



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

166

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO MEXICANO DE EL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

HISTERECTOMÍA OBSTETRICA. REVISIÓN DE  
CASOS EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICA No. 4.  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICA  
P R E S E N T A:  
DRA. PATRICIA MENDOZA BLAS

ASESOR DE TESIS:  
DR. ANGEL GARCÍA-ALONSO LÓPEZ



MEXICO, D.F.

2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



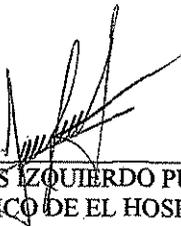
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA. REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA".



DR. JUAN CARLOS IZQUIERDO PUENTE  
DIRECTOR MÉDICO DE EL HOSPITAL



DR. GILBERTO TENA ALAVEZ  
JEFE DE DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA



DR. ANGEL GARCÍA-ALONSO LÓPEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERINATOLOGÍA  
ASESOR DE TESIS



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Felipe: Mi compañero, el amor de mi vida.

Por darme la fuerza en los momentos más difíciles.

A Karla. Por que con su sonrisa ha iluminado mi camino y es el motivo más grande de superación.

A mi familia: Por entenderme y ofrecerme siempre su ayuda incondicional.

A mis amigas Adriana y Edna por compartir conmigo su alegría y su amistad en estos años de desvelo.

A Dios.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
Incidencia.....	6
Factores de riesgo.....	6
Indicación de la histerectomía.....	7
Complicaciones.....	7
Mortalidad.....	8
OBJETIVO GENERAL.....	9
HIPÓTESIS.....	9
MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
RESULTADOS.....	12
COMENTARIO.....	15
CONCLUSIONES.....	17
ANEXOS.....	18
BIBLIOGRAFÍA.....	24

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

### HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA. REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No.4 “LUIS CASTELAZO AYALA”.

**Dra. Patricia Mendoza Blas.**

**Dr. Ángel García-Alonso López.**

**OBJETIVO.** Analizar en un estudio retrospectivo en tres años la frecuencia de la histerectomía obstétrica, indicaciones, tratamiento y complicaciones.

**MATERIAL Y MÉTODOS** .En el hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal en el que se analizaron a un total de 119 casos a los que se les realizó histerectomía obstétrica en un periodo comprendido de el 1º. de septiembre de 1998 a el 1º. De septiembre de 2001, de el total se incluyeron y analizaron 95 casos de los cuáles se recabó las características demográficas, la historia reproductiva, indicación para la histerectomía, hallazgos transquirúrgicos y las complicaciones existentes así como la necesidad de admisión a la unidad de cuidados intensivos. Los criterios de inclusión fueron pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en el hospital con expediente clínico completo y los criterios de exclusión fueron la falta de expediente clínico o que estuviera incompleto.

**RESULTADOS.** La incidencia de histerectomía obstétrica en nuestro hospital fue de 1.8 en 1000 N.V. La edad promedio de presentación fue de 32 años; y por grupos de edad: de 19 a 24 años =13 casos (13%), de 25 a 30 años = 23 casos (24.2%), de 31 a 36 años = 33 casos (34.7%), y de 37 a 44 años = 26 casos (27.3%). El número de gestaciones en donde se presento el mayor número de casos fue de 4 gestas con 27 casos ( 28.4%), 2 gestas con 22 casos (23.1%), seguida de 3 gestas con 21 casos (22.1), primigestas con 10 casos (10.5), 5 gestas con 8 casos (8.4%), 6 gestas con 6 casos ( 6.3%), y 7 gestas con un caso ( 1.05%).

Del total de los 95 casos, 88 casos tenían una cicatriz uterina previa ( 92.6%). Así también de los 95 casos, 82 pacientes tenían una cesárea previa (86.3%), y 36 casos tenían un LUI

previo (37.8%). Se presentaron 4 casos de histerectomía postparto (4.2%), histerectomía postcesárea en 89 casos ( 93.68%), un caso de histerectomía en bloque (1.05%) y un caso de histerectomía post legrado (1.05).

Se encontraron 38 casos de acretismo placentario (40%), atonía uterina 27 casos (28.4%), inserción baja de placenta en 8 casos (8.4%), desgarros de comisuras en 7 casos (7.3%), hematoma intraligamentario 4 casos (4.2%), miomatosis uterina en 3 casos (3.1%), útero de Couvelaire en 3 casos (3.1%), endometritis crónica en 2 casos (2.1%), perforación uterina en 1 caso (1.05%), 1 caso de placenta previa ( 1.05). y 1 caso de mola persistente sangrante (1.05%).

Solo un caso se reportó como cirugía programada (1.05%) y 94 casos fueron cirugías de urgencia.(98.9%). 20 pacientes requirieron de un segundo procedimiento quirúrgico (21%), y 3 pacientes requirieron de un tercer procedimiento quirúrgico(3.1%). Se reportaron complicaciones en 55 pacientes, de las cuales 28 casos tuvieron complicaciones inmediatas (29.4%) y 54 pacientes complicaciones tardías ( 56.8%). Se reportó un ingreso a la UCIA de 18 casos ( 18.9%) y 11 casos de muerte materna (11.5%), de éstos 6 casos correspondieron a acretismo placentario (54.5%), 4 casos con atonía uterina (36.3), y 1 caso de embarazo molar persistente con choque hipovolémico (9%),

## INTRODUCCION.

La histerectomía obstétrica ha sido uno de los procedimientos más complejos y polémicos desde que se publicaron los primeros casos.

La histerectomía obstétrica se ha desarrollado como un procedimiento para salvar la vida de la paciente posterior a un evento obstétrico, desde la aparición de la primera histerectomía obstétrica con éxito en 1876 por Porro dicha cirugía se reservó solo para una hemorragia incontrolable.(1)

Con la llegada de los antimicrobianos, la relativa seguridad para transfundir sangre y la mejoría en los procedimientos anestésicos se favorecieron los procedimientos en los años de 1940. Estos desarrollos obviamente aumentaron las indicaciones de todas las operaciones electivas incluyendo a la cesárea-histerectomía, en las siguientes dos décadas incluso la histerectomía obstétrica se eligió como un método de esterilización. Para los años 1970 y 1980 las publicaciones reflejaron una actitud adversa a la operación electiva y desde entonces la histerectomía obstétrica se reserva solo para casos de emergencia y con el fin de preservar la vida de las mujeres en situaciones de urgencia.(2,3)

Por definición la histerectomía obstétrica es la extirpación de el útero después de un evento obstétrico, ya sea aborto, parto o cesárea. Etimológicamente hablando, la palabra histerectomía se forma de dos raíces griegas "isteros" igual a útero y "ectomía" que significa extirpación, en base a ésta definición y considerando el momento de su realización, la histerectomía por complicaciones obstétricas se refiere a tres eventos: histerectomía post legrado, histerectomía post parto, cesárea-histerectomía e histerectomía en bloque.(4)

La histerectomía obstétrica actualmente se considera como un procedimiento que se utiliza para salvar la vida de una mujer a causa principalmente de hemorragia la cual actualmente

es la primera causa de mortalidad materna en nuestro país, representando el 25% del número total de muertes. (5,6).

Actualmente la literatura tiene como indicaciones absolutas de histerectomía obstétrica al acretismo placentario, ruptura uterina, atonía uterina, el sangrado de el lecho placentario, hemorragia uterina incontrolable, desgarro de las comisuras, útero infiltrado ( de Couvelaire) . Otras indicaciones relativas pudieran ser la patología asociada a la pelvis en el momento de el término de el embarazo.( miomatosis uterina, CaCu, o infecciones uterinas severas etc...) (7,8).

En la literatura mundial se ha reportado por orden de frecuencia las causas de histerectomía obstétrica siendo la primera debido a acretismo placentario, posteriormente la atonía uterina, placenta previa, sangrado de el lecho placentario, ruptura uterina, desgarro de comisuras, útero de Couvelaire etc... (9, 10)

La atonía uterina es la incapacidad de el útero para mantener contracciones suficientes para cortar el aporte sanguíneo arterial y producir la hemostasia; la causa de ésta incapacidad es el agotamiento de la fibra muscular uterina al final de el parto. Entre los factores predisponentes de ésta entidad se encuentran el trabajo de parto prolongado, macrosomía fetal polihidramnios, embarazo múltiple, amnioitis, multiparidad, uso de sulfato de magnesio, miomatosis uterina, útero de Couvelaire etc...(11)

En El caso de acretismo placentario ya están bien establecidos los factores de riesgo asociados como son antecedentes de cicatrices previas como el legrado uterino instrumentado o la cesárea , se ha demostrado que en ésta patología se pierde la capa de Nitabuch y por lo tanto la placenta realiza una invasión a las diferentes capas de el útero, e incluso llega a atravesarlo, por lo anterior el cirujano en el intento por realizar el alumbramiento lacera los vasos lo que lleva consigo una hemorragia incontrolable, la cuál únicamente cederá ante la realización de la histerectomía obstétrica. Los factores asociados a ésta patología son edad materna por arriba de 35 años, multiparidad, número de cicatrices previas uterinas y placenta previa, la importancia de las cicatrices uterinas

previas es muy importante de mencionar ya que el índice de cesáreas ha aumentado considerablemente en los últimos años reportándose en la literatura mundial con un índice de alrededor del 14% hasta en algunas instituciones de nuestro país siendo de un 45%.(12)

*La ruptura uterina es la solución de continuidad de la pared uterina, con expulsión de el producto, que pone en peligro la vida de la madre, el producto o ambos; ésta ruptura puede ser espontánea o traumática, total o parcial y los factores de riesgo relacionados son; la cirugía uterina previa, cesárea previa, gran multipara, uso de oxitocina, DPPNI, desproporción cefalopélvica, uso de fórceps, atención de parto pélvico e incluso iatrogénicas debido a el uso de presión externa (Kristeller). (13, ,14)*

La presencia de desgarros cervicales o vaginales que generalmente tienden a el sangrado intenso y difícil de control o incluso por prolongación de la histerectomía hacia los vasos uterinos con la formación de hematomas también son descritas como causas de histerectomía obstétrica.(13,14)

Debido a que generalmente la histerectomía obstétrica es una cirugía de urgencia se refieren complicaciones transoperatorias y postoperatorias importantes como el choque hipovolémico, la hemorragia, lesiones a órganos vecinos, ya sea vejiga o uretéros, por lo que se aumenta la necesidad de transfusiones, y aumentan los días de estancia intrahospitalaria e incluso la admisión a la unidad de cuidados intensivos.(15, 16,17)

Con el paso de los años la incidencia de cesárea ha aumentado y ha sido descrita en la literatura de los diferentes países con lo que se ha observado un aumento de la morbilidad en las pacientes con éste antecedente. La importancia de éstas revisiones al paso de el tiempo y cada vez con mayores conocimientos es la de identificar los factores de riesgo, para estar siempre alerta en caso de requerir una cirugía de urgencia. (18)

Evidentemente la evolución transquirúrgica y postquirúrgica de las pacientes ha mejorado sensiblemente gracias a la amplia gama de antibióticos, la disponibilidad de sangre y sus

derivados, la excelencia en el control anestésico y la posibilidad de una adecuada monitorización.(19)

Pero no se debe de perder de vista que las indicaciones de la histerectomía obstétrica están bien definidas y que el procedimiento como tal es un evento difícil y complicado por lo que solo debe limitarse a ser utilizada en los casos absolutamente necesarios.(3)

## **INCIDENCIA.**

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico poco frecuente cuya incidencia reportada en la literatura mundial varía entre un 0.2 a un 1.9%. Se menciona en la literatura que la incidencia varía o puede variar de acuerdo a los factores de riesgo reproductivos o características demográficas de las pacientes, y en el caso de países como el nuestro es similar encontrando en la literatura una incidencia desde 0,9 % a 1.72%. (20)

Así mismo se reporta que por orden de frecuencia las causas de histerectomía las cuales son acretismo placentario con un 42%, posteriormente la atonía uterina con un 25,5%, la ruptura uterina con un 17%, sangrado uterino inexplicable en un 15% siendo éstas las principales causas de histerectomía obstétrica pero encontrándose otras reportadas en menor frecuencia.(9)

## **FACTORES DE RIESGO.**

En la literatura se indica que hay varios factores que se conjugan y que por lo tanto van a ser encontrados en la misma paciente como lo son la edad, donde se dice que es más frecuente en la edad materna avanzada que es posterior a los 36 años, así como el número de gestaciones, ya que es poco frecuente encontrar pacientes con una sola gestación y que se haya culminado en una histerectomía obstétrica, lo más frecuente es que se encuentren de tres o más gestaciones como antecedentes obstétricos, además el número de cicatrices previas como lo son legrados previos o cesáreas, además de las indicaciones de los mismos,( placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera etc...) ya

que en la actualidad se refiere en la literatura que el antecedente de tener una cesárea es un factor de riesgo muy importante y como sabemos el índice de cesáreas ha ido incrementando en los últimos años, además sus complicaciones como desgarros, hemorragia o desgarros, pudiendo con estos procedimientos lesionar al endometrio y causar patología. (10)

### **INDICACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA.**

Las indicaciones de histerectomía obstétrica obviamente en la actualidad se han limitado a preservar la vida de las pacientes, principalmente debido a hemorragia intensa, por lo que depende de el diagnóstico y de la capacidad de el cirujano para detectar la patología y actuar de manera inmediata, así mismo de tomar la determinación oportuna de realización de dicho procedimiento.(8, 23)

Generalmente la histerectomía obstétrica es un procedimiento de urgencia, por lo que se ha visto que cerca de solo un 18 % son histerectomías programadas aproximadamente. (19)

Por lo anterior ante mayor cantidad de hemorragia o sangrado, se pueden y de hecho se presentan un mayor número de complicaciones, por lo que en muchas ocasiones el tiempo quirúrgico se eleva de manera importante.(16)

### **COMPLICACIONES**

Debido a la hemorragia intensa o a la dificultad de el mismo procedimiento quirúrgico y aunado a la gravedad y urgencia para realizar el procedimiento, se pueden presentar un gran número de complicaciones, las cuáles pueden ser inmediatas o tardías; las inmediatas como hipovolemia, lesión vesical, lesión uretral, sangrado postquirúrgico entre otras. Las complicaciones tardías como la anemia, el íleo mecánico, fistulas, abscesos de pared entre otras. (21,15)

También debido a la persistencia de el sangrado y el consecuente deterioro de la paciente aumenta la necesidad de un segundo procedimiento quirúrgico hasta en un 1% reportado en la literatura.(22)

Ligado a lo anterior descrito, el número de días de estancia intrahospitalaria aumenta cuanto más complicaciones existan en la paciente o su admisión a la unidad de cuidados intensivos.

## **MORTALIDAD.**

La principal causa de mortalidad materna en el mundo y en nuestro país es la hemorragia siendo reportada como la responsable de hasta el 25% del número total de muertes, dentro de la hemorragia obstétrica, la hemorragia postparto es la más frecuente, representando en 75% de los casos de puerperio patológico. (23)

La mortalidad se relaciona principalmente con la cantidad de sangrado reportada, es bien sabido que la paciente obstétrica presenta cambios fisiológicos que hacen que el flujo sanguíneo de un útero gestante aumente y profunda a una velocidad de 500 a 700 ml por minuto. En un procedimiento como lo es la cesárea se pierde aproximadamente 800 a 1000 cc en promedio, es de esperarse que ante una complicación la cantidad de sangrado aumente.(23)

Actualmente la literatura de nuestro país presenta una incidencia del 1.1 % hasta el 10.7%. (3, 19) y de 0.8% en la literatura mundial.(10)

## **OBJETIVO GENERAL.**

Analizar en un estudio retrospectivo de tres años en el hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" la frecuencia de histerectomía obstétrica, indicaciones, tratamiento y complicaciones en un periodo comprendido del 1° de septiembre de 1998 a 1° de septiembre de 2001.

## **HIPÓTESIS.**

Analizar si la frecuencia de histerectomía obstétrica se ha incrementado directamente proporcional con el número de cicatrices uterinas previas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

En el hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo en el que se analizaron un total de 119 casos a los que se realizó histerectomía obstétrica, en un periodo comprendido de el 1° de septiembre de 1998 a el 1° de septiembre de 2001; se recabaron en el servicio de patología todos los reportes histopatológicos y se buscaron posteriormente los expedientes clínicos. De el total de pacientes solo se encontraron 95 expedientes que fueron los casos en estudio.

Se analizaron las características demográficas y la historia reproductiva de las pacientes, como la edad, número de gesta, número de cicatrices previas uterinas, ya sean legrados o cesáreas, la vía de nacimiento, la indicación de la histerectomía, si fue una cirugía de urgencia o programada, el tiempo quirúrgico y la necesidad de un segundo tiempo quirúrgico, el sangrado aproximado y transfusión, así como las complicaciones inmediatas y tardías, los días de estancia intrahospitalaria y la necesidad de admisión a la unidad de cuidados intensivos.

## **OBJETIVO GENERAL.**

Analizar en un estudio retrospectivo de tres años en el hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" la frecuencia de histerectomía obstétrica, indicaciones, tratamiento y complicaciones en un periodo comprendido del 1° de septiembre de 1998 a 1° de septiembre de 2001.

## **HIPÓTESIS.**

Analizar si la frecuencia de histerectomía obstétrica se ha incrementado directamente proporcional con el número de cicatrices uterinas previas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

En el hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo en el que se analizaron un total de 119 casos a los que se realizó histerectomía obstétrica, en un periodo comprendido de el 1° de septiembre de 1998 a el 1° de septiembre de 2001; se recabaron en el servicio de patología todos los reportes histopatológicos y se buscaron posteriormente los expedientes clínicos. De el total de pacientes solo se encontraron 95 expedientes que fueron los casos en estudio.

Se analizaron las características demográficas y la historia reproductiva de las pacientes, como la edad, número de gesta, número de cicatrices previas uterinas, ya sean legrados o cesáreas, la vía de nacimiento, la indicación de la histerectomía, si fue una cirugía de urgencia o programada, el tiempo quirúrgico y la necesidad de un segundo tiempo quirúrgico, el sangrado aproximado y transfusión, así como las complicaciones inmediatas y tardías, los días de estancia intrahospitalaria y la necesidad de admisión a la unidad de cuidados intensivos.

## **OBJETIVO GENERAL.**

Analizar en un estudio retrospectivo de tres años en el hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" la frecuencia de histerectomía obstétrica, indicaciones, tratamiento y complicaciones en un periodo comprendido del 1° de septiembre de 1998 a 1° de septiembre de 2001.

## **HIPÓTESIS.**

Analizar si la frecuencia de histerectomía obstétrica se ha incrementado directamente proporcional con el número de cicatrices uterinas previas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

En el hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo en el que se analizaron un total de 119 casos a los que se realizó histerectomía obstétrica, en un periodo comprendido de el 1° de septiembre de 1998 a el 1° de septiembre de 2001; se recabaron en el servicio de patología todos los reportes histopatológicos y se buscaron posteriormente los expedientes clínicos. De el total de pacientes solo se encontraron 95 expedientes que fueron los casos en estudio.

Se analizaron las características demográficas y la historia reproductiva de las pacientes, como la edad, número de gesta, número de cicatrices previas uterinas, ya sean legrados o cesáreas, la vía de nacimiento, la indicación de la histerectomía, si fue una cirugía de urgencia o programada, el tiempo quirúrgico y la necesidad de un segundo tiempo quirúrgico, el sangrado aproximado y transfusión, así como las complicaciones inmediatas y tardías, los días de estancia intrahospitalaria y la necesidad de admisión a la unidad de cuidados intensivos.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN.** Pacientes sometidas a histerectomía obstétrica con expediente clínico completo.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.** La falta de expediente o expediente incompleto

**DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.** Las variables que se consideraron importantes para este estudio son: la edad, el número de gestaciones, partos, abortos o cesáreas, el momento de realización de la histerectomía, la indicación preoperatoria, si fue una cirugía programada o de urgencia, la necesidad de tiempos quirúrgicos agregados, complicaciones, el sangrado transoperatorio y la cantidad de sangre transfundida, ingreso a UCIA, y las causas de muerte materna.

**MOMENTO DE REALIZACIÓN DE HISTERECTOMIA.** Se refiere la realización de la histerectomía al termino de que evento obstétrico como histerectomía post legrado, histerectomía post parto, cesárea – histerectomía e histerectomía en bloque.

**INDICACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA.** La causa que motivo a la realización de la histerectomía.

**TIEMPOS QUIRÚRGICOS AGREGADOS.** Se refiere al número de reintervenciones quirúrgicas a la misma paciente para realizar un nuevo procedimiento quirúrgico, y se dividió en uno, dos o tres tiempos quirúrgicos.

**COMPLICACIONES.** Se refiere a las complicaciones ocurridas secundarias a el evento quirúrgico.

**CHOQUE HIPOVOLEMICO.** Falla circulatoria, aguda en la cuál hay una disminución del flujo sanguíneo a órganos vitales debido a escases o distribución inadecuada del gasto cardíaco, falla de órganos vitales debido a un pobre aporte de oxígeno e intercambio metabólico a nivel del lecho vascular capilar.

**HEMORRAGIA OBSTETRICA.** Se le llama a el sangrado posterior a un evento obstétrico es mayor de 2000 ml.

**ANEMIA .** Es el descenso de la hemoglobina en tres gramos en un evento agudo..

## RESULTADOS

En los tres años de revisión se realizaron un total de 119 hysterectomías obstétricas de las cuales solo se encontraron 95 expedientes y se obtuvieron los siguientes resultados que se nombran a continuación.

La hysterectomía obstétrica en el hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" fue de 1.8 en 1000 N.V. Con respecto a la edad se encontró un promedio de 32.8 años, con una de 6.04 años, y en la distribución por grupos se encontró de 19 a 24 años = 13 casos (13.6%), de 25 a 30 años = 23 casos (24.2%), de 31 a 36 años = 33 casos (34.7%), y de 37 a 44 años = 26 casos (27.3%). Gráfica I

Número de gestaciones. 85 casos correspondían a multigestas (89.4%) y 10 casos a primigestas (10.5%).

Desglosado primigestas 10 casos (10.5%), dos gestas con 22 casos (23.1%), tres gestas con 21 casos (22.1%), cuatro gestas con 27 casos (28.4%), cinco gestas con 8 casos (8.4%), seis gestas con 6 casos (6.3%), y siete gestas con 1 caso (1.05%). Gráfica II

Del total de los 95 casos, 88 casos tenían una cicatriz uterina previa (92.6%) y 7 casos no tenían cicatriz uterina previa (7.3%). Del total de los 95 casos, 82 pacientes tenían una cesárea previa correspondiendo a un 86.3% y 13 pacientes sin antecedente de cesárea previa correspondiendo a un 13.6%. Así mismo pacientes con un LUI previo fueron 36 casos (37.8%), y sin LUI 59 casos (62.1%). Gráfica III

Del total de casos la hysterectomía post parto se presentó en 4 casos (4.42%), la hysterectomía posterior a una cesárea 89 pacientes (93.68%), solo un caso de hysterectomía en bloque (1.05%) debida ésta última a embarazo de 19 semanas con producto anencéfalo y placenta previa central total, y un caso de hysterectomía post legrado (1.05%). Gráfica IV

Dentro de las indicaciones para la realización de la histerectomía obstétrica tenemos al acretismo placentario con 50 casos, atonía uterina en 26 casos, desgarro de comisuras con 6 casos, hematoma intraligamentario con 4 casos, inserción baja de placenta con 3 casos, útero de Couvelaire con 2 casos, miomatosis uterina con 1 caso, sangrado del lecho placentario con 1 caso, mola persistente sangrante con 1 caso, y perforación uterina con 1 caso.

La correlación histopatológica fue en 38 casos de acretismo placentario (40%), inserción baja de placenta 8 casos (8.4%), desgarros de comisuras en 7 casos (7.3%), hematoma intraligamentario en 4 casos (4.2%), miomatosis uterina en 3 casos (3.1%), útero de Couvelaire en 3 casos (3.1%), endometritis crónica en 2 casos (2.1%), perforación uterina en 1 caso (1.05%), y 1 caso de placenta previa (1.05%), y mola persistente sangrante en un caso (1.05%), por lo que el resto se considero atonía uterina siendo 27 casos ( 28.4%).

Tabla I

En relación a los resultados anteriores descritos, solo un caso ( 1.05%) fue programada para histerectomía en bloque, el resto (98.9%) fue una cirugía de urgencia.

Un total de 20 pacientes requirió de un segundo procedimiento quirúrgico correspondiente a un 21 %. De los cuales se realizaron los siguientes procedimientos ligadura de hipogástricas en 10 casos ( 10.5%), ligadura de pedículos sangrantes en 4 casos ( 4.2%), técnicas de empaquetamiento abdominal en 8 casos ( 8.4%), y solo tres casos ameritaron un tercer evento quirúrgico correspondiente a un (3.1%). (Gráfica V).

Cincuenta y cinco pacientes presentaron complicaciones, 28 casos fueron inmediatas y en 54 casos fueron tardías, en forma global y por frecuencia la anemia en 50 casos (90.9), choque hipovolémico 27 casos (49), un caso presentó lesión vesical (1.8%), un caso se presentó insuficiencia renal (1.8%), un caso SIRPA (1.8%), un caso con síndrome febril y absceso de pared ( 1.8%), un caso de íleo mecánico (1.8%), y un caso de neumonía por aspiración (1.8%). Gráfica VI

En cuanto a la cantidad de sangrado trasoperatorio o total de el o los eventos quirúrgicos realizados a cada paciente tenemos un promedio de 2631 ml con una DE de 1816 ml.

En 78 casos se realizó transfusión sanguínea a causa de la hemorragia (86.6%) en el resto no se realizó transfusión sanguínea.

La cantidad de sangre transfundida fue un promedio de 836 ml +- 698 ml. En cuanto a el tiempo quirúrgico se tuvo un promedio de 149 minutos +- 46 minutos.

Diez y ocho pacientes requirieron el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (18.9%). Se presentaron 11 casos de muerte materna correspondiente a un 11.5%, y el acretismo placentario correspondió a 6 casos, de los cuáles una paciente no permitió transfusión; 4 casos a atonía uterina , y 1 caso a mola persistente sangrante .Gráfica VII

## COMENTARIO

El desarrollo inicial de el tema de histerectomía obstétrica está originado por la inquietud de que la hipovolemia ha sobrepasado a la preeclampsia como primera causa de muerte materna en éste hospital.

La incidencia de esta operación fue de un 1.8 en 1000 N.V, en nuestro hospital la cual es similar a otras publicaciones en nuestro país de las mismas características por ser un hospital de concentración. (3 ) La incidencia de la histerectomía a nivel mundial se reporta entre 0.2 y 1.9%. (20).

En cuanto a los factores de riesgo vale la pena mencionar que ésta operación fue más frecuente en la cuarta década de la vida (31 a 36 años), la mayor frecuencia se presenta en pacientes con 4 o más gestas; estos hallazgos también son descritos por otros autores. (12)

Es de llamar la atención el antecedente de tener cesárea anterior el cual actualmente es un factor de riesgo significativo, ya que se reporta en la literatura que un porcentaje alto de las pacientes que terminan en histerectomía obstétrica tienen este evento y lo reportan de entre un 66 % a un 94% (8, 10) en nuestro estudio fue de un 93%.

Se reportó solo un caso como cirugía programada para histerectomía obstétrica correspondiendo a el 1.05% la literatura indica hasta en 18% de cirugías programadas lo que nos hace pensar que tal vez la cirugía indicada o sospechada no se refleja en los diagnósticos preoperatorios y de ahí también la importancia debido a que surgen un mayor número de complicaciones. (19)

El acretismo placentario sigue siendo la primera causa de histerectomía obstétrica tanto en este estudio como la reportada en la literatura mundial y en nuestro país (3,8,10)

Se reporta a nivel mundial la necesidad de un segundo procedimiento quirúrgico en solo un 0.7 a un 1%, en nuestro estudio las pacientes requirieron de un segundo o tercer procedimiento quirúrgico, en un 21% y 3% respectivamente lo cual nos sugiere que se debe tener mayor acuosidad al realizar ésta cirugía y realizar una adecuada hemostasia.(3,8)

Se encontró una diferencia en cuanto a el reporte de las diferentes complicaciones debido a ésta cirugía como es el daño ureteral y/o vesical que en nuestro estudio fue de un 1.05% y en reportes nacionales de 5.4%, hasta un 9% a nivel mundial (8,9) El absceso de pared se reporta hasta en un 50% de los casos y en nuestro estudio solo fue solo de un 1.05% la transfusión sanguínea se ha reportado en frecuencias similares, lo cual no deja de sorprendernos ya que la frecuencia es muy alta de un 51 a 66 % hasta 84% a 94% a nivel nacional e incluso mundial (4, 9, 17), en nuestro estudio fue de un 82%. Otros reportes informen que el síndrome febril se presenta en un 30 a 40 % de los casos y en nuestro estudio fue solo de un 1.05%. El resto de las complicaciones tienen un porcentaje similar a la literatura nacional y mundial

El aspecto más importante a destacar es el de que la mortalidad materna reportada en nuestro estudio es de un 11%, ya que la literatura nacional reporta un 1.1% hasta un 4.5% (1,3) y la mundial solo de 0.8 a un 4.5%. (10)

## CONCLUSIONES

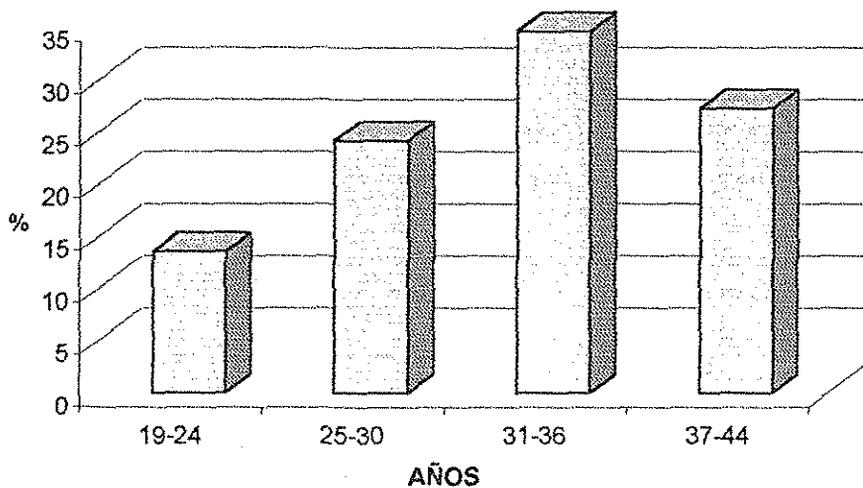
La histerectomía obstétrica sigue siendo una cirugía urgente y técnicamente difícil, la cual presenta como factores de riesgo la edad, paridad, pero sobre todo el antecedente de cesárea previa el cuál es el mayor factor de riesgo significativo.

Afortunadamente la morbilidad en este estudio es poca comparada con el resto de la literatura nacional y mundial; sin embargo se tuvo que realizar un segundo procedimiento quirúrgico en el 21 % de nuestras pacientes.

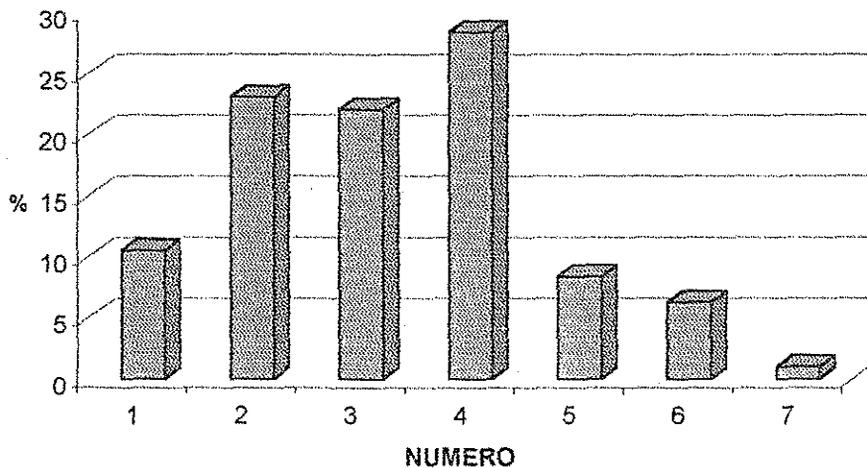
Llama la atención nuestra alta mortalidad de 11.8% que quisiéramos explicarlo por la alta frecuencia de acretismo placentario, sin duda hay que incrementar la tecnología actual como el Doppler color, tomografía computarizada, imagen ecosonográficas y así poder estrar a éstas cirugías tomando todas las providencias necesarias, pero principalmente equipo quirúrgico con experiencia.

# ANEXOS

GRAFICA I: EDAD

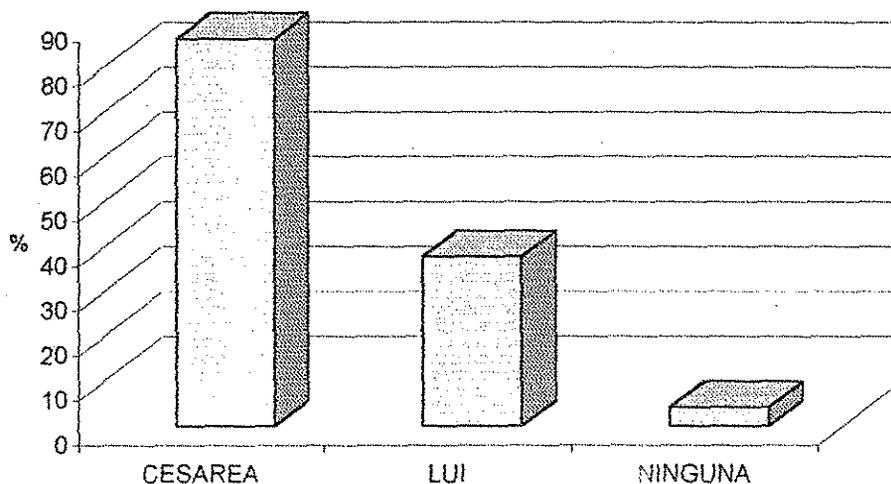
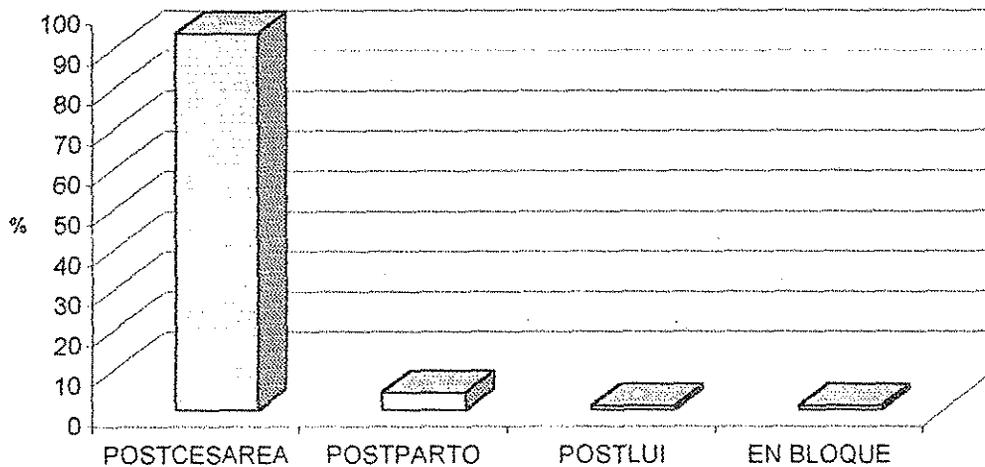


GRAFICA II: GESTACIONES



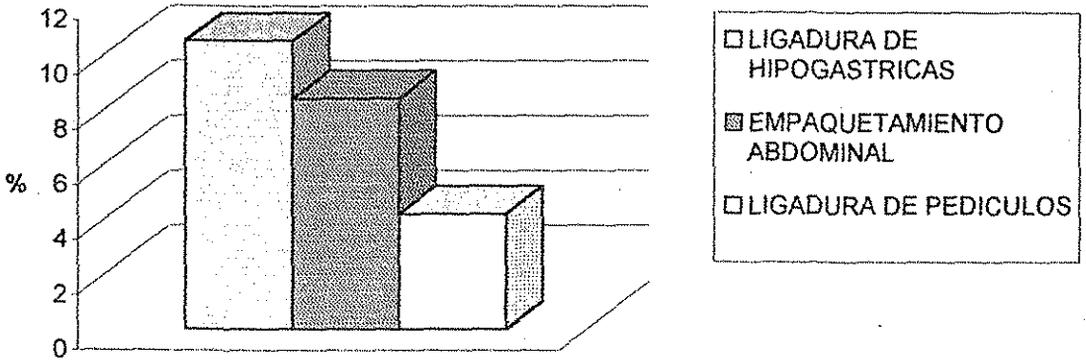
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

ESTA TESIS NO SALA  
DE LA BIBLIOTECA

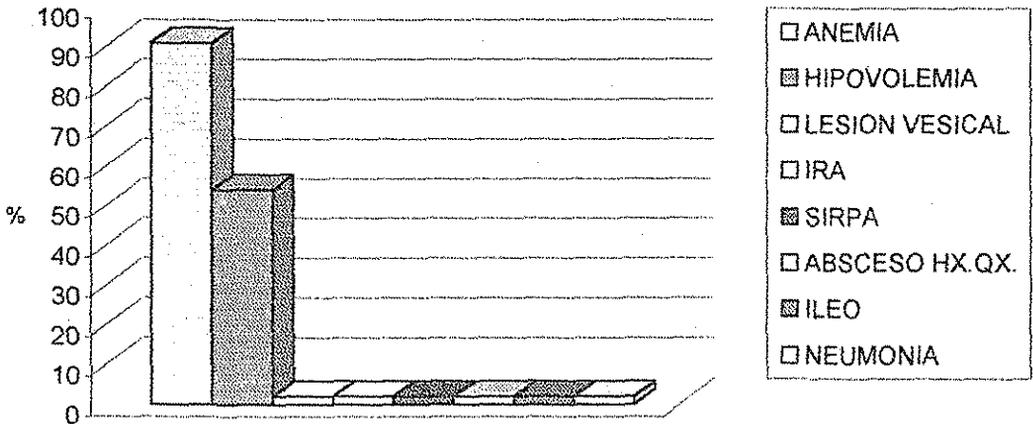
**GRAFICA III: CICATRIZ UTERINA PREVIA****GRAFICA IV: TIPO DE HISTERECTOMIA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### GRAFICA V: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AGREGADOS

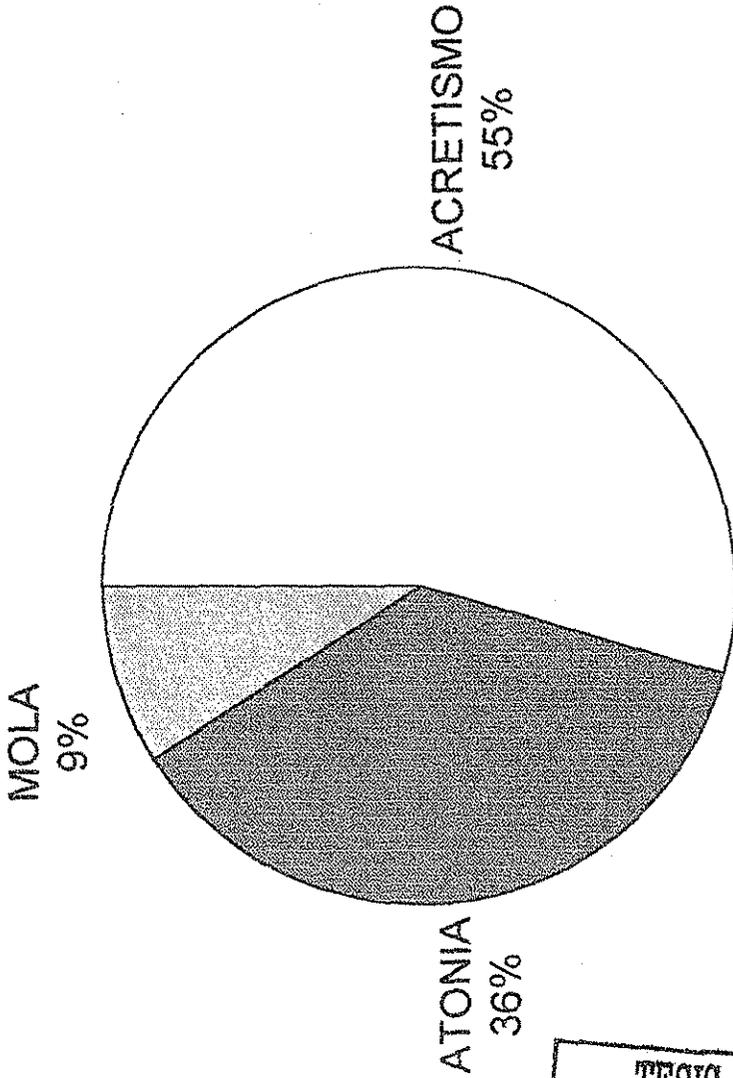


### GRAFICA VI: COMPLICACIONES



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA VII: MUERTE MATERNA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA I: CONCORDANCIA DEL DX CLINICO-PATOLOGICO

DIAGNÓSTICO	POSTQUIRÚRGICO N (%)	HISTOPATOLÓGICO N (%)
ACRETISMO PLACENTARIO	50 (52.6)	38 (40)
ATONIA UTERINA	26 (27.3)	27 (28.4)
DESGARRO DE COMISURA	6 (6.3)	7 (7.3)
IBP	3 (3.1)	8 (8.4)
HEMATOMA LIGAMENTARIO	4 (4.2)	4 (4.2)
MIOMATOSIS	1 (1)	3 (3.1)
UTERO DE COUVELAIRE	2 (2.1)	3 (3.1)
ENDOMETRITIS	0	2 (2.1)
PERFORACIÓN UTERINA	1 (1)	1 (1)
PLACENTA PREVIA	0	1 (1)
SANGRADO DEL LECHO PLACENTARIO	1 (1)	0
MOLA	1 (1)	1 (1)

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Uribe, Elias, Acosta et al. La histerectomía obstétrica. *Gin Obst de México*. 1996, 64:338-42.
2. Gonsoulin W, Kennedy RT, Guidry KH. Elective versus emergency cesarean hysterectomy cases in residency program setting; a review of 129 cases from 1984 to 1988. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165 (1):91-94.
3. Quesnel GB, et al. Histerectomía Obstetrica. Revisión de 675 casos en el Instituto Nacional de Perinatología. *Gineco Obst Mex* 1997; 65:119-124.
4. Zelop CM, Harlow BL, Frogoletto FD. Emergency peripartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168 (5): 1443-8.
5. Giwa-Osagie OF, Uguru V, Akinla O. Mortality and morbidity of emergency obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynaecol* 1993; 4: 94.
6. Yancey MK, Harlass FE, Benson W, Brady K. The perioperative morbidity of scheduled cesarean hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1993;81: 206.
7. Bakshi S. Indications for and outcomes of emergency peripartum hysterectomy. A five-year review. *J Reprod Med* 2000;45(9);733-7.
8. Baker ER, D'Alton ME. Cesarean section birth and cesarean hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol* 1994;37:806.
9. Zorlu CG, Turam C, Isik AZ et al. Emergency hysterectomy in modern obstetric practice. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:186-90.
10. Lorraine M, Stanco MD, Schrimmer B et al. emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168: 879-83.
11. Anderson GM, Lomas J. Determinants of the increasing cesarean birth rate. *N. England J Med* 1994;311:887.
12. Miller D, Cholet J y Goddwin M. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:210-4.
13. Evans LC, Combs CA. Increased maternal morbidity after cesarean delivery before 28 weeks of gestation. *Int J Gynecol Obstet* 1993;81:206.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

14. Zanconato G, Manchungo F, Soler A. Audit of uterine rupture: A ytool for assessment of obstetric care. *Gynecol Obstet Invest* 1994;38:151.
15. Buchholz NP, Daly-Grandeau E, Huber-Buchholz et al. Urological complications associated with cesarean section. *Eur J Gynecol* 1994;56:161.
16. Clark SL, Phelan JP. Intraoperative complications. Uterine hemorrhage in cesarean delivery. *Amsterdam : El sevier*;1991; 2: 61.
17. Castañeda SJ. Peripartun hysterectomy *J Perinatol Med* 2000;28 (6):472 –81.
18. Bey MA, Pastorek JG, Lu PY et al. Comparison of morbidity in cesarean section hysterectomy versus cesarean section Hysterectomy versus cesarean section tubal ligation. *Surg Gynecol Obstet.* 1993; 177:357.
19. Seago D, Roberts MD, Johnson KV et al. Planned cesarean hysterectomy: A preferred alternative to separate operations. *Obstet Gynecol* 1999;180 :1385 – 93.
20. Ahued Ahued RJ, et al. Ginecología y obstetricia aplicadas. Histerectomía por causas obstétricas. 50 congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia.2000:197-199.
21. Clark SL, Yeh SH, Pelan JP, et al. Emergency hysterectomy for the control of obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1992;64:376.
22. Maier RC. Control of postpartum hemorrhage with uterine packing. *A Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:317-21.
23. Drife J. Management of primary postpartum hemorrhage. *B J Obstet Gynaecol* 1997;104:275-277.