



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

0717
123

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

HOSPITAL DE MÉXICO
ASOCIACIÓN GINECO-OBSTÉTRICA SA DE CV

CESAREA HISTERECTOMIA
EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL
HOSPITAL DE MÉXICO

TESIS DE POST-GRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA LA
DRA ZOE GLORIA SONDÓN GARCÍA

ASESOR DE TESIS, SALVADORR GAVIÑO AMBRIZ

2001



Hospital
de México



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**CESÁREA HISTERECTOMÍA.
EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL
“HOSPITAL DE MEXICO”**

**TESIS DE POST-GRADO PARA SUSTENTAR LA
ESPECIALIDAD EN:**

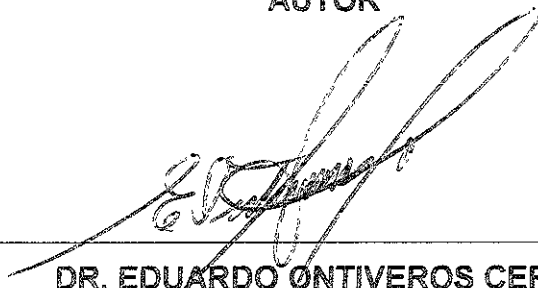
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DRA. ZOE G. SONDON GARCIA



DRA. ZOE G. SONDÓN GARCÍA

AUTOR



DR. EDUARDO ONTIVEROS CERDA

**TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**



DR. SALVADOR GAVIÑO AMBRIZ

ASESOR



DR. JOSÉ ANTONIO AGUILAR GUERRERO

JEFE DE ENSEÑANZA

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mis padres: Modesto y Gloria.

Por haberme dado lo mejor de su vida. Porque sin ustedes no sería lo que soy.

A todos mis maestros.

Por su enseñanza, dedicación y asesoría permanentes lo que permitió mi integración a esta área de la medicina.

A todos mis compañeros.

Por su apoyo y amistad, por el tiempo que compartimos juntos.

A mi esposo.

Por su amor y comprensión, y por continuar apoyándome en aras de mi superación.

A mi hija.

Porque la luz de tus ojos ilumina mi vida.

GRACIAS.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES HISTORICOS	2
DEFINICIÓN	4
INDICACIONES	5
TÉCNICA QUIRÚRGICA	6
COMPLICACIONES	9
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	14
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	18
CONCLUSIONES	22
GRAFICAS Y TABLAS	23
BIBLIOGRAFÍA	41

RESUMEN

La cesárea histerectomía es un procedimiento quirúrgico bien descrito y aceptado generalmente de urgencia, aunque se puede realizar en forma planeada. A pesar de los avances en asistencia obstétrica aún se tiene un alto índice de complicaciones. Consideramos de interés el conocer el estado actual de la cesárea histerectomía en un hospital privado, donde es mayor el índice de cesárea y la cesárea histerectomía es realizada por personal médico especializado con participación de médicos residentes.

Se realizó un estudio retrospectivo del 1 de enero de 1993 al 31 de diciembre de 1997, en el Hospital de México (Asociación Gineco-obstétrica, S.A. de C.V.), para estudiar los casos de cesárea-histerectomía.

Durante el periodo de estudio de 60 meses se atendieron 37,569 nacimientos, de los cuáles 19,293 (51.3%) fueron obtenidos mediante cesárea, y 54 (0.28%) terminaron en cesárea histerectomía.

La edad materna osciló entre 24 a 41 años, la menor edad gestacional correspondió a 29 semanas y la mayor a 42 semanas de gestación, el mayor porcentaje de pacientes 37 (68.5%) fueron embarazos de término. Hubo antecedente de cesárea anterior en 36 pacientes (66.7%). Las indicaciones de la cesárea histerectomía las dividimos en absolutas 45 (74%) y relativas 9 (26%) (miomatosis uterina, cáncer cervicouterino in situ y endometriosis severa).

Se efectuó histerectomía total en 42 (77.8 %) y subtotal en 12 (22.2%), sólo en un caso se efectuó salpingooforectomía unilateral. La anestesia empleada fue bloqueo peridural en 20 (37%), anestesia general se utilizó en 10 (18.5%) y en 24 (44.4%) se utilizaron ambos procedimientos. En 41 (75.9%) se requirió transfusión sanguínea.

No hubo mortalidad en nuestra serie, la morbilidad en el transoperatorio se presentó en 10 pacientes (18.5%), siendo el choque hipovolémico el más frecuente y la morbilidad postoperatoria en 6 pacientes (11.1%) predominando los problemas sistémicos, cabe mencionar que 5 de estas pacientes presentaron también complicaciones transoperatorias. Las piezas extraídas se enviaron a estudio histopatológico. La estancia intrahospitalaria fue en promedio de 4.5 ± 1.5 días.

CESÁREA HISTERECTOMÍA

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES HISTORICOS

Cerca de 100 años antes de la “operación de Porro” varios investigadores de diferentes países, sugirieron que la extirpación del útero en el momento de la cesárea podría ser posible e indispensable para salvar la vida de la paciente grávida.

En 1768 Joseph Cavallini de Florencia describe su trabajo experimental sobre operación cesárea e histerectomía en animales de laboratorio (1). Así mismo G.P. Michaelis en 1809 y James Blundell en 1823 realizan también investigación en este campo, Blundell describe la sobrevivida de 3 de 4 conejas preñadas en las cuales había sido extirpado el útero, y aunque la experiencia se limitó a los animales de laboratorio, sus investigaciones estimularon a otros autores a considerar que podría efectuarse con buen éxito histerectomía después de cesárea en la mujer. (1, 2)

La primera cesárea histerectomía fue reportada por George H. Bixby en 1869 en un artículo titulado “Extirpación del útero puerperal por sección abdominal”, la paciente fue operada por Horatio Storer en Estados Unidos. La intervención quirúrgica fue necesaria por encontrarse obstruido el canal del parto por un gran tumor pélvico, la cirugía fue subtotal y la paciente murió tres días después de la operación. (3)

En 1876 Eduardo Porro de Milán describe la primera cesárea con histerectomía en la cuál madre e hijo sobrevivieron. Su paciente Julia Cavallini, una primigesta enana (1.24 m de estatura) de 25 años de edad con una pelvis distorsionada por raquitismo. Porro realizó cesárea y luego del nacimiento del niño ejecutó una histerectomía subtotal y salpingo-ovariectomía unilateral, utilizando un dispositivo denominado constrictor de Cintrat, la paciente sobrevivió después de un postoperatorio difícil de 40 días de duración. (4)

Simultáneamente y utilizando la misma técnica de Porro, Inzana y Previtali en Italia y Hegar en Alemania realizaron esta operación en varios casos aunque ninguna paciente sobrevivió. En 1878 Muller de Berna describe la primera modificación a la técnica de Porro, que consistía en extraer el útero de la cavidad

peritoneal y elevarlo sobre la pared abdominal antes de la histerotomía para evitar contaminación en casos previamente infectados (corioamnioítis), utilizaba así mismo el tubo elástico de Esmarch como torniquete en el istmo disminuyendo la hemorragia, la paciente sobrevivió. (4)

En 1880 Issac E. Taylor reporta el segundo caso americano realizando una técnica de ligadura uterina similar a la de Porro la paciente murió 26 días después por embolia pulmonar. (5) En este mismo año Robert P. Harris publica 50 operaciones de cesárea histerectomía con 58% de mortalidad, (todos de tipo subtotal), para 1883 el total de casos reportados ascendía a 134. (6)

En 1881 Richardson en Estados Unidos, utiliza la técnica de Muller, el muñón cervical es cauterizado con ácido fénico y desplazado hacia atrás en la pelvis, la madre y el lactante sobrevivieron, después de una hospitalización prolongada y complicada. En este mismo año Spencer Wells de Gran Bretaña describe la primera cesárea histerectomía total por carcinoma cervical invasor. (4, 7) En 1884 Clement Godson, en Gran Bretaña ejecutó la primera cesárea histerectomía satisfactoria e informó de la utilización de una incisión transversa en la porción baja del útero, considerando esta como la precursora de la incisión de Kerr utilizada en la actualidad. (1, 4)

En nuestro país la primera operación de este tipo fue efectuada el 12 de marzo de 1884 por el Dr. Juan María Rodríguez a una mujer de 18 años de edad con malformaciones óseas importantes, sus ayudantes y discípulos Ricardo Vértiz e Ignacio Capetillo, así como los doctores Lavista, Liceaga y Andrade. La mujer murió dos días después. Para 1904 el Dr. Fernando Zárraga en el Hospital Juárez efectuó con éxito la primera cesárea histerectomía. (8)

En 1890 la cesárea histerectomía se realizaba tan solo como una medida para salvar la vida de la madre, en este mismo año en Estados Unidos Reed agrega otras indicaciones para la "cirugía de Porro": todos los casos en que debido a las condiciones generales de la paciente esté indicada la operación cesárea y además se requiera la extirpación del útero; en los casos de feto muerto e infección del útero, en la atresia extensa de la vagina que impide la espulsión de loquios, cáncer del cuello uterino, atonía uterina, ruptura de útero cuando las suturas no brinden garantía alguna de resistencia. (4, 7)

En el lapso de 1931 a 1945 otros investigadores Phaneuf, Lash y Cummings, Lazard, Gustafson, Wilson y otros ampliaron las indicaciones para cesárea histerectomía considerando las siguientes: a) infección intraparto cuando el nacimiento abdominal esté indicado, b) hemorragia uterina incontrolable después de cesárea, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa; c) miomatosis uterina; d) ruptura uterina; e) carcinoma cervical; f) placenta acreta; g) estenosis cervical o vaginal; g) tuberculosis pulmonar; h) nefrítis crónica, y como método de esterilización. (9)

En 1951 Davis en Chicago justificó la cesárea histerectomía en mujeres cercanas al fin de su periodo reproductivo, en quienes el útero ya no desempeña una función útil. Siete años después Sandburg, Hallot y Hirsch se refirieron a la conveniencia de este procedimiento como método de esterilización. (4) En 1963 Pletsch, Sandberg y Hofmeister concluyeron que la cesárea histerectomía debe quedar restringida a aquellos casos en que la extirpación del útero sea absolutamente necesaria para salvar la vida de la madre, y para ello "tal situación significa la presencia de hemorragia uterina incontrolable y el cáncer pélvico que puede ser tratado por extirpación del útero en el momento del parto". Todas las demás indicaciones como esterilización o procesos ginecológicos son considerados como electivos. (10, 11, 12)

Finalmente situados en un punto medio, clínicos con experiencia como Barclay y Myckal, así como Gonsoulin y su grupo consideran que en ciertas situaciones pueden justificarse de hecho los métodos electivos que por otra parte es posible llevar a cabo con escaso margen de riesgo. (4, 7, 11, 12, 13, 14)

DEFINICIÓN

La cesárea histerectomía es un procedimiento de cirugía obstétrica en el cuál, después de efectuar una cesárea se procede a la extirpación del útero generalmente sin los anexos; en el mismo acto quirúrgico y con el mismo procedimiento anestésico, diferenciándose así de la histerectomía post-cesárea y de la histerectomía post-parto. (4, 7, 8, 10).

La primera cesárea histerectomía se inició originalmente hace más de 100 años como un intento quirúrgico para tratar hemorragia e infección obstétrica que ponían en peligro la vida materna, surge como una medida terapéutica ante una complicación obstétrica. (1, 3, 4, 7, 8)

Actualmente con el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica, nuevos antibióticos, excelencia de anestesia y mejoramiento en las técnicas de asepsia y antisepsia, han permitido ampliar las indicaciones de la cirugía a situaciones que no son de urgencia, en forma electiva y como método de esterilización. Este procedimiento sigue siendo aún tema de controversia, los partidarios de esta cirugía estiman que en manos hábiles este método es tan inocuo como la cesárea con ligadura tubaria, otros consideran que la morbilidad es tan alta que sólo se justifica cuando pelagra la vida de la madre. Sin embargo el consenso de la mayoría se encuentra en un punto equidistante de los extremos. A la vez que se conocen nuevas indicaciones de cesárea histerectomía, la mejora en las prácticas del tratamiento obstétrico ha reducido la necesidad de practicar esta intervención en el caso de las indicaciones clásicas como infección y hemorragia. (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21)

INDICACIONES

Las indicaciones clásicas de hemorragia profusa incontrolable de una rotura uterina, corioamnioitis grave en donde el útero se convierte en un sitio de absceso masivo, y atonía uterina resistente al manejo médico, no son rebatidas para la realización de cesárea histerectomía.

Las dudas sobre las indicaciones para efectuar esta cirugía son más serias cuando se propone tratar problemas menores o únicamente con fines de esterilización. La consideración de estos temas se facilita si dividimos las posibles indicaciones de la cesárea histerectomía en dos categorías

Indicaciones absolutas:

En estas incluimos los procesos obstétricos agudos graves, que ponen en peligro la vida de la madre y cuyo único tratamiento para salvarla, es la extirpación inmediata del útero. (18, 19, 20, 22, 23)

La hemorragia uterina incontrolable sigue siendo la causa más frecuente que obligue a la realización de este procedimiento, debiéndose a rotura uterina con el feto dentro de la cavidad uterina, prolongación de la histerorrafia, atonía uterina, desgarró de las comisuras o histerorrafia con imposibilidad de reparación que nos dé la seguridad de una hemostasia adecuada, y útero de Couvaliere. (21, 24, 25, 26, 27)

Trastornos de la placentación como placenta previa, placenta acreta y abruptio placentae, ésto debido en parte al aumento de la frecuencia de cesáreas efectuadas en los últimos años, ya que la cicatriz uterina favorece la deficiente decidualización directa de las vellosidades coriales. La placenta acreta ha sido reportada como la causa más común de hemorragia uterina incontrolable, ocurre en aproximadamente 1 de 2500 nacimientos, la incidencia de presentación en mujeres con placenta previa es de 10%, la edad avanzada y la cesárea previa son así mismo factores de riesgo. La ultrasonografía con Doppler color nos ayuda a detectar en forma prenatal la placentación anormal, la elevación inexplicada durante el segundo trimestre en suero materno de alfa feto proteína se asocia y nos sugiere la presencia de acretismo placentario, y finalmente la resonancia magnética identifica claramente la placenta acreta-increta. (25, 28, 29, 30, 31, 32)

Aunque las infecciones obstétricas se controlan con mayor eficacia mediante la antibiótico-terapia moderna, hoy en día la infección es la causa más importante de morbimortalidad después de la realización de cesárea, sin embargo la frecuencia de presentación es baja. Sólo algunos casos de corioamnioitis con sepsis requieren de la realización de cesárea histerectomía para erradicación del foco séptico. (4, 21, 33, 34)

Indicaciones relativas:

Cesárea histerectomía con indicación relativa incluye todos los procesos en los cuáles se juzgue conveniente una histerectomía, pero sin necesidad absoluta para ello. Es decir que se puede hacer, o dejar de hacer sin perjuicio para la paciente. Incluye a todos aquellos padecimientos que involucran a los órganos pélvicos, como pueden ser miomatosis uterina, (reportándose como la causa más frecuente para la realización de cesárea histerectomía dentro de este grupo), tumores ováricos u otros padecimientos que requieren extirpación de los anexos como carcinoma mamario, endometriosis pélvica, y neoplasia intraepitelial cervical, una de las indicaciones controvertidas es la cicatrización defectuosa de incisiones uterinas previas haciendo peligrosos los embarazos siguientes y al útero susceptible de problemas futuros. (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 35)

La indicación electiva surgió en 1900 con Duncan y Target en Inglaterra la presentaron como método de esterilización, en la década de los cincuentas M. Edward Davis la introdujo como un adelanto lógico en la cirugía obstétrica teniendo múltiples seguidores en Europa y Estados Unidos, esta opinión fue puesta en entredicho por estudios publicados diez a quince años más tarde en los que se señalaba que esta intervención era demasiado peligrosa y compleja para ser indicada con el único fin de esterilización, además los beneficios obtenidos ciertamente no sobrepasan los riesgos inherentes de el procedimiento. Hoy tiene aún menos sentido, si tomamos en cuenta la esterilización por laparoscopia. Seago y colaboradores, en un estudio publicado recientemente señala que el riesgo de cesárea histerectomía electiva es comparable al de la operación cesárea por si misma, y Yancey menciona que la morbilidad es comparable con la de cesárea y posterior histerectomía, ambos mencionan que los costos disminuyen considerablemente al realizar cesárea-histerectomía. Otros han propuesto esta cirugía como método ideal para la enseñanza de médicos en adiestramiento por no llevar las características de urgencia, sin embargo esto no puede ser la única justificación para realizar el procedimiento, sometiendo a la paciente a un riesgo quirúrgico elevado. (7, 11, 12, 14, 36, 37, 38, 39, 40)

TÉCNICA QUIRÚRGICA

El conocimiento de la técnica quirúrgica, adiestramiento operatorio, conducción adecuada y avance cuidadoso, facilita la realización de esta intervención y reduce los riesgos para la paciente.

Para la elección del tipo de incisión cutánea deben tenerse en cuenta los factores de cirugía previa, constitución de la paciente, estado de salud, y situación de

urgencia. La incisión más frecuente suele ser media infraumbilical, principalmente en los casos de urgencia ya que proporciona un acceso abdominal más rápido y asegura exposición máxima durante el acto operatorio, es más fácil técnicamente y nos puede proporcionar mejor enseñanza al personal en adiestramiento. Cuando se practica en forma electiva, una incisión transversa simple puede ser suficiente. Se incide al abdomen en la forma ordinaria para la cesárea.

La incisión uterina deberá efectuarse de acuerdo al diagnóstico preoperatorio: segmentaria, segmento corporal y corporal. Se desaconseja en general la incisión corporal clásica a menos que sea estrictamente necesaria (situación transversa con dorso inferior, placenta previa con grandes varicosidades en segmento uterino inferior etc.). Cuando el segmento uterino inferior es cónico o está poco desarrollado, se recomienda la incisión vertical baja, por el peligro de prolongación de la misma hacia los vasos uterinos. El parto del feto se realizará como cualquier cesárea, en los casos de placenta previa total por existir defecto en la decidualización y alta incidencia de diversos grados de acretismo e imposibilidad de contracción del segmento uterino inferior, se podrá dejar la placenta in situ efectuando luego un plano de histerorrafia para realizar a continuación la histerectomía.

La histerectomía puede ser total o subtotal, la primera es la más aceptada sobre todo cuando el segmento o cérvix se encuentran comprometidos, sólo se realizará subtotal cuando las condiciones de la paciente sean muy graves o el operador no tenga un adiestramiento adecuado por limitaciones técnicas.

Puede o no exteriorizarse el útero fuera de la cavidad abdominal, se iniciará la histerectomía con la técnica de pinzamiento, corte y ligadura, debe efectuarse la técnica de la histerectomía clásica, ya que la intrafascial es casi imposible técnicamente y la hemorragia aumenta. Con objeto de reducir la frecuencia de lesiones vesicales es esencial utilizar la técnica de disección minuciosa para liberar la vejiga del útero subyacente. Conocemos los sitios de la lesión de los uréteres durante la cirugía pélvica, pensamos que estas lesiones pueden ser prevenidas con atención adecuada a la técnica quirúrgica, es esencial su identificación, comprobando que se encuentra por fuera del punto en que se aplican las pinzas a los ligamentos infundíbulo-pélvicos, cardinales, uterosacros y parte superior de la vagina.

Se pinza inicialmente el ligamento redondo cerca de su unión con el útero, se coloca una pinza distal a dos centímetros de la primera, seccionándose y ligándose con doble ligadura de la sutura elegida en calibre del 0 ó del I, el mismo procedimiento se efectuará para el lado contralateral. Se retrae hacia arriba el útero y se inspecciona el ligamento ancho para identificar un área avascular, perforándose, si se deja el ovario se colocarán las pinzas cerca del útero a través de la trompa y del ligamento útero-ovárico, si se decide extirpar los anexos se pinzará el ligamento infundíbulo-pélvico y sus vasos ováricos, inmediatamente por debajo del ovario sometiénolo a doble ligadura. Los anexos deberán conservarse a menos que exista alguna patología que contraindique esta conducta.

Al llegar a los vasos uterinos, estos se disecan parcialmente con una cuidadosa incisión en la hoja posterior del ligamento ancho y del peritoneo así como tejidos adventicios hacia abajo, sujetándose con dos pinzas de Heaney. de ambos lados, se seccionan los pedículos vasculares uterinos y ambos reciben dos ligaduras con sutura, la primera con punto simple y el segundo transflectivo que se pasa primero desde la punta distal rodeando su parte posterior, pasando nuevamente por el centro del pedículo y se ata.

Se pinzan los ligamentos cardinales y posteriormente los uterosacros con corte y ligadura, se debe tener especial cuidado en el manejo de los pedículos vasculares ya que durante la gestación los tejidos pélvicos están muy vascularizados, edematosos y con extensa circulación colateral, los vasos uterinos y ováricos pueden aumentar hasta seis veces su calibre normal.

Es más seguro penetrar a la vagina por la parte posterior, con frecuencia hay dificultad para identificar el cuello uterino, especialmente cuando se ha alcanzado un grado de dilatación cervical avanzado con borramiento del mismo, después de penetrar en la vagina se coloca la hoja inferior de las tijeras en oposición al borde inferior del cuello uterino, practicando una incisión alrededor de éste, se aplican pinzas de Allis en los bordes laterales de la disección vaginal y en sus paredes anterior y posterior. Siguen existiendo controversias sobre dejar abierta o cerrada la cúpula vaginal; el cierre es eficaz como medida hemostática y la apertura como profilaxis de la infección, en particular consideramos que la cúpula vaginal debe quedar abierta para mayor drenaje, suspendida con los ligamentos uterosacros y cardinales.

Si se decidió realizar cesárea histerectomía subtotal, se debe efectuar orleado hemostático del muñon, y se sugiere dejar un Penrose al exterior a través de la cúpula vaginal y otro por contrabertura en la pared abdominal dirigido al fondo de saco de Douglas para evitar colecciones hemáticas o purulentas.

Por la frecuencia de infecciones del tejido blando de la pelvis, se pueden prescribir antibióticos en forma profiláctica, una buena hemostasia además de disminuir la pérdida sanguínea transoperatoria, priva a los microorganismos patógenos de un medio ideal para su multiplicación, el aislamiento de pequeños pedículos y su ligadura cuidadosa reduce la necrosis tisular disminuyendo la proliferación bacteriana.

Estas pacientes con frecuencia cursan con hipotensión arterial severa la cual al corregirse puede motivar la aparición de hemorragia en algún área, por lo que antes del cierre el anesthesiólogo debe evaluar las condiciones de la paciente para evitar la posible ocurrencia de hemorragia proveniente del campo operatorio. (4, 7, 22, 23, 38, 41, 42)

COMPLICACIONES

Las complicaciones que se presentan en la cesárea histerectomía sin ser exclusivas de este procedimiento, pueden manifestarse bajo dos condiciones: transoperatorias y postoperatorias.

Complicaciones transoperatorias.

Pueden agruparse bajo los siguientes rubros:

- a) Hemorragia: Es la que el cirujano enfrenta con mayor frecuencia, constituye la primera indicación para la realización de una cesárea histerectomía. Los pedículos vasculares deben ser identificados plenamente aislados, pinzados y ligados, la transfixión de la sutura en el pedículo evita la retracción de los vasos y la subsecuente hemorragia. Esta es la primera causa de desarrollo de hematomas en los anexos, los cuáles requieren usualmente resección para control del sangrado, esto se reporta como una complicación en 5 a 20% de las mujeres a las que se realiza cesárea histerectomía de emergencia. (22, 40, 41)
- b) Lesión de estructuras anatómicas vecinas: Tanto la vejiga como los uréteres pueden lesionarse en forma inadvertida durante la cirugía, para disminuir la incidencia de lesiones vesicales es esencial utilizar la técnica de disección minuciosa para liberar la vejiga del útero subyacente, cuando existen adherencias realizar disección roma induce trauma de la pared posterior de este órgano y cistotomía accidental, se debe efectuar disección muy meticulosa cortante con sección individual de las adherencias en la línea media, (lateralmente se encuentran los pilares de la vejiga altamente vascularizados) lo que facilita el avance adicional. Si hay cistotomía quirúrgica inadvertida debe identificarse y repararse cuidadosamente, para evitar la formación de una fistula vesico-vaginal postoperatoria. La sección o lesión del uréter requiere consulta urológica. (25, 41, 42)

Complicaciones postoperatorias

- a) Infección: Las infecciones del tejido blando de la pelvis, de la herida abdominal y de las vías urinarias constituyen el segundo grupo por su frecuencia de complicaciones asociadas con la cesárea histerectomía. En este grupo aparecen el síndrome febril, pielonefritis, absceso de cúpula, pared, tromboflebitis pélvica, etc. La gran mayoría son consecuencia de la urgencia quirúrgica que surge de la misma intervención por premura o descuido de los pasos quirúrgicos. Actualmente este tipo de complicación es cada vez menos frecuente, se ha reportado que la incidencia de infección en este procedimiento es menor que en mujeres a las que sólo se realiza cesárea. (26, 33, 43, 44)

- b) Sistémicas: Están dadas habitualmente como consecuencia de la hemorragia o el manejo inadecuado de la reposición de volumen perdido, tenemos el edema agudo pulmonar, CID, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, íleo paralítico, problemas metabólicos, hepatitis post-transfusional, paro cardiorespiratorio. Algunos de estos problemas pueden incluso presentarse durante el acto quirúrgico. La mortalidad materna reportada es variable, de 0.5 a 7% aproximadamente. (22, 40, 43)

JUSTIFICACION

A pesar de los avances logrados en la asistencia obstetricia, la cesárea histerectomía continua siendo un procedimiento quirúrgico (las más de las veces de urgencia) generado por una complicación que pone por sí misma en peligro la vida de la paciente. El incremento importante en el uso de la operación cesárea ha generado un mayor número de complicaciones en ulteriores embarazos (dehiscencia de histerorrafia, placenta previa, acretismo, ruptura uterina) situación que hace más frecuente el empleo de esta cirugía.

Sabemos que la cesárea histerectomía es una operación con alto índice de complicaciones, repercusión emocional para la paciente a la que se le practica y un costo elevado económicamente hablando.

Siendo el Hospital de México un centro de atención médica privada en donde el índice de cesárea es más alto que a nivel institucional y donde la realización de cesárea histerectomía se lleva a cabo por personal médico especializado y con participación de residentes, consideramos necesario conocer cuál es el estado actual de la cesárea histerectomía en el mismo.

Saber a quien, porque, con que recursos y cuáles son las principales complicaciones del procedimiento, nos permitirá identificar a las pacientes con riesgo, evitar en lo posible un acto quirúrgico de urgencia y mutilante como lo es la cesárea histerectomía y prepararnos en las mejores condiciones , con todos los recursos necesarios con el fin de brindarle a la paciente la mejor atención posible.

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia con que se realiza cesárea histerectomía en el Hospital de México.

Conocer las principales causas por las que se realiza esta cirugía en este hospital.

Conocer la morbi-mortalidad materna relacionada con el procedimiento quirúrgico.

Correlacionar el diagnóstico clínico y los hallazgos anatomopatológicos.

Comparar dentro de este estudio los casos de cesárea histerectomía de indicación absoluta (urgente) y relativa (electiva).

Comparar estadísticamente los resultados obtenidos en nuestro hospital con los de otros hospitales institucionales y con los publicados en la literatura mundial.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de todos los casos de cesárea histerectomía practicados en el Hospital de México. Siendo la unidad de muestreo los expedientes clínicos de las pacientes a quienes se les practicó esta operación en el periodo de tiempo comprendido del primero de enero de 1993 al 31 de diciembre de 1997.

Las variables estudiadas se anotaron en una hoja de recolección de datos previamente diseñada para este fin conteniendo: edad de las pacientes, número de gestaciones, número de cesáreas previas, semanas de gestación, indicaciones tanto de la cesárea como de la cesárea histerectomía, el tipo de intervención practicada, anestesia empleada, Apgar al minuto y a los 5 minutos, cantidad de sangre transfundida, la morbilidad trans y postoperatoria, mortalidad encontrada, así como una correlación anatomoclínica de las piezas quirúrgicas extirpadas y los días de estancia intrahospitalaria.

Durante el lapso comprendido de 5 años se atendieron en el Hospital de México 37,569 nacimientos, se realizaron 19,293 cesáreas y en 54 casos se llevó a cabo cesárea histerectomía. Se realizó análisis estadístico de las variables estudiadas. El resumen estadístico de los valores numéricos fue reportado con promedio \pm desviación estándar. Se compararon estadísticamente las variables de la cesárea histerectomía de urgencia y electiva mediante análisis de varianza, (ANOVA paramétrico y no paramétrico) considerando significancia estadística cuando $p= 0.05$ y se realizó comparación de nuestros datos y los obtenidos por instituciones públicas y con lo referido en la literatura mundial, mediante la prueba Z para comparación de proporciones. Al finalizar el estudio, los datos se vertieron de acuerdo a los resultados en tablas y gráficas.

Criterios de inclusión

a) Se incluyen todas las pacientes a las que se realizó cesárea histerectomía con una edad gestacional mayor de 28 semanas, dentro del periodo establecido.

Criterios de exclusión

- a) Pacientes con histerectomía posterior a un parto o a una cesárea pero en otro tiempo quirúrgico.
- b) Edad gestacional menor de 28 semanas.

RESULTADOS

En el "Hospital de México" (Asociación Gineco-Obstétrica, S.A. de C.V.) de los años de 1993 a 1997 se realizaron 54 cesáreas histerectomías (0.28%) de 37,569 nacimientos y 19,293 (51.3%) cesáreas.

La edad de las pacientes osciló entre 24 a 41 años de edad, el mayor porcentaje se encontró en el grupo de 30 a 34 años (48.1%), la media fue de 32.6 ± 3.95

El número de gestaciones de los 54 casos, los mayores porcentajes correspondieron a dos y tres gestaciones 17 (31.5%) y 13 (24.1%) respectivamente.

En relación a las semanas de gestación, la menor edad gestacional correspondió a un embarazo de 29 semanas y la mayor a 41 semanas, la media fue de 36.7 ± 2.6 el mayor porcentaje de pacientes 37 (68.6%) fueron embarazos de término. **Grafica 1.**

36 (66.7%) de las 54 pacientes tenían antecedente de cesárea previa, 23 casos (63.8%) con una cesárea anterior, 11 (30.5%) con 2 cesáreas y 2 (5.6) con tres cesáreas. **Grafica 2.**

26 (48.1%) de las 54 pacientes tenían antecedente de LUI, 16 casos (61.6%) con un evento, 6 (23%) con dos y 4 (15.4%) con cuatro legrados previos. **Grafica 3.**

Las causas por las que se determinó la interrupción del embarazo por vía abdominal, se muestran en la **Tabla 1**, la indicación más frecuente fue placenta previa 17 (31.5%).

Las indicaciones de la histerectomía se clasificaron en: - Absolutas 45 (74%) de las cuáles el acretismo placentario ocupó el primer lugar 27 (50%) y la atonía uterina el segundo 14 (24.1%). - Relativas 9 (26%), 7 por miomatosis uterina (13%), una paciente con cáncer cervicouterino in situ y una con endometriosis severa. **Tabla 2.**

El tipo de histerectomía practicada en las 54 cesáreas histerectomías que se efectuaron, correspondió a histerectomía total en 42 pacientes (77.8%) y subtotal en 12 (22.2%), en uno de los casos de histerectomía total se realizó salpingooforectomía derecha; en el resto de los casos los anexos fueron respetados.

El procedimiento anestésico empleado en 20 casos (37%) fue bloqueo peridural, en 10 (18.5%) anestesia general y en 24 (44.4%) se requirió del empleo de ambos procedimientos. **Grafica 4.**

En la cuantificación de sangrado se encontró un mínimo de 300 ml y un máximo de 2,800ml, con una media de 1520.3 ± 694 ml.

La transfusión se llevó a cabo en 41 pacientes (75.9%), sólo en 13 (24.1%) no fue necesaria, la cantidad de unidades transfundidas varió de 1 a 5 unidades, con una media de 2 ± 1.4 unidades. **Grafica 5.**

La morbilidad se presentó en un 20.3%. Dentro de la morbilidad transoperatoria predominaron los problemas hemorrágicos en 8 casos (14.8%) -choque hipovolémico-, sistémicos 1 (1.9%) -paro cardiorespiratorio- y un traumatismo vesical (1.9%). La morbilidad postoperatoria 6 (11.1%) correspondió en su totalidad a problemas sistémicos, de estos casos 5 habían presentado problemas transoperatorios. **Tabla 3.**

No se presentó ningún caso de muerte materna.

El promedio de estancia intrahospitalaria fue de 4.5 ± 1.5 días, el menor número de días correspondió a 3 y el mayor a 12. De las 54 pacientes, 39 (72.2%) pasaron de recuperación directamente a piso y 15 (27.8%) a Terapia Intensiva, el promedio de estancia en esta unidad fue de 2.5 días. **Grafica 6.**

El Apgar a los 5 minutos tuvo un mínimo de 6 y un máximo de 9 con una media de 8.18 ± 1.46 , el mayor número de casos correspondió al grupo con Apgar de 9 (59.3%). Se presentó sólo un caso de muerte perinatal.

De los resultados reportados por patología, 26 casos (48.1%) correspondieron a acretismo placentario, 14(25.9%) a úteros normales, 6 (11.1%) con miomatosis uterina, 2 (3.7%) con dehiscencia de herida quirúrgica, 2 (3.7%) con desgarramiento cervical; y solamente con un caso la ruptura uterina, cáncer cervicouterino in situ, y adenomiosis + endometriosis. **Tabla 4.**

De las 54 pacientes a quienes se les realizó cesárea histerectomía, 9 (26%) se practicaron por indicación relativa o electiva en forma programada y en 45 (74%) el procedimiento se llevó a cabo en forma urgente, se realizó un estudio comparativo en ambos grupos, cuyos resultados se describen a continuación.

La edad promedio de las pacientes presentó diferencia estadísticamente significativa ($p=0.02$) entre los casos electivos, en comparación a los de urgencia (35.3 ± 4.3 y 32.0 ± 3.6); no se encontró diferencia en edad gestacional, ni número de gestaciones en los 2 grupos. El promedio de número de cesáreas previas en los casos electivos fue de (0.4 ± 0.72) y en los casos de urgencia (1.04 ± 0.82) encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($p=0.04$). No hubo diferencia significativa en la calificación de Apgar a los 5 minutos. **Tabla 5.**

En el grupo de pacientes de urgencia la cesárea se realizó por placenta previa en 17 casos (37.8%), iterativa en 8 (17.8%), desproporción cefalo-pélvica en 6 (13.3%), presentación pélvica en 3 casos (6.7%), embarazo gemelar, sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membranas con cérvix desfavorable y ruptura uterina, con dos casos (4.4%) en cada indicación; preeclampsia severa, periodo intergenésico corto y situación transversa con un caso (2.2%). **Tabla 6.**

En el grupo de pacientes con indicación electiva, 7 casos correspondieron a miomatosis (77.8%), iterativa en 1 caso (11.1%) y cáncer in situ en un caso (11.1%). **Tabla 7.**

La indicación más común para la realización de cesárea histerectomía de urgencia fue acretismo placentario en 27 casos (60%), y la más frecuente en la cesárea histerectomía electiva fue miomatosis en 7 casos (77.7%), el resto de las indicaciones se observan en la **Tabla 2.**

En todos los casos de cesárea histerectomía electiva el tipo de histerectomía fue total (100%), en los casos de urgencia se realizó subtotal en 12 pacientes (26.7%) y total en 33 (73.3%). **Tabla 8.**

El promedio de sangrado fue significativamente más alto ($p=0.002$) en los casos de urgencia en comparación con los electivos (1646.6 ± 648.6 y 888.8 ± 581.9 respectivamente). **Grafica 7.**

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.07$) entre ambos grupos en las complicaciones transoperatorias, en los casos electivos sólo se complicó una paciente (11.1%) que presentó lesión vesical, pudiendo ser corregida en el mismo acto quirúrgico. En el grupo de urgencia 8 pacientes tuvieron problemas hemorrágicos (17.8%) y una con problema sistémico (2.2%). **Grafica 8.**

Ningún caso electivo presentó problemas postoperatorios, 6 casos de urgencia (13.3%) tuvieron complicaciones sistémicas

El promedio de unidades transfundidas fue significativamente mayor ($p=0.005$) en el grupo de urgencia que en el electivo (2.2 ± 1.4 y 0.7 ± 1.0). **Grafica 9.**

Se presentó diferencia significativa ($p=0.01$) en el promedio de días de estancia intrahospitalaria, siendo mayor en los casos de urgencia que en los electivos (4.7 ± 1.6 y 3.6 ± 0.8). **Grafica 10 y Tabla 9.**

Se realizó finalmente una comparación de los datos obtenidos en este estudio (hospital privado) con los de otros hospitales institucionales (INPER y dos estudios del HR "20 de noviembre") y con los publicados en la literatura mundial.

El porcentaje de cesárea en nuestro estudio fue mayor (51.30%) que el reportado por el INPER (42.40%) y los del HR "20 de Noviembre" (31.20% y 34.70%). Se encontró una diferencia mayor con los reportados en la literatura: Gonsoulin (14.20%) y Seago et al. (19.60%).

En relación al porcentaje de cesárea histerectomía realizada en los diversos centros hospitalarios se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$) al comparar nuestros resultados (0.28%) con los del INPER (0.93%), con los publicados por Gonsoulin y Seago et al. (2.6 y 1% respectivamente) y una diferencia menor aunque significativa ($p = .007$) con uno de los estudios del HR "20 de Noviembre". No se encontró diferencia con otro estudio del HR "20 de Noviembre" (0.27%).

Se evaluaron algunos parámetros del procedimiento: El promedio de hemorragia fue similar en los grupos estudiados, (aunque no todos los estudios reportan este parámetro). Así mismo no se encontró diferencia significativa en el porcentaje de pacientes transfundidas, ni en el número de días de estancia intrahospitalaria. El porcentaje de complicaciones fue significativamente mayor ($p < .001$) en el grupo estudiado por Gonsoulin, en comparación con los obtenidos en nuestro estudio, el INPER, HR "20 de Noviembre", y Seago et al.

Encontramos diferencia estadísticamente significativa ($p = .008$) al comparar el porcentaje de histerectomías totales realizadas siendo mayor en el INPER (93.1%) y Seago et al (98%) que en nuestro estudio (77.8%) y en el HR "20 de Noviembre" (77.20 y 78%) Gonsoulin (no reportado). **Tabla 10.**

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La cesárea histerectomía es un procedimiento quirúrgico bien descrito, que se realiza con indicaciones generalmente de urgencia, pero que puede ser también una intervención planeada, el rol del este procedimiento en obstetricia es necesario pero controversial. (22, 35, 40, 41)

La frecuencia con la que se realiza cesárea histerectomía según lo reportado en la literatura varía de 1.07% a 8.7%, en nuestro estudio se reportan 54 casos (0.28%) de 37,569 nacimientos y 19,293 cesáreas. (4, 8, 13, 18, 35, 45)

La edad y número de gestaciones de estas pacientes no difieren de las publicadas en diversos artículos, en donde el grupo de edad en el que más frecuentemente se presentan complicaciones que ameriten cesárea histerectomía, corresponde al de 30 a 35 años de edad, en esta época de la vida es frecuente que ya se tenga antecedente de intervenciones quirúrgicas obstétricas (cesárea, legrado etc.). El mayor porcentaje de pacientes tenían 2 y 3 gestaciones. (18,19, 44, 46, 47)

En la actualidad se ha incrementado la cirugía obstétrica (cesárea) en beneficio del feto, sin embargo esta demostrado y han sido descritas las serias complicaciones que pueden presentarse en las pacientes con este antecedente, rupturas uterinas, placenta previa y diversos grados de acretismo placentario, factores que favorecen la realización de cesárea histerectomía por problemas hemorrágicos. En nuestro estudio 66.7% de las pacientes tenían antecedente de cesárea previa, el mayor porcentaje correspondió a una cesárea anterior (63.8%). (18, 19, 21, 24, 35)

En lo que se refiere a edad gestacional, el mayor número de pacientes 37 (68.6%) correspondió a embarazos de término.

La indicación más frecuente para la extracción del producto por vía abdominal fue placenta previa (31.5%), seguida por iterativa en 16.7%, el tercer lugar lo ocupa una indicación electiva, la miomatosis con 13% y finalmente desproporción céfalo-pélvica en 11.1%. El hecho de reducir la morbimortalidad perinatal y mejorar la vida del recién nacido ha llevado al aumento en el número de cesáreas, cabe hacer notar la frecuencia tan alta (51.3%) con la que se realiza el procedimiento en este hospital, y el número importante de casos electivos. A excepción de la indicación por miomatosis, el resto concuerda con lo publicado por la mayoría de los autores. (8,18,19,20,23,44,45,47)

Las indicaciones que motivaron la realización de cesárea histerectomía, fueron catalogadas en concordancia con otros autores, se dividieron en dos grupos; absolutas 45 (74%) que a su vez obedecieron a factores hemorrágicos en su

totalidad, y relativas o electivas 9 (26%), casos en los que se tenía conocimiento previo de las patologías (miomatosis, cáncer cervicouterino in situ y endometriosis) y que por las condiciones clínicas, edad de las pacientes (cerca de la cuarta década de la vida) y sin deseos reproductivos se decidió resolver la problemática en un mismo tiempo quirúrgico. Recientes estudios confirman que la realización de cesárea histerectomía en forma programada puede ser segura en pacientes bien seleccionadas y realizadas por personal médico capacitado o bajo la supervisión del mismo. (11, 13, 14, 15, 17, 36, 40)

El riesgo de placenta previa es de 0.26% en un útero sin cicatriz, y se incrementa en forma lineal con el número de cesáreas hasta un 10% en pacientes con 4 cesáreas; en mujeres con placenta previa el riesgo de acretismo es de aproximadamente 10% independientemente de cesárea previa; con placenta previa y una cesárea anterior, el riesgo de acretismo es del 24%, este continúa incrementándose a 67% con 2 o 3 eventos. (28, 31, 48)

Se realizó un análisis estadístico de correlación utilizando tablas de contingencia, entre las indicaciones de cesárea y las indicaciones de histerectomía, encontrando como dato relevante que en la totalidad de los casos de placenta previa como indicación de cesárea se realizó histerectomía por presentar acretismo placentario. Del total de las pacientes a las que se realizó histerectomía por acretismo placentario sólo en una de ellas no se encontró antecedente de cirugías uterinas previas.

Si evaluamos la técnica quirúrgica empleada, se efectuó histerectomía total en 42 (77.8%) pacientes y en 12 (22.2%) por la gravedad de las mismas y probables limitaciones técnicas se realizó en forma subtotal. Es importante señalar que sólo en un caso se realizó salpingooforectomía unilateral, en el resto de los casos se respetaron los anexos, cuya función (ovarios) es de trascendencia para el bienestar de la paciente. (18, 20, 46)

En pacientes con problemas hemorrágicos, el procedimiento de elección es la anestesia general, sin embargo si la necesidad de urgencia quirúrgica nace después de haber extraído el producto de la concepción, como en el acretismo, atonía etc, al bloqueo peridural se agrega anestesia general, en este estudio el porcentaje mayor de pacientes requirió el empleo de ambos procedimientos (44.4%). (49)

La hemorragia es una de las principales complicaciones que se presentan en el transoperatorio en nuestras pacientes el promedio de hemorragia fue de 1520.3 ± 694 ml. Requiriendo transfusión el 75.9% de las pacientes, la media de unidades transfundidas fue de 2 ± 1.4 que concuerda con lo reportado por otros autores. (19, 20, 23, 40, 44, 45)

La morbilidad en nuestro estudio fue baja (20.3%). Las complicaciones las dividimos en dos grupos transoperatorias y postoperatorias, en el primer grupo y en concordancia con lo descrito en la literatura predominaron los problemas

hemorrágicos, 8 pacientes (14.8%) presentaron choque hipovolémico, cinco de éstas como consecuencia de la hemorragia desarrollaron en el postoperatorio problemas sistémicos, hubo una lesión vesical y un paro cardiorespiratorio reversible. En el postoperatorio se ha descrito a la infección como la segunda complicación más frecuente, sin embargo en este estudio la totalidad correspondieron a problemas sistémicos. (14, 26, 33, 40, 41, 43, 44)

La severidad clínica de la placenta acreta puede incrementarse si se asocia a cicatriz uterina, 42% de mujeres con placenta previa-acreta sin cicatriz uterina son manejadas en forma conservadora (sin histerectomía), comparada con 18% cuando se observa en conjunción con cicatriz previa. (31, 48)

En lo que se refiere a complicaciones 77.8% de las pacientes complicadas presentaron acretismo placentario, todas con antecedente de 1, 2 ó 3 cesáreas previas; correlacionamos indicación de histerectomía y presencia de complicaciones trans y postoperatorias encontrando que en 7 casos complicados con problemas hemorrágicos y sistémicos la indicación fue acretismo placentario, 2 casos con problemas hemorrágicos y 1 sistémico correspondieron a atonía uterina y en el caso de lesión vesical la indicación fue por miomatosis uterina.

En estudios previos de cesárea histerectomía era constante aunque baja la mortalidad materna, sin embargo en los últimos reportes de la literatura la mortalidad es nula. En nuestro estudio no se presentó ningún caso de muerte materna. (7, 14, 18, 23, 35, 38, 40)

El promedio de hospitalización fue de 4.5 ± 1.5 , 15 pacientes pasaron a terapia intensiva donde permanecieron en promedio 2.5 días, datos semejantes a los reportados anteriormente por otros autores.

Con frecuencia en algunos estudios la indicación clínica que provoca la extirpación del útero no concuerda con el estudio histopatológico de la misma. En el presente estudio el diagnóstico histopatológico se corroboró en 52 (96.2%) de los 54 casos de histerectomía, un caso de acretismo placentario fue reportado como útero normal, y un caso de miomatosis se reportó como adenomiosis.

Se realizó un estudio comparativo entre las cesáreas histerectomías con indicación absoluta y las relativas o electivas. Estudios reportados en la literatura muestran que la cesárea histerectomía electiva puede ser realizada en forma segura por personal médico capacitado en pacientes bien seleccionadas. Se tiene un número significativamente menor de complicaciones y parece incluso tener ventajas sin incrementar los riesgos para la paciente. En la Universidad de Mississippi Medical Center, se realiza cesárea histerectomía en forma planeada en pacientes con problemas ginecológicos importantes, evitando el riesgo y costos de un segundo procedimiento quirúrgico y además dando la oportunidad a los médicos residentes de aprender la técnica quirúrgica bajo condiciones controladas. Yancey et al compara pacientes a quienes se les realizó cesárea histerectomía electiva con un grupo control de mujeres quienes se practicó

histerectomía dentro de los 3 primeros años posteriores al nacimiento vía abdominal, no encontrando diferencias en complicaciones entre los 2 grupos. (14, 36, 38,40)

En el presente estudio encontramos diferencias importantes en relación a la morbilidad en la cesárea histerectomía electiva y de emergencia. Se encontró una diferencia relativamente significativa en las complicaciones transoperatorias, en los casos electivos sólo se complicó una paciente que presentó lesión vesical corregida en el mismo acto quirúrgico, así mismo no se presentó ninguna complicación postoperatoria; los casos de urgencia se complicaron con problemas hemorrágicos en el 17.8% y sistémicos en el 2.2%. Como es de suponer el promedio de hemorragia fue significativamente más alto en los casos de urgencia que en los electivos (1646 ± 648.6 y 888.8 ± 581.9 ml respectivamente) requiriéndose por lo tanto mayor cantidad de unidades transfundidas. La estancia intrahospitalaria también fue significativamente mayor en los casos de urgencia (4.7 ± 1.6 y 3.6 ± 0.8), como en este caso se trata de un hospital privado, los costos debieron ser superiores en este grupo de pacientes.

Finalmente nuestros resultados no distan mucho de los reportados por otros autores en la literatura nacional y mundial. Llama la atención el aumento en la incidencia de cesárea, conociendo las complicaciones que esta nos puede generar en posteriores embarazos, por lo que los ginecobstetras debemos concientizarnos de las secuelas que pueda generar la decisión que tomamos el día de hoy. A pesar de ello el índice de cesárea histerectomía es bajo en comparación con otros estudios, el porcentaje de complicaciones es similar a lo encontrado en otras revisiones.

CONCLUSIONES

1.- La cesárea histerectomía es un procedimiento quirúrgico bien descrito y aceptado, realizado generalmente como una intervención de urgencia, secundario a un accidente obstétrico que supone la existencia de hemorragia importante. Aunque se ha logrado abatir la mortalidad, la morbilidad sigue siendo elevada.

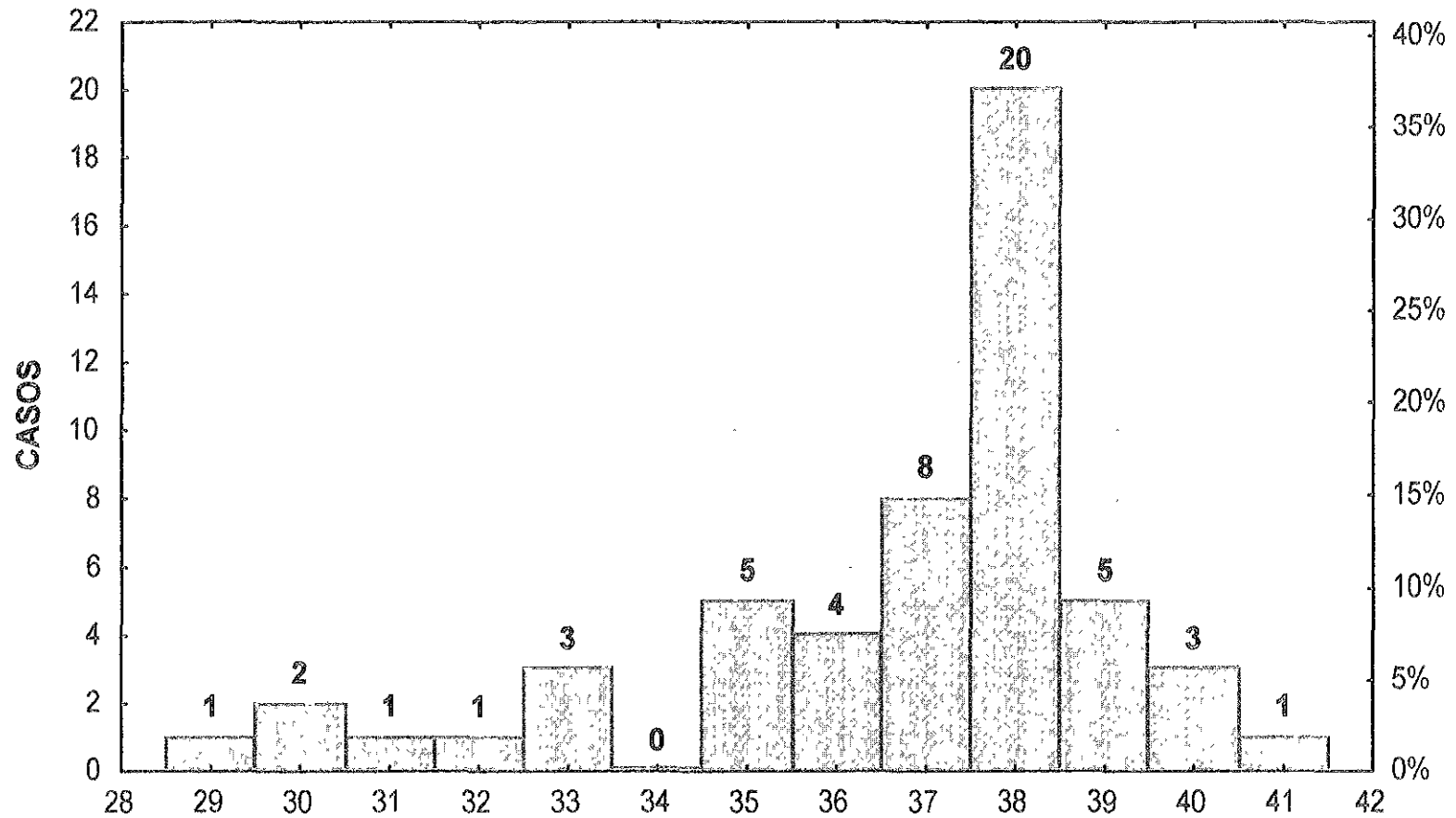
2.- Consideramos que la cesárea histerectomía electiva puede ser un procedimiento seguro en pacientes bien seleccionadas y cuando es realizada por personal médico capacitado; debe reservarse la indicación para aquellos casos en que exista patología ginecológica que justifique la práctica de la histerectomía, no debe realizarse teniendo como única justificación la enseñanza del personal en adiestramiento por el riesgo inherente al procedimiento, más sin embargo estamos seguros que debe ser incluida en su programa operativo pues forma parte del arsenal quirúrgico de la obstetricia moderna. Así mismo tampoco justificamos el realizarla con el único fin de esterilización.

3.- Es conveniente contar con un hospital bien equipado, que tenga unidad de cuidados intensivos, ya que en algunas ocasiones hay que tratar complicaciones graves.

4.- Es evidente el incremento importante en la realización de operación cesárea, y sus consecuencias en el futuro obstétrico de la paciente. Por lo que es necesario ser conscientes en relación a la indicación de la misma, y prepararnos para las posibles complicaciones que puedan presentarse en forma posterior.

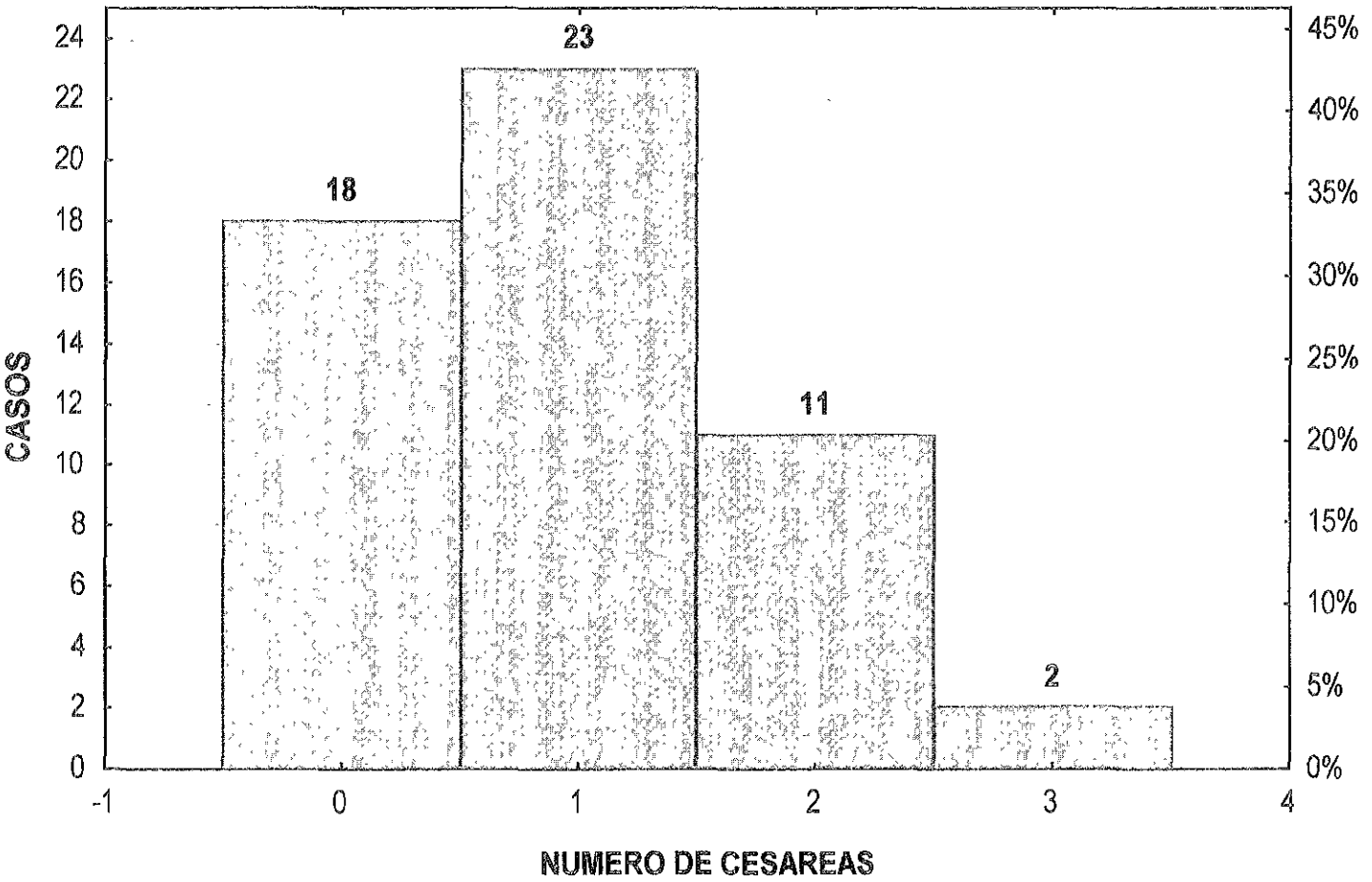
5.- Se necesita por lo tanto un médico ginecobstetra experto, calificado, capacitado, con mentalidad acuciosa para decidir oportunamente el momento de la intervención (que debe efectuarse antes del deterioro de la paciente) e incluso adelantarse a las complicaciones detectando problemas como acretismo, pudiendo realizar así una cirugía programada, con menores riesgos para la paciente.

SEMANAS DE GESTACION



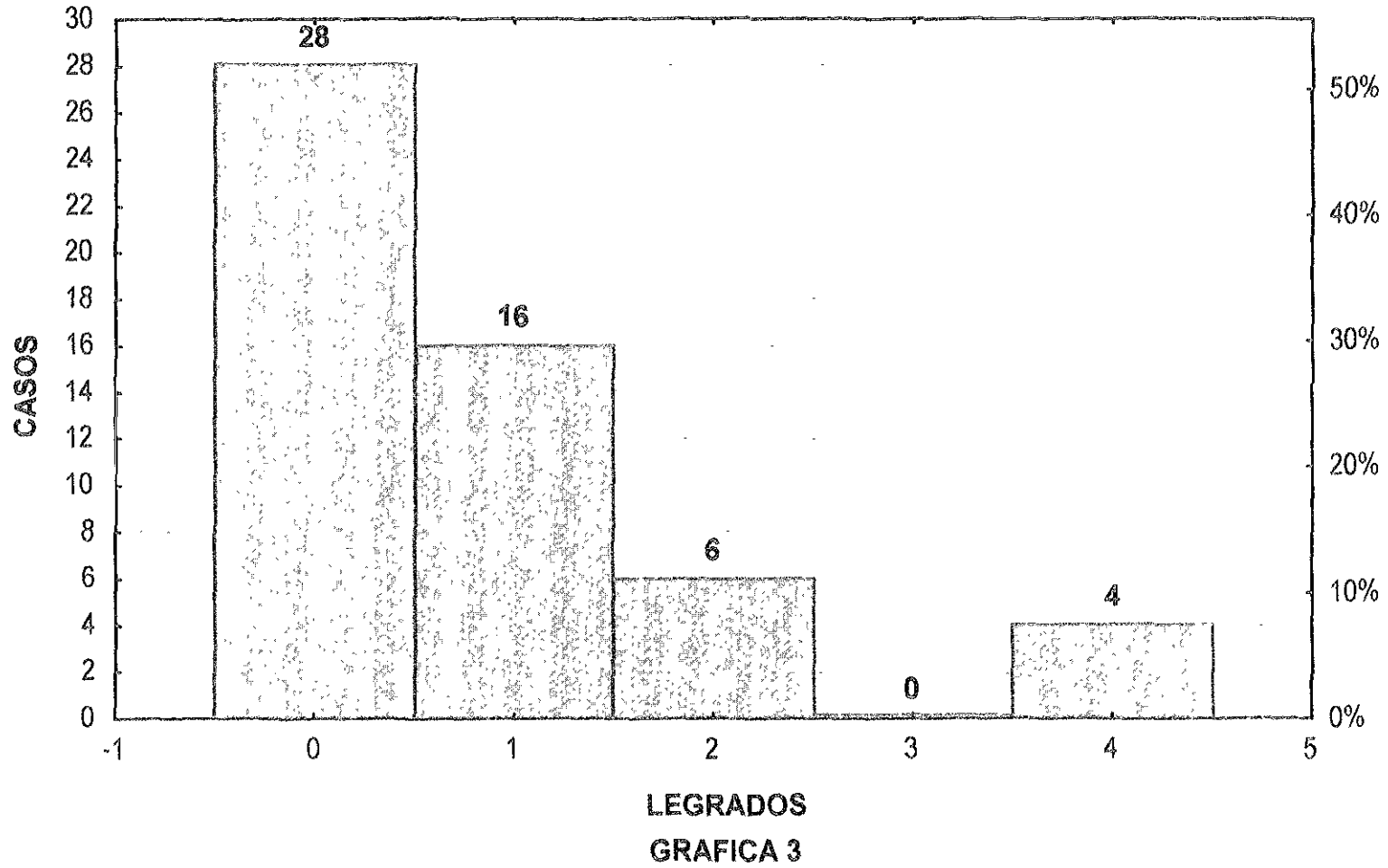
SEMANAS
GRAFICA 1

ANTECEDENTE DE CESAREA

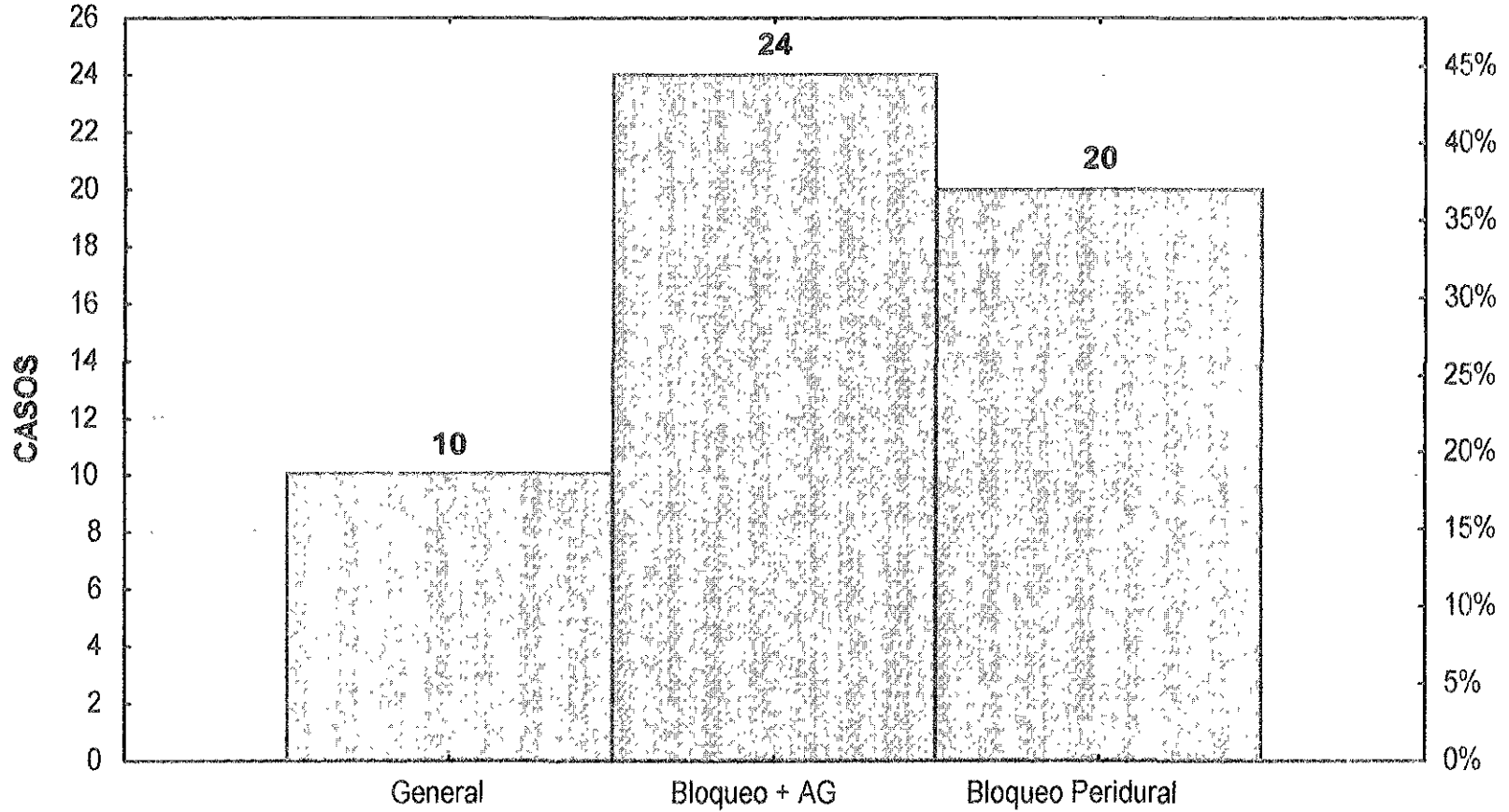


GRAFICA 2

ANTECEDENTES DE LEGRADO

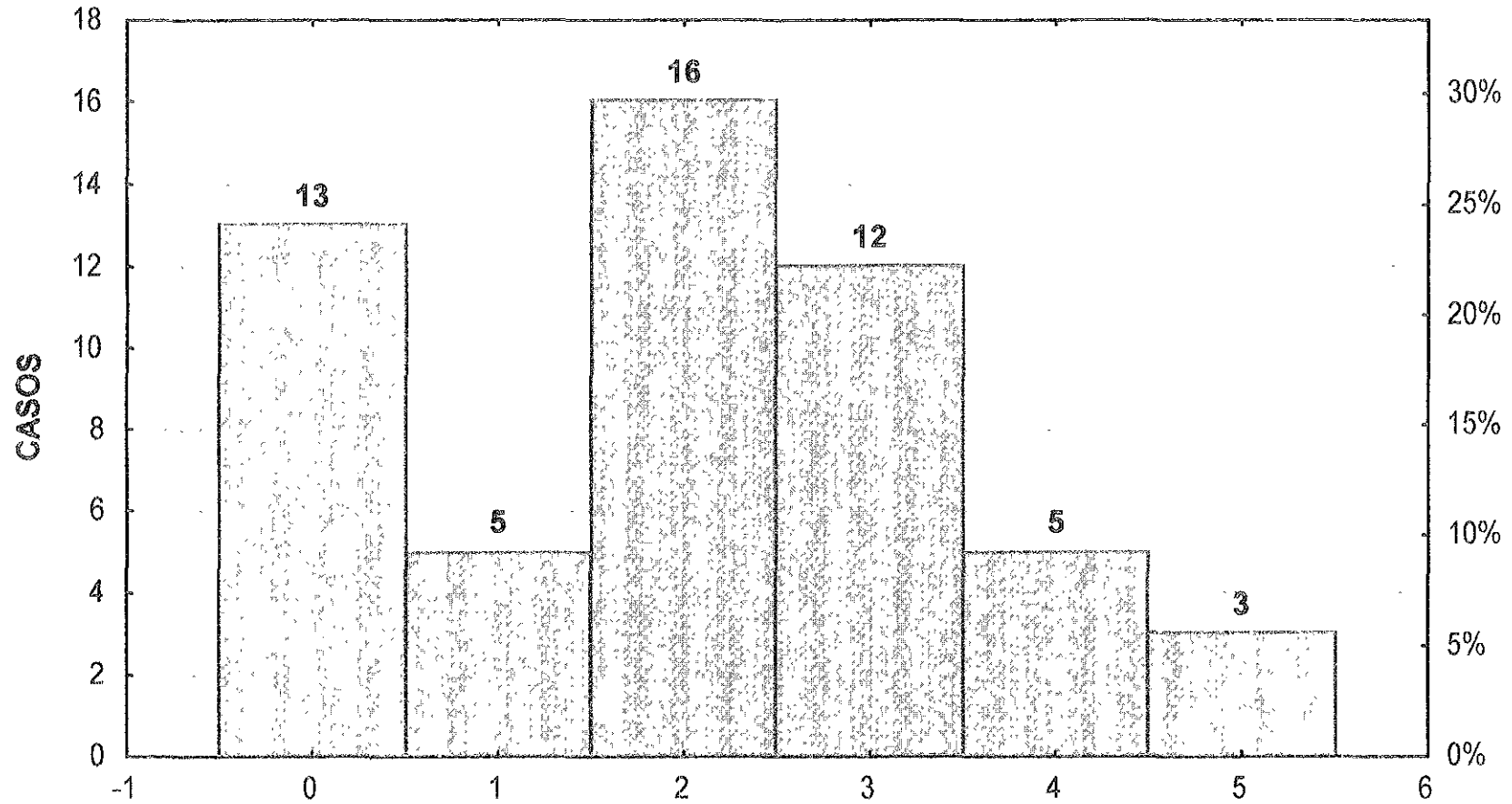


TIPO DE ANESTESIA



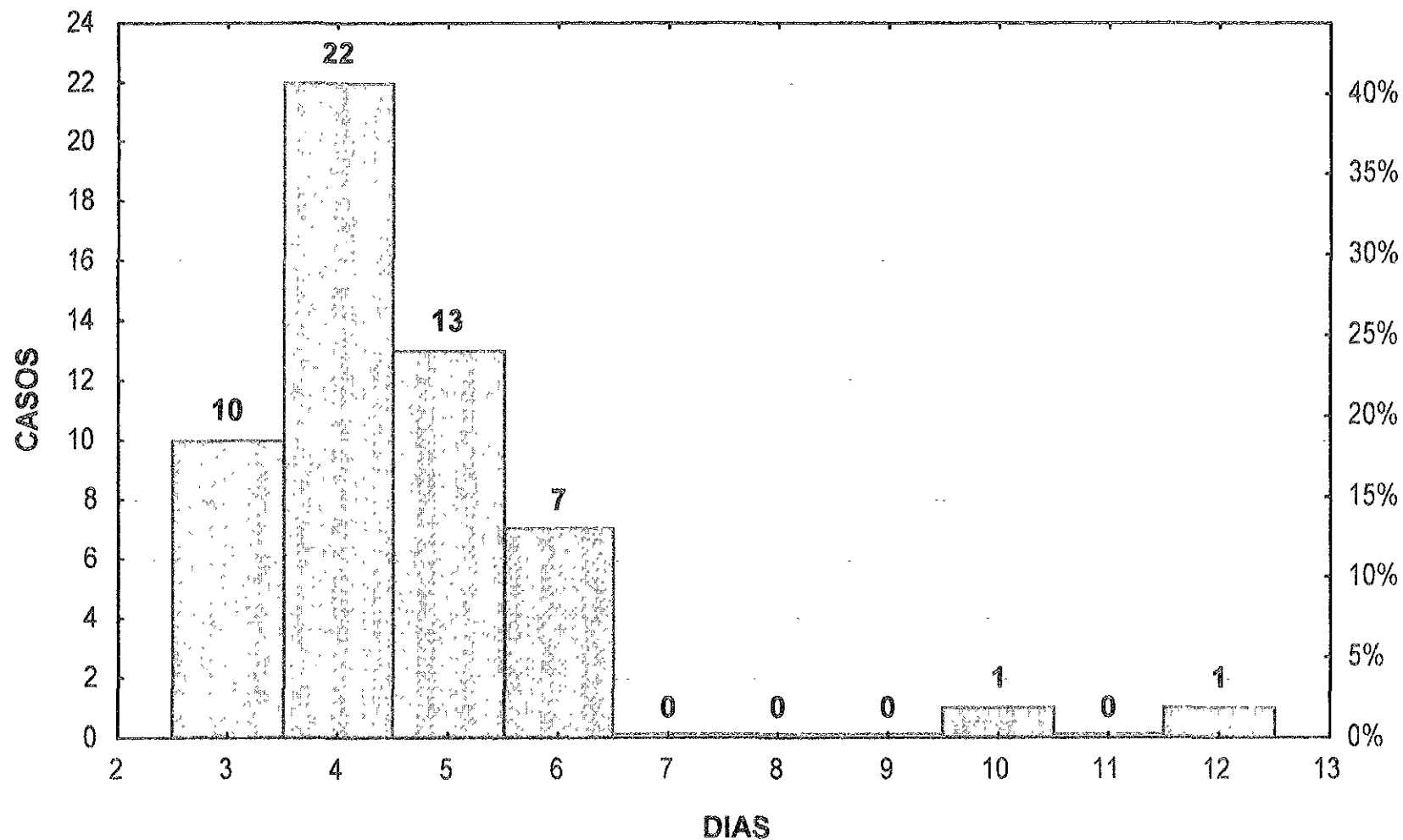
TIPO
GRAFICA 4

UNIDADES TRANSFUNDIDAS



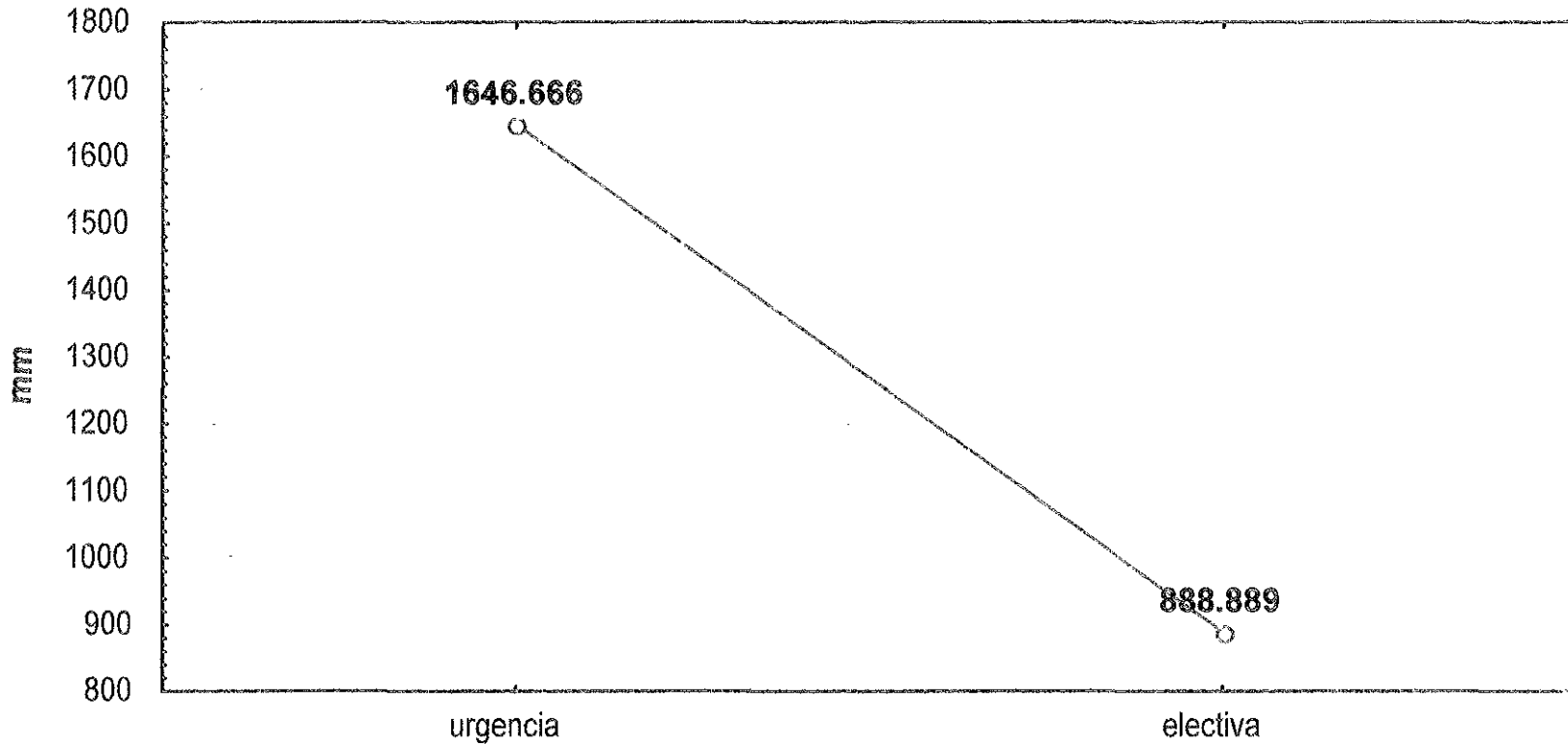
UNIDADES
GRAFICA 5

DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA



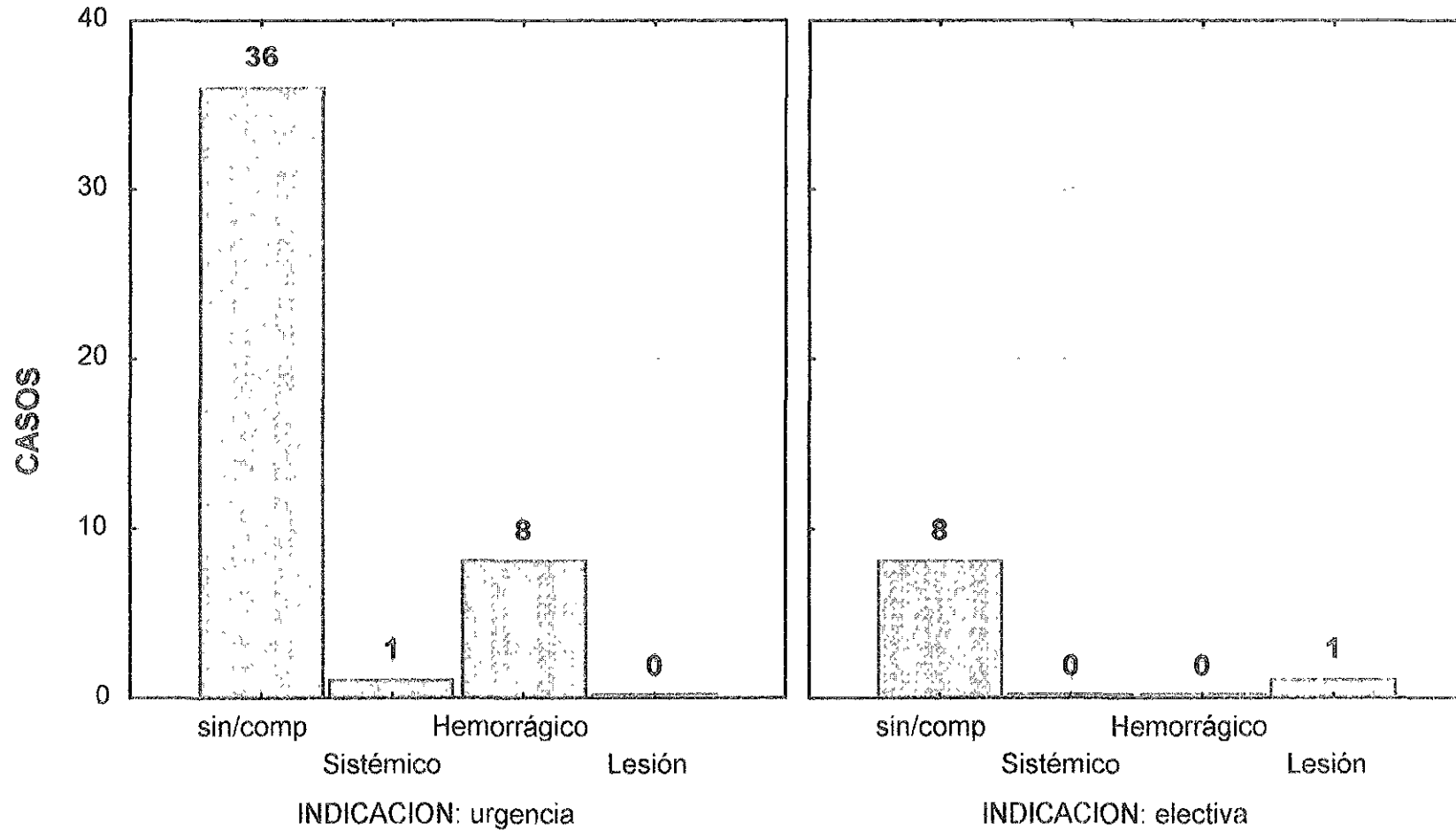
DIAS
GRAFICA 6

**CONTRASTE DE PROMEDIOS: SANGRADO
SEGUN INDICACION DE HISTERECTOMIA
 $F(1,52)=10.55; p < 0.0020$ (D.E.S.)**



**INDICACION DE HISTERECTOMIA
GRAFICA 7**

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

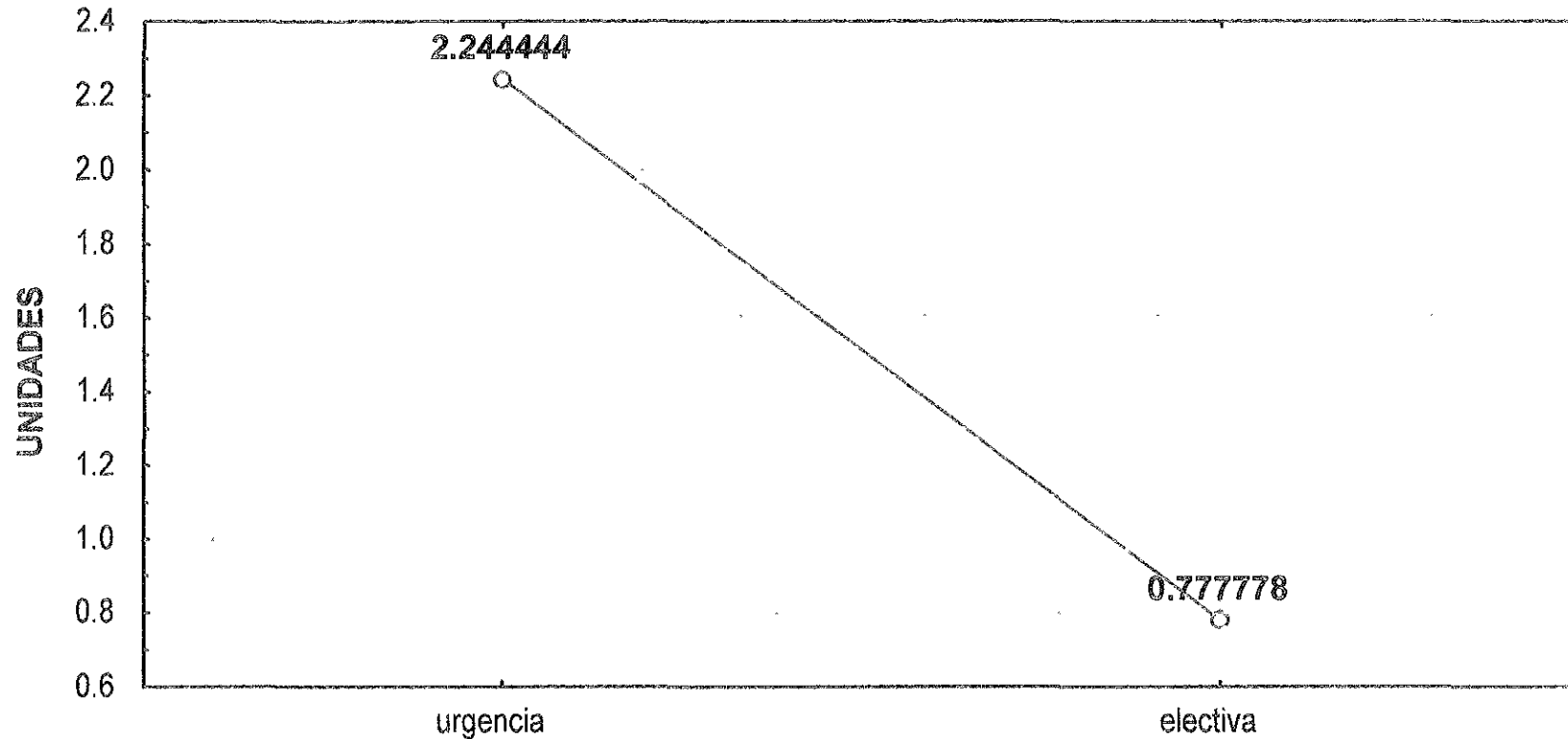


GRAFICA 8

CONTRASTE DE PROMEDIOS: UNIDADES TRANSFUNDIDAS

SEGUN INDICACION DE HISTERECTOMIA

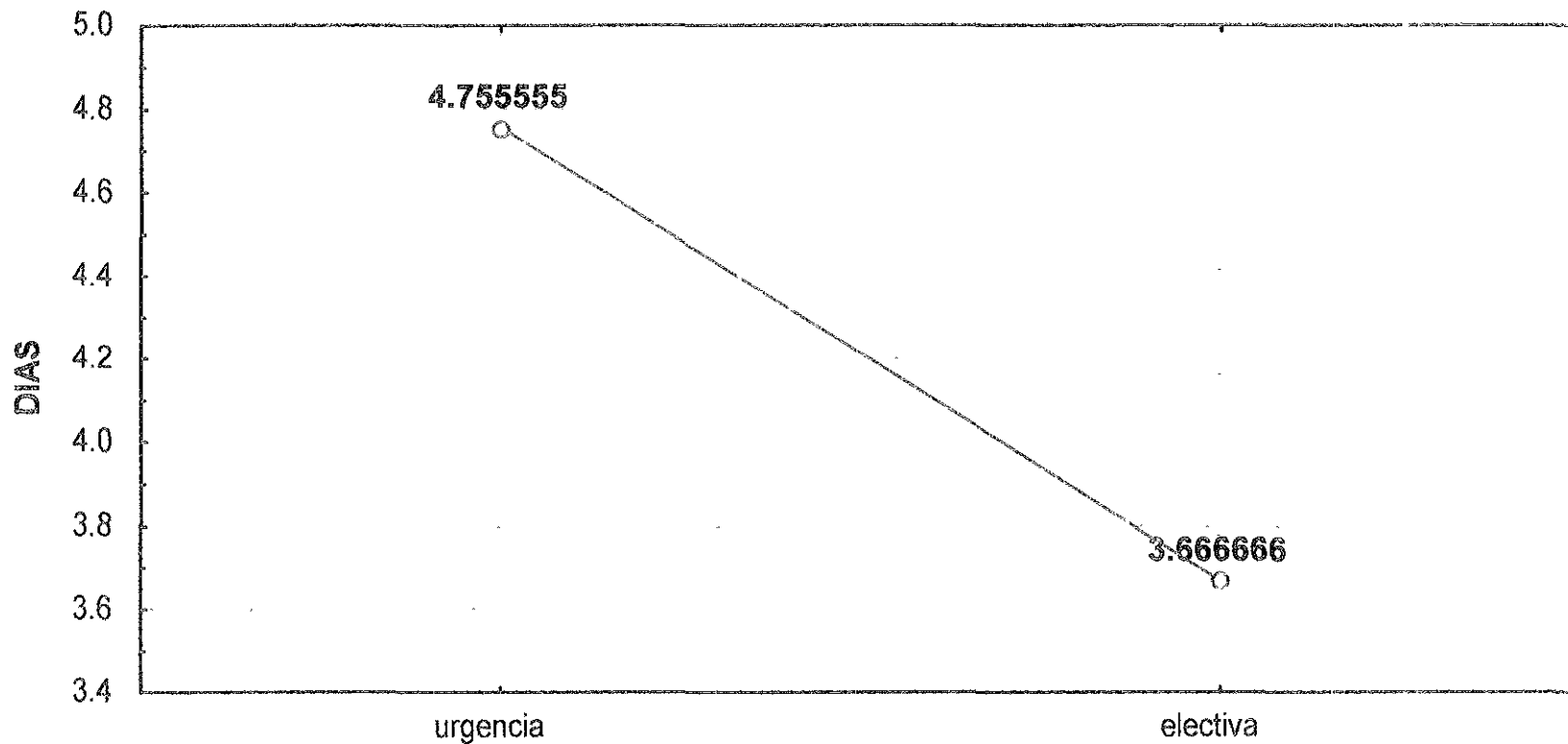
$F(1,52)=8.40; p < 0.0055$ (D.E.S.)



INDICACION
GRAFICA 9

**CONTRASTE DE PROMEDIOS: ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA
SEGUN INDICACION DE HISTERECTOMIA**

$F(1,52)=3.72; p < 0.0592$ (D.E.S.)



**INDICACION
GRAFICA 10**

**TABLA 1.
INDICACIONES DE CESÁREA**

Indicaciones de Cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Placenta previa	17	31.5
Iterativa	9	16.7
Miomatosis uterina	7	13.0
Desproporción cefalopélvica	6	11.1
Presentación pélvica	3	5.6
Embarazo gemelar	2	3.7
Sufrimiento fetal agudo	2	3.7
Ruptura uterina	2	3.7
Ruptura prematura de membranas	2	3.7
Periodo intergenésico corto	1	1.9
Preeclampsia severa	1	1.9
Situación transversa	1	1.9
Ca. Cervicouterino in situ	1	1.9
Total	54	100

TABLA 2.
INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA

Absolutas (urgencia)		
Indicación	Frecuencia	Porcentaje
Acretismo placentario	27	50.0
Atonía uterina	13	24.1
Dehiscencia cicatriz previa no reparable	2	3.7
Ruptura uterina	1	1.9
Laceración uterina	2	3.7
Relativas (no urgencia)		
Indicacion		
Miomatosis uterina	7	13.0
Ca. Cervicouterino in situ	1	1.9
Endometriosis severa	1	1.9
Total	54	100.0

**TABLA 3.
MORBILIDAD**

TRANSOPERATORIA			POSTOPERATORIA		
Casos	Causas	Porcentaje	Casos	Causas	Porcentaje
8	Choque Hipovolémico	14.8	1	Insuficiencia Renal Aguda	1.9
			1	Hemólisis Post-transfusional	1.9
			1	Sangrado de Tubo Digestivo Alto + CID	1.9
			1	Hemoperitoneo, hematoma de lig. Ancho + CID	1.9
1	Paro – Cardiorespiratorio	1.9	1	Encefalopatía hipóxico-isquémica	1.9
1	Lesión vesical	1.9			
			1	Neumonía basal bilateral	1.9
	Total (% acumulado)	18.5		Total (% acumulado)	11.1

TABLA 4.
DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Acretismo placentario	26	48.1
Útero normal	14	25.9
Dehiscencia de herida quirúrgica	2	3.7
Ruptura uterina	1	1.9
Desgarro de cérvix	2	3.7
Miomatosis uterina	6	11.1
Ca. Cervicouterino in situ	1	1.9
Endometriosis	1	1.9
Adenomiosis	1	1.9
Total	54	100.0

TABLA 5.
PARÁMETROS DEMOGRÁFICOS

Parámetro demográfico	Tipo de cirugía		Significancia estadística
	Urgencia (n= 45)	Electiva (n=9)	
Edad	32.0 ± 3.6	35.3 ± 4.3	P=0.02
Edad gestacional (semanas)	36.4 ± 2.7	37.8 ± 1.3	NS
No. de gestaciones	3.2 ± 2.5	3.0 ± 2.0	NS
Cesárea previa	1.04 ± 0.82	0.4 ± 0.72	P=0.04
Apgar 5 minutos	8.0 ± 1.5	8.7 ± 0.4	NS

**TABLA 6.
INDICACIONES PARA CESÁREA HISTERECTOMÍA
DE URGENCIA**

Indicación	Frecuencia	Porcentaje
Placenta previa	17	37.8
Iterativa	8	17.8
DCP	6	13.3
Presentación pélvica	3	6.7
Embarazo gemelar	2	4.4
Sufrimiento fetal agudo	2	4.4
Ruptura prematura de membranas	2	4.4
Ruptura uterina	2	4.4
Preeclampsia severa	1	2.2
Periodo intergenésico corto	1	2.2
Situación transversa	1	2.2
Total	45	100.0

**TABLA 7.
INDICACIONES PARA
CESÁREA HISTERECTOMÍA ELECTIVA**

Indicación	Frecuencia	Porcentaje
Miomatosis uterina	7	77.8
Iterativa	1	11.1
Cáncer cervicouterino in situ	1	11.1
Total	9	100.0

**TABLA 8.
TIPO DE HISTERECTOMÍA**

Tipo de histerectomía	Urgencia (%)	Electiva (%)
Total	73.3	100.0
Subtotal	26.7	0
Total	100.0	100.0

**TABLA 9
COMPLICACIONES Y
PARÁMETROS QUIRÚRGICOS**

Complicaciones / parámetros	Cesárea histerectomía electiva (n=45)	Cesárea histerectomía urgencia (n=9)	Significancia Estadística
Complicaciones Transoperatorias	11.1	20.0	P=0.07
Complicaciones Postoperatorias	0	6.0	NS
Sangrado estimado (ml)	888.8 ± 581.9	1646.6 ± 648.	P=0.002
Unidades transfundidas	0.7 ± 1.0	2.2 ± 1.4	P=0.005
Estancia intrahospitalaria (día)	3.6 ± 0.8	4.7 ± 1.6	P=0.01

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TABLA 10
COMPARACIÓN CON OTROS ESTUDIOS
SOBRE CESÁREA HISTERECTOMÍA

FACTOR	H. MEXICO (N=52)	INPER (N=123)	HR 20 NOV (N=22)	HR.20 NOV (N=45)	GONSOU LIN (N=129)	SEAGO (N=100)
Cesárea * histerectomía %	0.28	0.93	0.27	0.49	2.6	1
Sangrado	1520 ± 694	NR	NR	NR	1495 ± 772	1462 ± 707
Transfusión	75%	77.5%	81.82%	53%	68%	60%
Complicaciones	20.30%	22.70%	13.60%	16.50%	68%	20%
Estancia intrahospitalaria	4.5	5	6.5	5.5	5.5	6.4
Histerectomía total	77.8%	93.1%	77.20%	78%	NR	98%
% de Cesárea	51.30	42.40	31.20	34.70	14.20	19.60

* En relación al número de cesáreas realizado (% de cesárea)

BIBLIOGRAFIA

1. Godson C. Porros Operation. *Brit M J* 1884; 1: 143-51.
2. Blundell J. Lectures on the theory and practice of Midwifery. *Lancet* 1827; 2: 163-8.
3. Bixby G H. Extirpation of the puerperal uterus by abdominal section. *J Gynec Soc Boston* 1896; 1: 223-31.
4. Park RC, Duff WP. Role of cesarean hysterectomy in modern obstetric practice. *Clin Obstet Gynecol* 1980; 23: 601-20.
5. Taylor I. E. et al. Gastro-hysterectomy, or the recent modification of the cesarean section by Dr. Porro. *Am J M Sc* 1880; 80: 115-22.
6. Harris RP. The results of the first fifty cases of "cesarean ovary-hysterectomy". *Am J M Sc* 1880; 80: 129.
7. Durfee RB. Evolution of cesarean hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol.* 1969; 12: 575-579.
8. Ruíz Velasco V, Perez Salazar J. Evolución de la cesárea en México. *El Médico* 1968; 18: 47-56.
9. DeCosta Edwin J. Hysterectomy. *JAMA* 1947; 28: 775-778.
10. Pletsch TD, Sandberg EC. Cesarean hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 107: 729-34.
11. Webb CF, Gibbs JV. Preplanned total cesarean hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1968; 101: 23-27.
12. Brenner P, Sall S, Sonnenblick B. Evaluation of cesarean section hysterectomy as a sterilization procedure. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 108: 335-39.
13. Barckay DL, Hawks BL, Frueh DM, et al. Elective cesarean hysterectomy. A five year comparison with cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 124: 900-11.
14. Gounsolin W, Kennedy RT, Guidry KH. Elective versus emergency cesarean hysterectomy cases in a residency program setting. A review of 129 cases from 1984 a 1988. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 91-4.
15. Hoffman M, Roberts WS, Fiorica JV, et al. Elective cesarean hysterectomy for treatment of cervical neoplasia. *J Reprod Med* 1993; 86: 1259-60.

16. Hoffman M. Elective combined abdominal-vaginal cesarean hysterectomy for cervical neoplasia. *South Med J* 1993; 86: 1259-60.
17. Narayansingh GV, Ramsewak S, Kisson W. Elective cesarean hysterectomy for uterine fibroids. *Int J Gynecol Obstet* 1992; 38: 125-29.
18. Ahued AJ. Cesárea Histerectomía. *Ginec Obstet Mex* 1987; 55:47-52.
19. Yaspik F, Topete IO, Lowenberg E, y col. Cesárea Histerectomía en el C.H. "20 de Noviembre ". *Ginec Obstet Mex* 1987; 55: 234-38.
20. Ahued AJ, y col. Cesárea Histerectomía. Una urgencia quirúrgica. *Ginec Obstet Mex* 1992; 60: 44.
21. Strickland L, Griffin TW, Llorens SA, et al. Cesarean hysterectomy: a procedure for modern obstetrics ?. *South Med J* 1989; 82: 1245-9.
22. Plauche WC. Cesarean hysterectomy: Indications, technique, and complications. *Clin Obstet Gynecol* 1989; 29: 318-28.
23. Quesnel C. Perspectiva actual de la cesárea histerectomía. *Temas selectos en reproducción humana*. Karchmer S. Serono de México 1989; 383-90.
24. Schneider GT, Tyrone CH. Cesarean- total hysterectomy. Experiencie with 160 cases. *South Med J* 1966; 59: 927-34.
25. Bopriboonhirunsarn D, Sutlantharibul A. Cesarean hysterectomy in Sriraj Hospital a 5- year review. *J of Med Assoc Thailand* 1996; 79: 513-18.
26. Baker ER, Dalton Me. Cesarean section birth and cesarean hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol* 1994; 37: 806-15.
27. Ripley DL. Uterine emergencies. Atony, inversion, and rupture. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999; 26: 419-34.
28. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1997; 177: 210-14.
29. Chanrachakul B, Phuapradit W, et al. Cesarean and postpartum hysterectomy. *Int J Gynecol Obstet* 1996; 54: 109-13.
30. Lau WC, Fung HY, Rogers MS. Ten years experiencie of cesarean and postpartum hysterectomy in a teaching hospital in Hong Kong. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 74: 133-37.

31. Chazotte Cynthia, Cohen Wayne R. Catastrophic complications of previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:738-42.
32. Kupfermirc Michael J. Tamura Ralph K. Et al. Placenta Accreta is associated with elevated maternal serum alpha-fetoprotein. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 266-9
33. Radeka G, Milasinovic L. Postoperative infection as an indication for hysterectomy after cesarean section. *Med Pregl* 1996; 335: 689-95.
34. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr. Comparison of a trial labor with an elective cesarean section. *N Engl J Med* 1996; 335: 689-95.
35. Plauche WC, Gruich FG, Burgeois MO: Hysterectomy at the time of cesarean section. *Obstet Gynecol* 1981; 58: 459-64.
36. Lu PY, Pastorek JG et al. Elective versus emergency cesarean hysterectomy on a teaching service 1981 to 1991. *South Med J* 1997; 90: 50-4.
37. Hillis SD, Marchbanks PA, Taylor LR, Peterson HB. Tubal sterilization and long-term risk of hysterectomy finding from the United States collaborative review of sterilization. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 609-14.
38. Yancey MK, Harlass Fem Benson W. Brady K. The perioperative morbidity of scheduled cesarean hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 206-10.
39. Bey MA, Pastorek JG, Lu PY, Gabert H, Letellier RL. Comparison of morbidity of cesarean section hysterectomy versus cesarean section tubal ligation. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 177: 357-60.
40. Seago DP, Roberts EW, Johnson KV, Martin WR. Et al. Planned cesarean hysterectomy: A preferred alternative to separate operations. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 1-12.
41. Park RC, Duff WP. Papel de la cesárea histerectomía en la práctica obstetrica moderna. *Clin Obstet Gynecol* 1980; 2: 612-31.
42. Stanco LM, Schrimmer PB, Paul RH. Mishell DR. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 879-83.
43. Bost B, Kising K, Boot D. Elective cesarean hysterectomy Vs elective cesaren section followed by remote hysterectomy: reassessing the risks. *J Gynecol Surg* 1998; 14: 161-7.
44. Rocha Castillo S. C. Cesárea Histerectomía en el Hospital Regional "20 de Noviembre" ISSSTE. Tesis de Postgrado. UNAM. México, D.F. 1993.

45. Arzola Paniagua M.A. "Cesárea Histerectomía, experiencia de 5 años dentro del INPER". Tesis de Postgrado. UNAM. México, D.F. 1993.
46. Uribe ER. La histerectomía como recurso en la obstetricia actual. *Ginec Obstet Mex*. 1978; 43: 113.
47. López, OE, Guerrero, HA, Jimenez JF, Buitron, LF. La histerectomía obstétrica en el hospital de Gineco-obstetricia 3 a del IMSS. *Correlación Anatomoclínica. Ginec Obstet Mex* 1983; 51: 281-86.
48. Clark Steven L. Koonings Paul P. Phelan Jeffrey P. Placenta previa- Accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 89-91.
49. Vasconcelos PG y col. La anestesia como factor directo de muerte en obstetricia. *Ginec Obstet Mex* 1980; 48: 199.