr. Rubén Bolaños A, Dr. Edgar Bonfante R., Dr. Darío Montes de Oca D. Dr. Felipe Gutiérrez R, Dr. Luz Juárez G., Dr. Horacio Suárez P. Ruptura Uterina en el Instituto Nacional de Perinatología. 1997; 65: 492-494.

## LIBROS

23.- Waynes W. Daniel. Bioestadística, Edición tercera, México D.F., Editorial Limusa, 1996, pp 39-67.

24.- Academia Mexicana de Investigación en Demografía Medica, A.C. Mortalidad Materna. Edición primera, México D.F., Editorial Amidem, 1986, pp 25-43.

25.- Academia Mexicana de Investigación en Demografía Medica, A.C. Riesgo Reproductivo I. Edición primera, México D.F., Editorial Amidem, 1986, pp 25-52.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

# HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

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

### GUIA PARA LA EVALUACION INICIAL DEL RIESGO PERINATAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ cms. TA: \_\_\_\_\_ FU: \_\_\_\_\_ cms. FCF: \_\_\_\_\_  
 DX: \_\_\_\_\_ FUR: \_\_\_\_\_

	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
<b>I- DATOS GENERALES</b>			
1 EDAD _____	<input checked="" type="checkbox"/> 20 A 30	<input type="checkbox"/> 15 A 19 <input type="checkbox"/> 31 A 35	<input checked="" type="checkbox"/> 14 o MENOS <input type="checkbox"/> 36 o MAS
2 PESO AL INICIO DEL EMBARAZO _____	<input checked="" type="checkbox"/> 51 A 64	<input type="checkbox"/> 65 A 75 <input type="checkbox"/> 41 A 50	<input checked="" type="checkbox"/> 76 o MAS <input type="checkbox"/> 40 o MENOS
3 ESTATURA _____ cms	<input checked="" type="checkbox"/> 150 o MAS	<input type="checkbox"/> 1 45 A 1 49	<input checked="" type="checkbox"/> 1 44 o MENOS
4 NIVEL SOCIO ECONOMICO	<input checked="" type="checkbox"/> ALTO MEDIO	<input type="checkbox"/> BAJO	<input checked="" type="checkbox"/> MUY BAJO
5. ESTADO CIVIL	<input checked="" type="checkbox"/> UNION LIBRE CASADA	<input type="checkbox"/> SIN PAREJA	
6 ACTITUD	<input checked="" type="checkbox"/> ADECUADA	<input type="checkbox"/> INADECUADA	<input checked="" type="checkbox"/> MUY ALTERADA
7 ESCOLARIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> SECUNDARIA O MAS	<input type="checkbox"/> PRIMARIA	<input checked="" type="checkbox"/> PRIMARIA INCOMPLETA O SIN ESTUDIOS
<b>II. ANTECEDENTES</b>			
8 PARIDAD _____	<input checked="" type="checkbox"/> 1 A 3	<input type="checkbox"/> 0 ó, 4 A 6	
9 PARTO ANTERIOR	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> PROLONGADO	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMATICO
10. ABORTOS CONSECUTIVOS _____	<input checked="" type="checkbox"/> 0 ó 1	<input type="checkbox"/> 2 ó 3	<input checked="" type="checkbox"/> 3 o MAS
11 CESAREAS PREVIAS _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2 o MAS
12. PARTOS PRETERMINO _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2 o MAS
13 PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
14 NIÑOS CON BAJO PESO <2500g _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2 o MAS
15 NIÑOS MACROSOMICOS >4000g. _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1
16 MUERTES PERINATALES _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2 o MAS
17 HIJOS MALFORMADOS _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input checked="" type="checkbox"/> SI
18. CIRUGIA PREVIA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> GINECOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/> EN UTERO
19. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/> ABUELOS-TIOS	<input type="checkbox"/> PADRES	<input checked="" type="checkbox"/> PACIENTE
20 HIPERTENSION	<input checked="" type="checkbox"/> ABUELOS-TIOS	<input type="checkbox"/> PADRES	<input checked="" type="checkbox"/> PACIENTE
<b>III. EMBARAZO ACTUAL</b>			
21. HEMOGLOBINA: _____	<input checked="" type="checkbox"/> 11 o MAS	<input type="checkbox"/> 9 A 10.9	<input checked="" type="checkbox"/> MENOS DE 9
22 FACTOR RH	<input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input checked="" type="checkbox"/> NEGATIVO
23 AMENAZA DE ABORTO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO INMUNIZADA	<input checked="" type="checkbox"/> INMUNIZADA
24 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO O INMADURO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVA
25 HEMORRAGIA GINECOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVA
26 DIABETES GESTACIONAL	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input checked="" type="checkbox"/> DESCONTROLADA
27 HIPERTENSION CRONICA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input checked="" type="checkbox"/> DESCONTROLADA
28. HIPERTENSION GESTACIONAL	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input checked="" type="checkbox"/> DESCONTROLADA
29 CARDIOPATIA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input checked="" type="checkbox"/> DESCONTROLADA
30 NEFROPATIA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input checked="" type="checkbox"/> DESCONTROLADA
31. TABAQUISMO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
32. ALCOHOLISMO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
33. OTRAS TOXICOMANIAS _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
34 CONSANGUINIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input checked="" type="checkbox"/> SI
35 RUPTURA DE MEMBRANAS	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 6 HRS o MENOS	<input checked="" type="checkbox"/> MAS DE 6 HRS
36 OTROS ESPECIFIQUE _____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EVALUADOR: _____		RIESGO FINAL: _____	

# HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

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

## GUIA DE EVALUACION DE RIESGO PERINATAL ACTUAL DURANTE EL EMBARAZO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_

	FECHA	RIESGO BAJO						FECHA	RIESGO MEDIO						FECHA	RIESGO ALTO					
1. TENSION ARTERIAL	SISTOLICA 100 A 120 DIASTOLICA 60 A 70							121 A 159 80 A 99							161 o MAS 100 o MAS						
2. AUMENTO DE PESO POR MFS	1 A 1.5 Kg							1.6 A 2 <1 Kg							>2 Kg <500g						
3. AUMENTO DE FU POR MES	4 A 5 cms							5 A 6 <4 cms							>6 cms 0 cms						
4. TIPO DE PEZON	NORMAL							PLANO							UMBILICADO						
5. MOVIMIENTOS FETALES	ACTIVO							DISMINUIDO MUY ACTIVO							AUSENTES						
6. FRECUENCIA CARDIACA FETAL	120-150 Lat							151-160 Lat							>161 Lat <120 Lat						
7. PRESENTACION DEL FETO	CEFAICO							PELVICO OBLICUO							TRANSVERSO						
8. TONO UTERINO	NORMAL							AUMENTADO							ACTIVIDAD REGULAR						
9. SINTOMAS URINARIOS	POLIURIA							Y DISURIA							TINCION VESICAL						
10. DOLOR EN FOSA RENAL	DERECHA							IZQUIERDA							BILATERAL						
11. SINTOMAS DE VASOESPASMO	AUSENTES							CEFALEA							MAS ACUCENOS Y FOSFENOS						
12. EDEMA	MALEOLAR							EN PIERNAS							GENERALIZADO						
13. REFLEJOS OSTEOCONDINOSOS	NORMALES							AUMENTADOS+							AUMENTADOS++						
14. SECRECION VAGINAL	NORMAL							AMARILLA O GRUMOSA							SANGUINOLENTA						
15. CERVIX	FORMADO Y CERRADO							FORMADO Y DILATADO							BORRADO DILATADO						
16. LABORATORIO	BII GLICEMIA RII DI. STROSTIX CARGA DE GLUCOSA 60 Min	12-14 g/dl 40-90 mg POSITIVO 110 HASTA 110						9-11 g/dl 91-100 mg NEGATIVO 140 141 A 180 100 A 300 TRAZAS							<9 g/dl MAS DE 100 mg SENSIBILIZADA 180 o MAS 180 o MAS 2000 o MAS MODERADA						
17. BILIRUBINEMIA	PROTEINAS SANGRE ESPECIFICAS	TRAZAS NO																			
18. US SEM GEST	IGUAL A FUR							DOS SEM DIF							4 SEM DIF						
19. OTRO	ESPECIFIQUE:																				

FUM: \_\_\_\_\_

G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

PAP: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ TOX. TET. 1 dosis 2 dosis

FECHA	PESO	TA	FU	FCF	SEG	OBSERVACIONES SOBRESALIENTES
1		/				
2		/				
3		/				
4		/				
5		/				
6		/				