

11217

162

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNÁNDEZ FIERRO
ISSSTE**

**HISTERECTOMÍA OBSTETRICA. ESTUDIO
RETROSPECTIVO
EN EL HOSPITAL GENERAL DR. DARIO
FERNÁNDEZ FIERRO**

TESIS

**PARA OBTENER ÉL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

DRA. ROCIO MEDRANO ARELLANO

MÉXICO, D. F.

2002





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

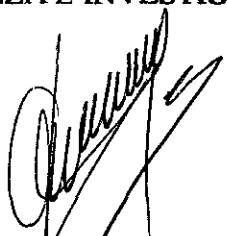
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

AUTORIZACIONES

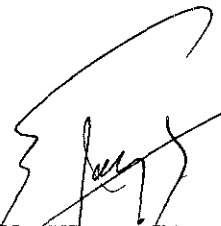
INSTITUTO VENEZOLANO DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
CARACAS, VENEZUELA



DR. ROBERTO CRUZ PONCE
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS
COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA
TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DR. JORGE JUÁREZ VAZQUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



I. S. S. E. I. E.
SUBDIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL

★ OCT 2 2002 ★



DRA. MARTHA GABRIELA GARCIA SALDOVAL
ASESORA DE TESIS

DR. CARLO FERNANDEZ F
JEFATURA DE ENSEÑANZA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

1 - MARCO TEORICO:

A) DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	1
B) INTRODUCCIÓN	1
C) DEFINICIÓN	2
D) ANTECEDENTES HISTORICOS	3
E) EPIDEMIOLOGIA	3
F) INDICACIONES	5
G) TÉCNICA QUIRÚRGICA	5
H) COMPLICACIONES	6
2 -JUSTIFICACION.	7
3 -HIPOTESIS	7
4 -OBJETIVO GENERAL	7
5 -OBJETIVOS ESPECIFICOS.	8
6 -MATERIAL Y METODOS.	8
7 -RESULTADOS.	11
8 -CONCLUSION	13
9 -GRAFICAS.	14
10 - REFERENCIAS	26

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**HISTERECTOMÍA OBSTETRICA. ESTUDIO RETROSPECTIVO
EN EL HOSPITAL GENERAL
DR. DARIO FERNÁNDEZ FIERRO**

MARCO TEORICO

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Al saber: ¿Cuál es la incidencia y asociación de complicaciones que durante el estado grávido, puerperal condicionan la realización de histerectomía obstétrica? Se podrán establecer estrategias para disminuir las complicaciones y mortalidad maternas

ANTECEDENTES

INTRODUCCIÓN

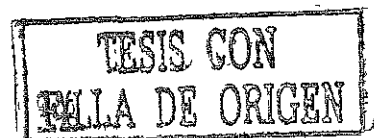
La cirugía obstétrica moderna, las técnicas de asepsia y antisepsia, disponibilidad absoluta de sangre y sus derivados, mejor atención hospitalaria para el postoperatorio, adecuada atención anestésica, el mejor manejo de agentes oxitócicos y sus derivados, han permitido la ampliación a las indicaciones de la histerectomía obstétrica, así como la disminución en cuanto a la morbilidad y mortalidad ⁶ Evidentemente, la evolución quirúrgica y posquirúrgica de las pacientes ha mejorado notablemente, gracias a la amplia gama de antibióticos, la posibilidad de transfusión, la



depuración de la técnica y las ventajas de los anestésicos utilizados Sin embargo no se debe olvidar que es una cirugía mutilante y técnicamente compleja, que repercute de manera definitiva en la estructura, funcionalidad, responsabilidad psicológica, motivacional e incluso estilos de vida en la mujer que es sometida al procedimiento para salvar su vida, por lo que su realización debe limitarse sólo a las indicaciones relativas y absolutas ^{1, 2} Debemos agotar los recursos conservadores: taponamiento vaginal, cleisis quirúrgica, goteo oxitócico, restablecer la coagulabilidad de la sangre ^{12, 14, 21}

DEFINICIÓN

La histerectomía obstétrica es la extirpación del útero después de un aborto, un parto o una cesárea, es un procedimiento quirúrgico que tiene varias indicaciones y que con frecuencia constituye un factor importante que puede salvar la vida de una mujer ^{9, 16} Hay que realizar una diferencia entre los términos de histerectomía obstétrica y cesárea histerectomía; el primero se refiere a la histerectomía post-parto, post-aborto o post-cesárea, tiene un periodo más o menos corto, pero en dos actos quirúrgicos diferentes y con procedimientos anestésicos diferentes El término de cesárea histerectomía corresponde a la realización de una histerectomía posterior a una cesárea en un mismo procedimiento tanto quirúrgico como anestésico ^{1, 6}



ANTECEDENTES HISTORICOS

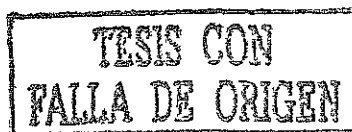
La primera cesárea histerectomía fue descrita por Horacio Robinsón Stoerer el 21 de julio de 1868 en la ciudad de Boston, en el caso de una paciente con hemorragia abundante y útero miomatoso, que finalmente la operación no impidió la muerte de la madre y el producto ⁶

No fue sino hasta el 21 de mayo de 1876 que se efectuó la primera cesárea histerectomía con éxito tanto para la madre como para el producto, dicha operación se debe a Eduardo Porro de Viena, desde esa fecha se conoce a la cesárea histerectomía como operación de Porro ^{4, 6} La primera publicación del tema de histerectomía obstétrica fue realizada en 1883 En México, la primera cesárea histerectomía fue realizada el 12 de marzo de 1884, en la cual la madre falleció y el producto sobrevivió y en 1904 se realizó la primera histerectomía con éxito en México ⁶

EPIDEMIOLOGIA

El sangrado de origen genital constituye aún la primera causa de muerte de mujeres en edad reproductiva, la histerectomía que se realiza en un segundo tiempo quirúrgico, posterior a un evento obstétrico y de manera no planeada, es un recurso terapéutico vigente ¹

La mortalidad de la histerectomía obstétrica va en relación con varios factores: las indicaciones del acto quirúrgico, el estado general previo de la



paciente, tipo de cirugía efectuado (total o subtotal) la capacidad y experiencia del cirujano y finalmente los elementos hospitalarios^{2, 11}

El perfil de riesgo de una mujer que pudiera ser sometida a histerectomía obstétrica actualmente es: la edad de la mujer entre la tercera década que la paridad sea alrededor de tres gestas , la existencia de cesárea repetida y un embarazo cercano al termino y calificado como de alto riesgo con alguna complicación concomitante: Toxemia, sangrado del tercer trimestre, ruptura prematura de membranas y se agregaría ; bajo crecimiento, menor motilidad fetal y padecimientos sistémicos intercurrentes como infecciones de vías urinarias. Este perfil se complementaria con la persistente presencia del sangrado, el traumatismo, la atonía uterina y la infección como patología del puerperio^{1, 19}

La frecuencia de esta operación obstétrica varía del 0.16, 0.26 al 0 50 hasta 6 % en diversas series publicadas y relacionadas con él numero de partos¹

Factores que pueden predisponer a atonía uterina: sobre distensión uterina, trabajo de parto prolongado, embolia de liquido amniótico, anestesia general, óbito, multiparidad, corioamnioitis, leiomiomas intramurales y submucosos, parto precipitado, útero de Couvalaire, desprendimiento prematuro de placenta^{9, 24}

INDICACIONES

Se pueden dividir en tres grandes grupos:

1 - urgencia o absoluta: hemorragia, atonía uterina, útero de Couvelaire con atonía uterina, ruptura uterina no reparable, dehiscencia de cicatriz previa, adherencia anormal de la placenta (acretismo, incretismo o percretismo placentario), laceración uterina durante la cesárea ^{2, 3, 6, 9, 10, 15, 16, 17, 19, 23}

2 -relativas o no de urgencias: tumores uterinos ¹³, como miomatosis uterina y cáncer del cervix uterino, ciertos grados de displasia, cicatriz uterina en número excesivo en mal estado y problemas de corioamnioitis o sepsis, en patología del trofoblasto, tumores ováricos, endometriosis pélvica grave ^{2, 6, 16}

3 -electiva: cesáreas de repetición, histerectomía con fines de esterilización definitiva

y problemas secundarios como cardiopatía, neumopatía o problemas psiquiátricos ⁶

TÉCNICA QUIRÚRGICA

HISTERECTOMÍA TOTAL: Esta indicada cuando el cervix está participando del problema (tumores cervicales, ruptura uterina que involucra el cuello, procesos infecciosos, acretismo placentario en el segmento) Las ventajas de la técnica: evita la dispareunía residual, posibilidad del prolapso del muñón, hace profilaxis del cacu y procesos inflamatorios posteriores ²¹

HISTERECTOMÍA SUBTOTAL: Sólo se extirpa el cuerpo después de la ligadura de los pedículos uterinos. Sus indicaciones son: básicamente en pacientes graves y/o limitaciones técnicas para practicar histerectomía total

16

COMPLICACIONES

Las complicaciones que se pueden presentar durante la histerectomía obstétrica podemos dividir las en dos grupos:

1 - Secundarias al acto quirúrgico: hemorragia operatoria (por grandes despegamientos laceración o despulimiento), la histerectomía por sí misma puede presentar una pérdida de sangre de 2 litros, laceraciones vesicales cuando se repara la vejiga del segmento uterino inferior a la realización de la cesárea, lesión uretral (puede ocurrir por pinzas situadas incorrectamente, por la ligadura de los grandes vasos en el ángulo uterino, por sutura profunda para reparar desgarros de la pared uterina lateral) ^{16 23}, fistulas (vesicovaginales, ureterovaginales, rectovaginales), eventos tromboembólicos, CID, falla orgánica múltiple, mortalidad materna ^{1,2,7}.

2 - complicaciones postoperatorias: infección de vías urinarias, hematomas, infección de cúpula vaginal y problemas respiratorios ².

JUSTIFICACIÓN

Al analizar la histerectomía en el estado grávido, puerperal durante la resolución de los problemas que la patología del embarazo, parto y puerperio determinan, así como la asociación de las diversas complicaciones que durante el estado grávido, puerperal condicionan la realización de dicho procedimiento para así disminuir la morbilidad y mortalidad materna. Es importante determinar la incidencia, magnitud del problema, factores de riesgo asociados, para que en base a las experiencias obtenidas se puedan normar criterios para la realización de dicho procedimiento.

HIPÓTESIS

Si se identifican factores de riesgo que condicionan la realización de histerectomía obstétrica así como la incidencia, se podrán establecer criterios para la realización del procedimiento y evitar complicaciones.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la histerectomía en el estado grávido, puerperal durante la resolución de los problemas que la patología del embarazo, parto y puerperio determinan, así como la realización de dicho procedimiento para así poder disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

JUSTIFICACIÓN

Al analizar la histerectomía en el estado grávido, puerperal durante la resolución de los problemas que la patología del embarazo, parto y puerperio determinan, así como la asociación de las diversas complicaciones que durante el estado grávido, puerperal condicionan la realización de dicho procedimiento para así disminuir la morbilidad y mortalidad materna. Es importante determinar la incidencia, magnitud del problema, factores de riesgo asociados, para que en base a las experiencias obtenidas se puedan normar criterios para la realización de dicho procedimiento.

HIPÓTESIS

Si se identifican factores de riesgo que condicionan la realización de histerectomía obstétrica así como la incidencia, se podrán establecer criterios para la realización del procedimiento y evitar complicaciones.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la histerectomía en el estado grávido, puerperal durante la resolución de los problemas que la patología del embarazo, parto y puerperio determinan, así como la realización de dicho procedimiento para así poder disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

JUSTIFICACIÓN

Al analizar la histerectomía en el estado grávido, puerperal durante la resolución de los problemas que la patología del embarazo, parto y puerperio determinan, así como la asociación de las diversas complicaciones que durante el estado grávido, puerperal condicionan la realización de dicho procedimiento para así disminuir la morbilidad y mortalidad materna. Es importante determinar la incidencia, magnitud del problema, factores de riesgo asociados, para que en base a las experiencias obtenidas se puedan normar criterios para la realización de dicho procedimiento.

HIPÓTESIS

Si se identifican factores de riesgo que condicionan la realización de histerectomía obstétrica así como la incidencia, se podrán establecer criterios para la realización del procedimiento y evitar complicaciones.

OBJETIVO GENERAL

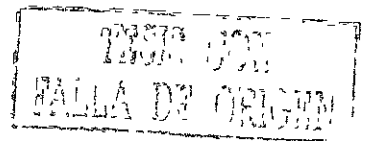
Analizar la histerectomía en el estado grávido, puerperal durante la resolución de los problemas que la patología del embarazo, parto y puerperio determinan, así como la realización de dicho procedimiento para así poder disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 - Conocer la incidencia de histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr Darío Fernández Fierro en el periodo del 1 de agosto de 1999 al 31 de julio del 2002
- 2 - Detectar las complicaciones que durante el estado grávido, puerperal condicionan la realización del procedimiento
- 3 - Conocer las indicaciones para la realización de la histerectomía obstétrica.
- 4 - Identificar grupo de edad más afectado
- 5 - conocer técnica utilizada y tiempo quirúrgico
- 6 - Detectar las complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas más frecuentes de la histerectomía obstétrica y la utilización de sangre y sus derivados
- 7 - conocer los días de estancia intra hospitalaria que conlleva el procedimiento

MATERIAL Y METODOS

Se realiza estudio, retrospectivo, descriptivo y analítico acerca de la histerectomía obstétrica en pacientes del Hospital General Dr Darío Fernández Fierro, analizando los expedientes de pacientes a las cuales se realizo histerectomía obstétrica en el periodo del 1 de agosto de 1999 al 31 de julio del 2002. Analizando las siguientes variables: edad, antecedentes gineco-obstétricos de importancia para el problema, indicación quirúrgica, complicaciones operatorias y postoperatorias, utilización de sangre y sus

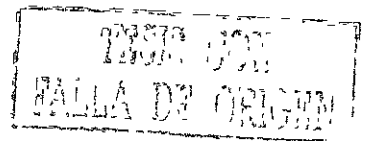


OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 - Conocer la incidencia de histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr Darío Fernández Fierro en el periodo del 1 de agosto de 1999 al 31 de julio del 2002
- 2 - Detectar las complicaciones que durante el estado grávido, puerperal condicionan la realización del procedimiento
- 3 - Conocer las indicaciones para la realización de la histerectomía obstétrica.
- 4 - Identificar grupo de edad más afectado
- 5 - conocer técnica utilizada y tiempo quirúrgico
- 6 - Detectar las complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas más frecuentes de la histerectomía obstétrica y la utilización de sangre y sus derivados
- 7 - conocer los días de estancia intra hospitalaria que conlleva el procedimiento

MATERIAL Y METODOS

Se realiza estudio, retrospectivo, descriptivo y analítico acerca de la histerectomía obstétrica en pacientes del Hospital General Dr Darío Fernández Fierro, analizando los expedientes de pacientes a las cuales se realizo histerectomía obstétrica en el periodo del 1 de agosto de 1999 al 31 de julio del 2002. Analizando las siguientes variables: edad, antecedentes gineco-obstétricos de importancia para el problema, indicación quirúrgica, complicaciones operatorias y postoperatorias, utilización de sangre y sus



derivados, antibióticos, días de estancia intra hospitalaria y mortalidad materna

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Pacientes del Hospital General Dr Darío Fernández Fierro a las cuales se les realizo

histerectomía obstétrica en el período del 1 de agosto de 1999 al 31 de julio del 2002

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Toda paciente a la que se le realizo histerectomía obstétrica en el Hospital general Dr Darío Fernández Fierro en el período del 1 de agosto de 1999 al 31 julio del 2002

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Expedientes incompletos para obtener la información necesaria para analizar las variables establecidas



DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

Se analizaran las variables utilizando medidas de tendencia central, estadística descriptiva

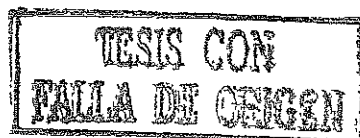
DEFINICIÓN DEL PLAN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utiliza programa estadístico EXCEL, SPSS para el procesamiento de datos.

Recolección de datos en formato (anexo 1), computo por medio de paloteo, presentación tabular y grafica

RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Sin riesgo.



RESULTADOS

Durante el período de estudio se registraron un total de partos 4259 y 16 casos de histerectomía obstétrica.

La incidencia de histerectomía obstétrica en relación al número de partos fue de 3.75 por cada 1000 partos y de 0.375 %

La edad promedio fue 32 años \pm 4.49 ($r=24-39$), siendo más frecuente en el grupo de 31 a 35 años.

La paridad promedio fue 3.18 \pm 1.16 ($r = 1-5$), con antecedente de cesárea en el 50 % de los casos, en promedio de cesáreas de 1.75 \pm 0.70 ($r = 1-3$)

La edad gestacional en que se interrumpió el embarazo fue: antes de las 20 semanas de gestación 2 casos (12.5 %), de las 21-27 semanas 0, de las 28 a las 36 semanas 4 (25 %), de las 37 a las 40 semanas 9 (56.2 %), más de 40 semanas 1 (6.25%).

Las complicaciones o patología durante el embarazo que se presentó en las pacientes a las que se les realizó histerectomía obstétrica fue: preclampsia en 8 (50 %), infección de vías urinarias en 6 (37.5 %), placenta previa 4 (25 %), miomatosis uterina 4 (25 %), cervicovaginitis 2 (12.5 %), otros hipotiroidismo, diabetes gestacional, óbito, ruptura de membranas 4 (25 %).

La indicación quirúrgica de histerectomía obstétrica fue: absoluta en el 93.75% y relativa el 6.25 %, las indicaciones quirúrgicas fueron:

hemorragia 7 (43.75 %), atonía uterina 4 (25 %), útero de Couvaliere 3 (18.75 %), acretismo placentario 1 (6.25 %), sepsis 1 (6.25 %).

El tiempo quirúrgico realizado en el procedimiento fue en promedio de 169.37 ± 58.70 min.

El tipo de cirugía realizada fue: total en 9 (56.25 %), subtotal en 7 (43.75 %)

El 100% de las pacientes fueron transfundidas con un promedio de sangre de: 1281.25 ± 446 ml de sangre un rango de ($r = 750-2000$ ml)

El sangrado quirúrgico en la histerectomía obstétrica en promedio fue de $3440.62 \text{ ml} \pm 2269.74$ un rango de ($r = 900-11000$ ml)

El esquema de antibióticos utilizados fue: monoterapia en 43 %, doble esquema en el 19 % y triple esquema en el 38 %.

Los días de estancia intra hospitalaria de las pacientes con histerectomía obstétrica en promedio fue: 8.18 ± 5.84 y un rango de ($r = 3-22$)

Se presentaron complicaciones quirúrgicas en el 87.5 % de las pacientes las cuales fueron: hemorragia en el 87.50 %, muerte 6.25 %, lesión de uréter 6.25 %, insuficiencia respiratoria 6.25%, CID en el 6.25 %, absceso de pared en 6.25 %

Se realiza correlación de variables: edad de la paciente con número de gestas, tipo de cirugía y complicaciones quirúrgicas, así como sangrado quirúrgico, con volumen transfundido, no encontrando significancia estadística.

CONCLUSIÓN

La incidencia de histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr Dario Fernández Fierro en relación con otros estudios es similar.

De acuerdo con los grupos de edad la mayor frecuencia se observo en el grupo entre 31-35 años de edad, además que contaban con antecedente de 2 o más embarazos y antecedente de cesárea previa en el 50 % de los casos, factores condicionantes y considerados como predisponentes para presentar problemas durante la resolución del embarazo

En cuanto a las indicaciones de histerectomía obstétrica observamos que las primeras causas siguen siendo las consideradas como absolutas de urgencia que involucra patología de urgencia real como la hemorragia

La complicación más frecuente, fue hemorragia , que requirió hemotransfusión en todos los casos, y algunas requirieron manejo para choque

La histerectomía obstétrica es un procedimiento de alto riesgo y dificultad para cualquier ginecoobstetra, considerando que existe un gran riesgo hemorrágico, no sólo a causa del procedimiento, sino también porque la paciente ya ha presentado una hemorragia considerable antes de él, que en ocasiones la lleva hasta el choque hipovolémico



Se realiza correlación de variables: edad de la paciente con número de gestas, tipo de cirugía y complicaciones quirúrgicas, así como sangrado quirúrgico, con volumen transfundido, no encontrando significancia estadística.

CONCLUSIÓN

La incidencia de histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr Dario Fernández Fierro en relación con otros estudios es similar.

De acuerdo con los grupos de edad la mayor frecuencia se observo en el grupo entre 31-35 años de edad, además que contaban con antecedente de 2 o más embarazos y antecedente de cesárea previa en el 50 % de los casos, factores condicionantes y considerados como predisponentes para presentar problemas durante la resolución del embarazo

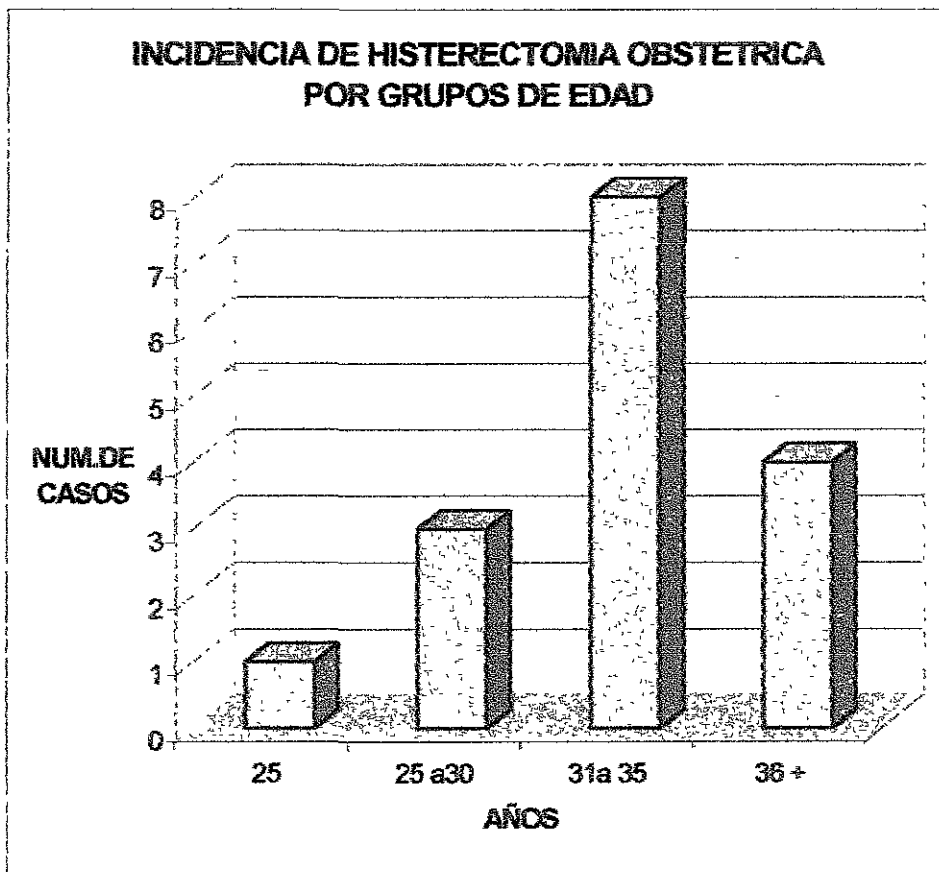
En cuanto a las indicaciones de histerectomía obstétrica observamos que las primeras causas siguen siendo las consideradas como absolutas de urgencia que involucra patología de urgencia real como la hemorragia

La complicación más frecuente, fue hemorragia , que requirió hemotransfusión en todos los casos, y algunas requirieron manejo para choque

La histerectomía obstétrica es un procedimiento de alto riesgo y dificultad para cualquier ginecoobstetra, considerando que existe un gran riesgo hemorrágico, no sólo a causa del procedimiento, sino también porque la paciente ya ha presentado una hemorragia considerable antes de él, que en ocasiones la lleva hasta el choque hipovolémico



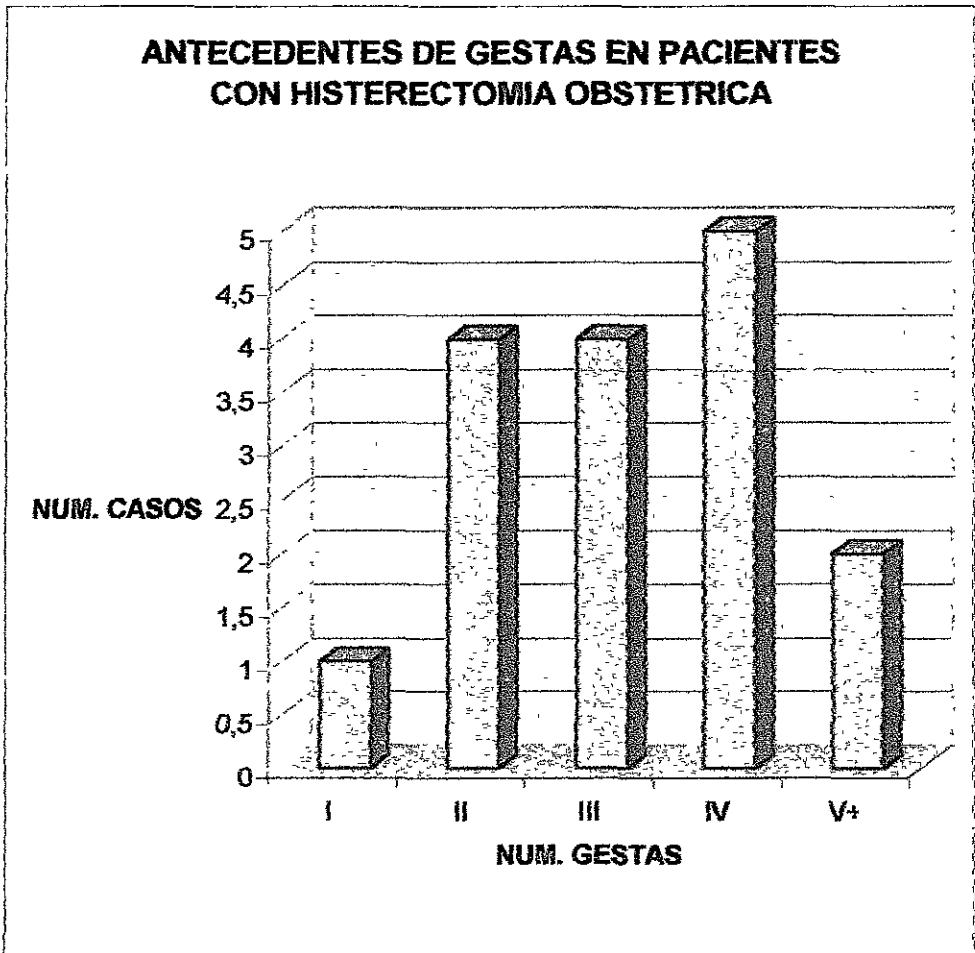
GRAFICA 1



FUENTE: Expedientes del H G Dr Darío Fernández Fierro ISSSTE

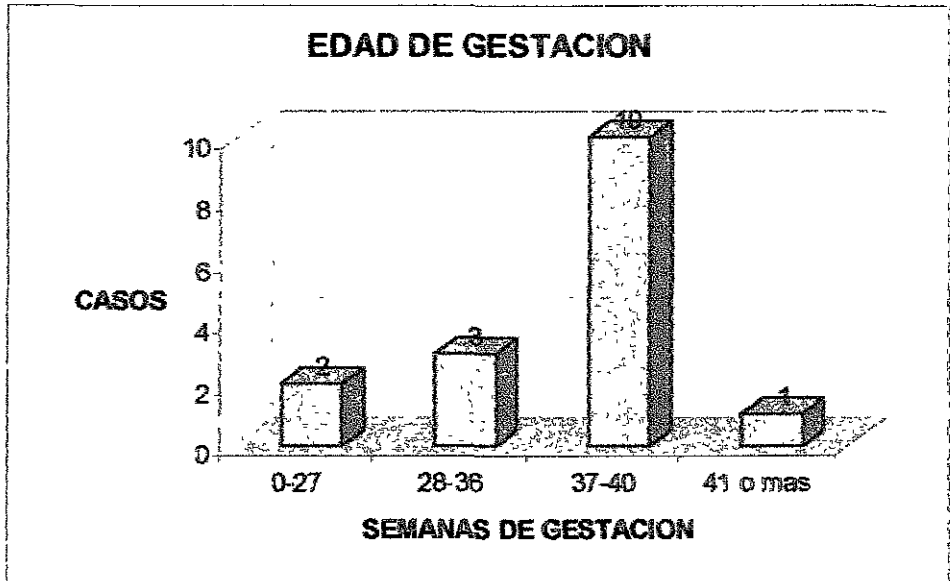
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 2



FUENTE: Expedientes del H. G. Dr. Darío Fernández Fierro ISSSTE

GRAFICA 3



FUENTE: Expedientes del H. G. Dr. Darío Fernández Fierro ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

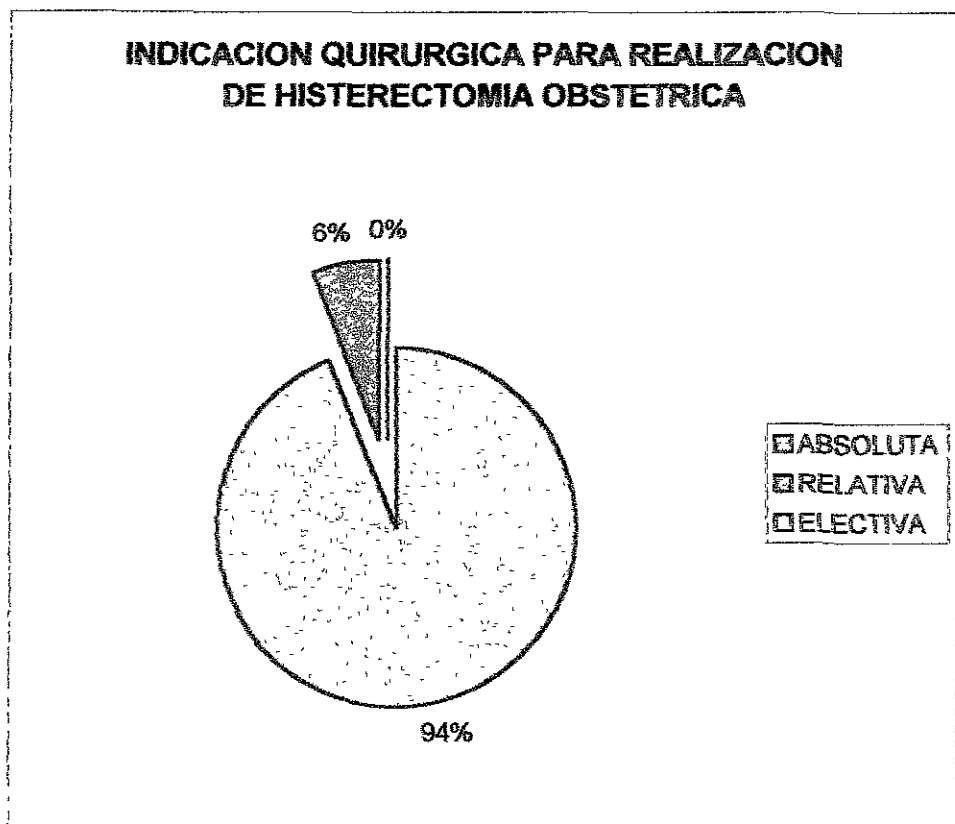
CUADRO 1

ANTECEDENTES DE PATOLOGÍA DURANTE EL EMBARAZO EN 16 PACIENTES CON HISTERECTOMÍA OBSTETRICA EN EL PERIODOS QUE ABARCA DESDE EL 01 DE AGOSTO DE 1999 AL 31 JULIO DEL 2002		
PATOLOGIA	NUM. PACIENTES	% DE PACIENTES
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	6	37.5
PLACENTA PREVIA	4	25
PRECLAMPSIA	8	50
MIOMATOSIS UTERINA	4	25
CERVICOVAGINITIS	2	12.5
OTROS	4	25

FUENTE: Expedientes del H G Dr Darío Fernández Fierro ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 4

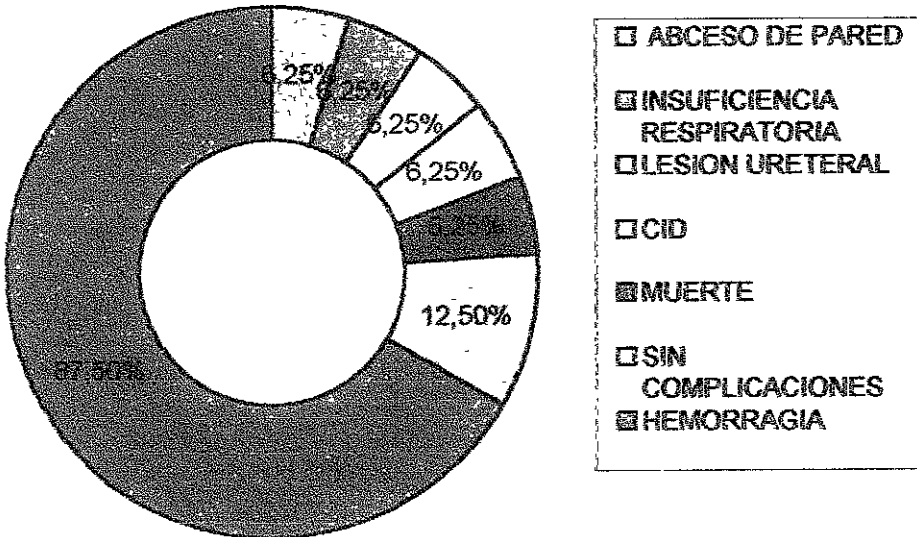


FUENTE: Expedientes del H G Dr Dario Fernández Fierro ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 5

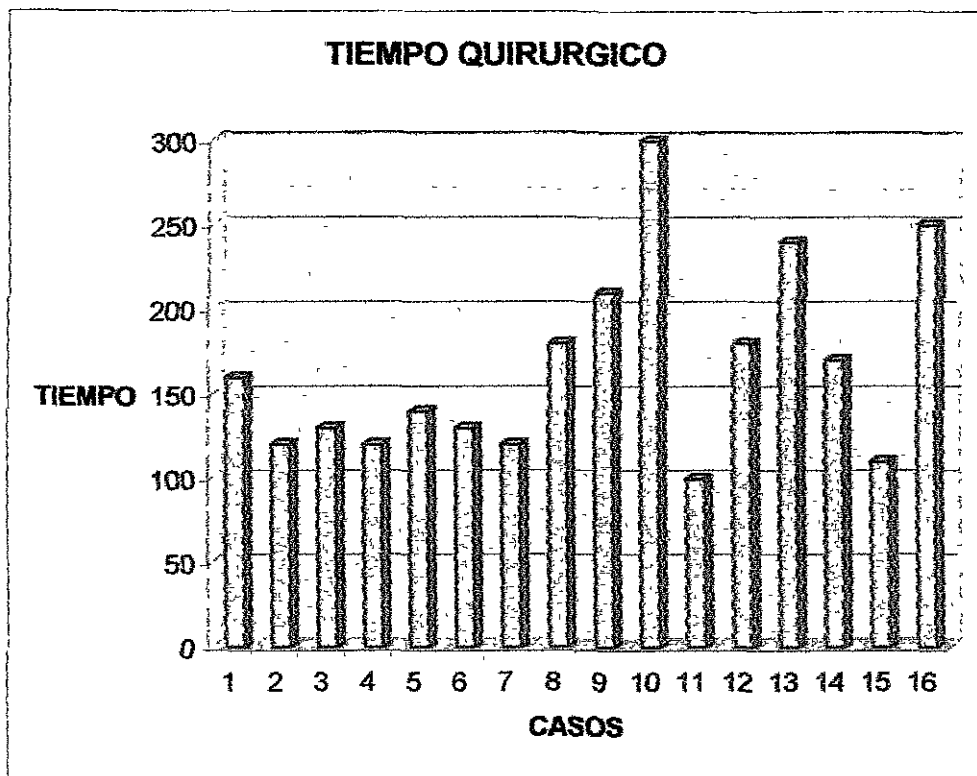
**COMPLICACIONES QUIRURGICAS Y
POSTQUIRURGICAS DE HISTERECTOMIA
OBSTETRICA**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

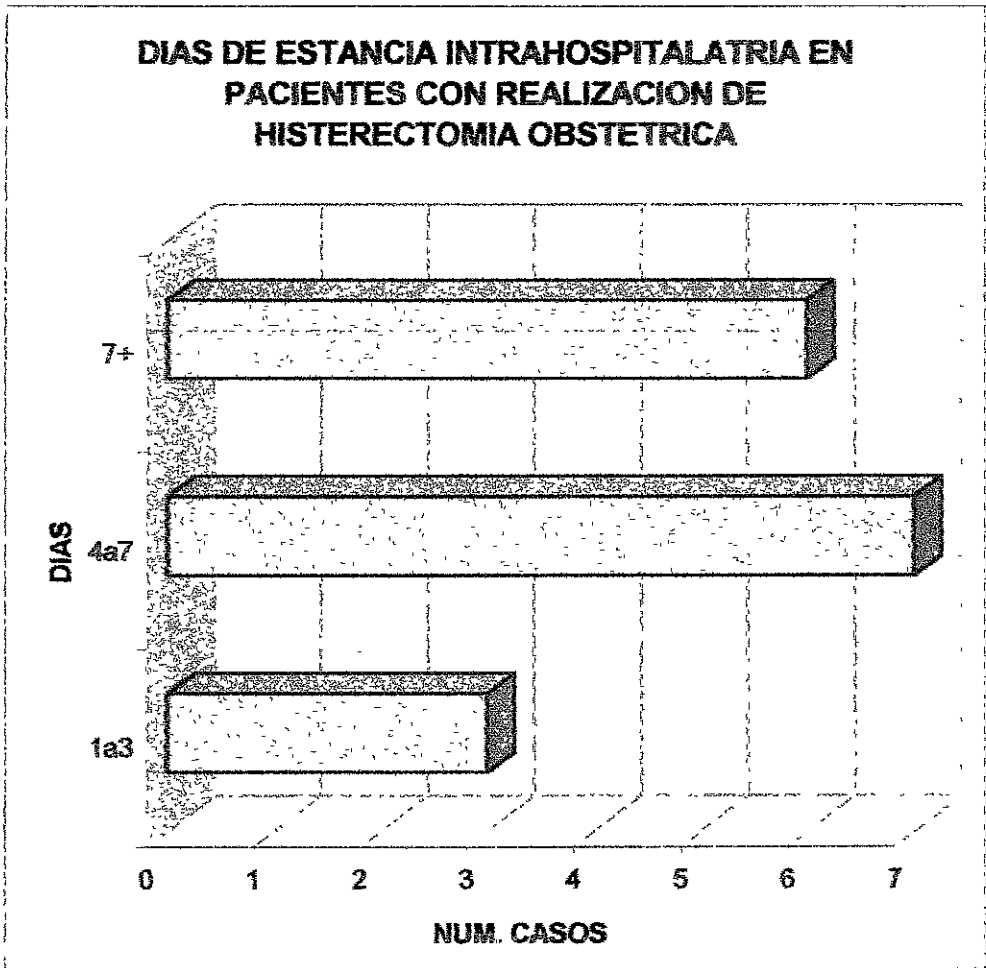
FUENTE: Expedientes del H. G. Dr. Darío Fernández Fierro ISSSTE

GRAFICA 6



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

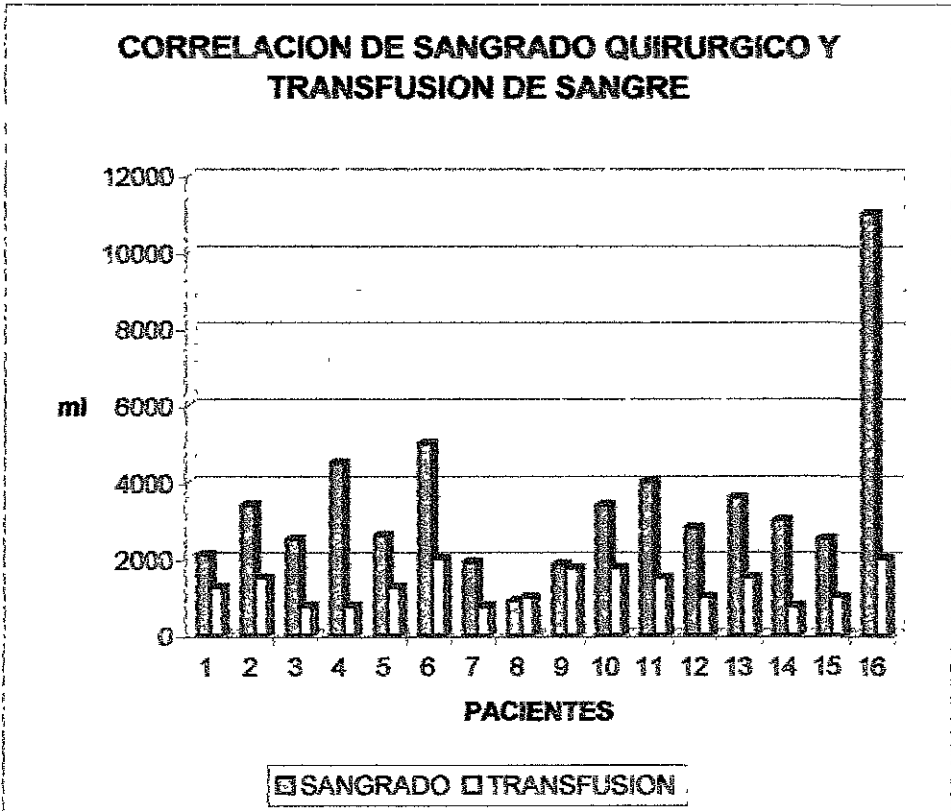
GRAFICA 7



FUENTE: Expedientes del H. G. Dr. Darío Fernández Fierro ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 8

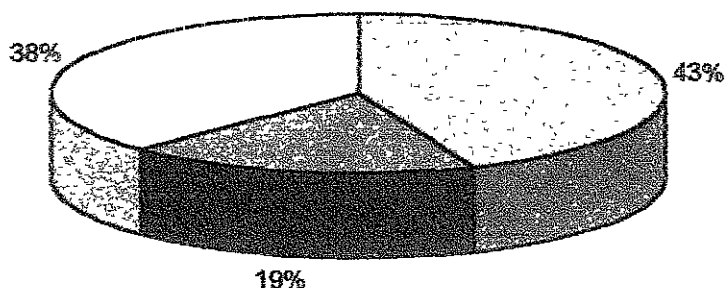


FUENTE: Expedientes del H. G. Dr. Darío Fernández Fierro ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 9

ESQUEMA DE ANTIBIOTICOS UTILIZADOS EN PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA

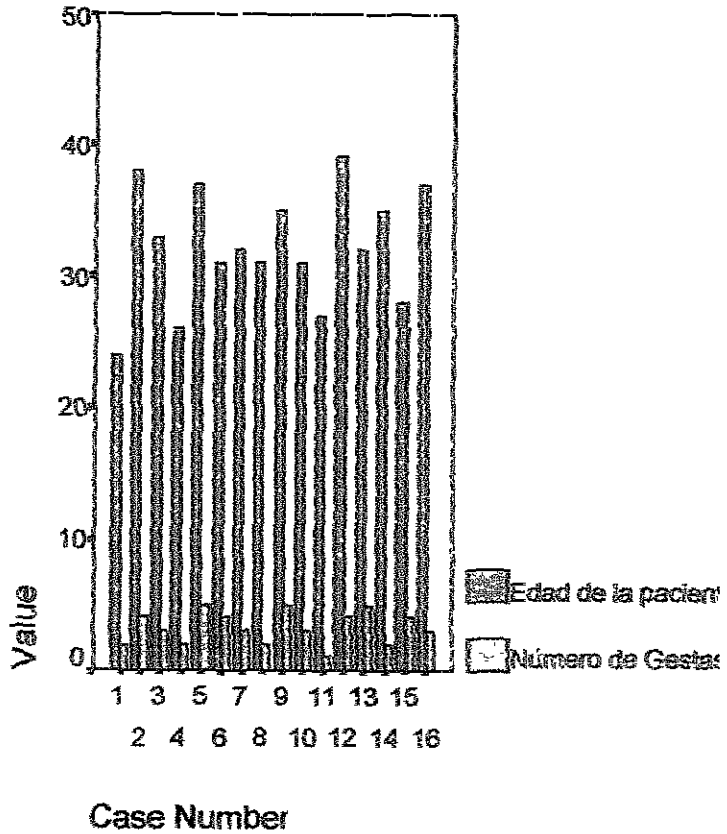


□ MONOTERAPIA ■ DOBLE ESQUEMA ▨ TRIPLE ESQUEMA

FUENTE: Expedientes del H. G. Dr. Darío Fernández Fierro ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

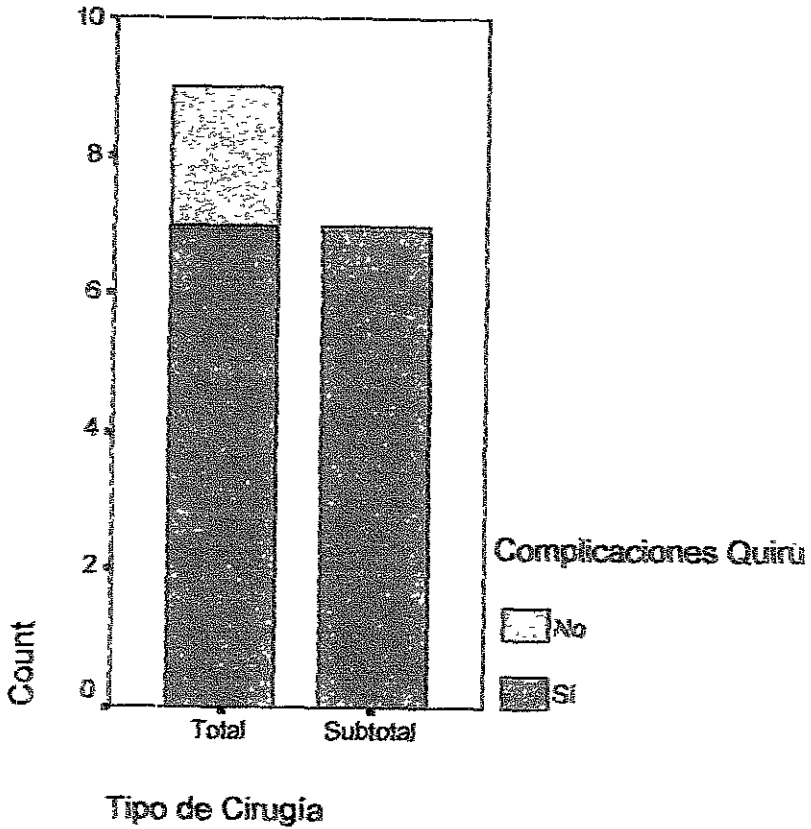
GRAFICA 10



FUENTE: Expedientes del H. G. Dr. Darío Fernández Fierro ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 11



FUENTE: Expedientes del H. G. Dr. Darío Fernández Fierro ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- 1 -Uribe E R. *Histerectomía obstétrica. Concepto e importancia.* Ginecología y obstetricia de México V 63 jun 1995 231-236
- 2 -García B C *Histerectomía obstétrica. Revisión de 675 casos en el Instituto Nacional de Perinatología* Ginecología y obstetricia de México V 65 mar 1997 119-124
- 3 -Agüero O *Histerectomía obstétrica en el Hospital privado.* Rev obstet Ginecol Venez. 2000 60 (4) 239-243
- 4 -Rivera D R *Histerectomía obstétrica un informe alarmante.* Rev. Cubana Obstet Ginecol 1997 23 (1) 49-52.
- 5 -Chewn S Biswas A *Caesarean and postpartum hysterectomy.* Singapore Med. J. 1998 Jan 39 (1) 9-13
- 6 -Juárez A. A *Histerectomía obstétrica. Estudio retrospectivo en los últimos 3 años.* Hospital General de México 1996; 64 6-9
- 7 -Juárez A. A *Histerectomía obstétrica por sepsis en el puerperio, experiencia institucional* Hospital General de México 1998 V 6 suple. 29

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8 -Trejo R. C *Mortalidad materna evolución de su estudio en México en los últimos 25 años*. Ginecología y obstetricia de México. 1997; 65 317-325

9. -Uribe V. H. *Histerectomía obstétrica*.

10 -Rojas P. G *Acretismo placentario de repetición tratada con manejo conservador*. Ginecología y obstetricia de México V 66 supl. 1998. 13

11. -Beltrán M J. *Morbilidad en la unidad toco quirúrgica del Instituto Nacional de Perinatología en el primer semestre de 1998*. Ginecología y obstetricia de México 1998 V 66 sup 1 36-37.

12 -Martínez V I. *Empaquetamiento uterino en la hemorragia obstétrica secundaria a atonía uterina*. Experiencia en diez años. Ginecología y obstetricia de México 2000 V 68 supl 1 13-24

13 -Coronado G. D. *Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas. A population-Basal study*. Obstetric y gynecology 2000 V 95 N 5 may 764-69.

14 -Ferguson J. E *Suture pos postpartum hemorrhage*. Obstetric y gynecology June 2002 V 95 N 6 pate 2 1020-26

15 -Berghahn L. *Uterine Rupture Daring second trimester abortion associated with misoprostol*. The American College of Obstetricians and gynecologists 2001 Nov. V 98 part 2 976-77

16 -Ahued A J *Histerectomía en Obstetricia. Normas y procedimientos de obstetricia y Ginecología.* 1998 198-198

17 -Carolyn M. *Emergency peripartum hysterectomy.* American Journal of obstetrics and gynecology, may 1993 V 168 N5 1442-6.

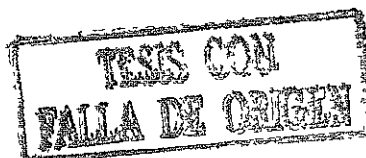
18 -Whitney Gonsoulin. *Elective versus emergency cesarean hysterectomy cases in a residency program setting: a review of 129 cases from 1984 to 1988.* American journal of obstetrics and gynecology, July 1991 V 165 n 1 91- 4

19 -Lorraine M. *emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors.* American Journal of obstetrics and Gynecology, march 1993 V 168 n3 879-5

20. -D Paul Seago *Planned cesarean hysterectomy: a preferred alternative to separate operations* American journal of Obstetrics and Gynecology, June 1999 V 180 1385-9.

21 -Carrera MJ *Histerectomía posparto* Tratado y atlas de operatoria obstétrica. 1978
366-368.

22 -Foley S. *Cuidados intensivos en obstetricia.* Manejo quirúrgico de hemorragia obstétrica. 1999. 48



23 - Hirsch K 1 *Cesárea histerectomía.* Atlas de Cirugía Ginecología.
2000 173-179

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN