

11217  
61

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA**

**S. S. A.**

**CESAREA - HISTERECTOMIA**

**(Estudio retrospectivo 3 años)**

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA



DIRECCION DE ENSEÑANZA

**TESIS DE POST-GRADO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD**

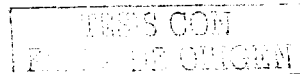
**EN:**

**GINECO - OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**DRA. ESPERANZA GUTIERREZ SARMIENTO**

**Director de Tesis:**



**DR. JOSE PINEDA FERNANDEZ.**

**EJEMPLAR UNICO**

**MEXICO, D.F.**

*Castellanos*  
**DR. ERNESTO CASTELAZO MORALES**  
**DIRECTOR DE ENSEÑANZA**

*sh*  
**DR. SAMUEL KARCHMER K.**  
**PROFESOR TITULAR**

2003



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).

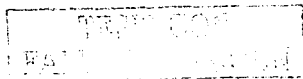
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

## INTRODUCCIÓN

La cesárea-histerectomía como procedimiento quirúrgico, se ha conceptualado temporalmente; tiene su aparición el aspecto médico, en el proceder obstétrico como resultado del avance en el conocimiento tomando como punto de partida la observación y la experiencia.

Desde la realización de la primera cesárea hasta la actualidad, el procedimiento quirúrgico desde múltiples aspectos, tales como técnicos en sus indicaciones, en relación al avance tecnológico en cuanto a la vigilancia del embarazo y trabajo de parto; métodos anestésicos, laboratorio, etc., ha mejorado notablemente en cuando al pronóstico para el recién nacido y la madre. Sin embargo, hay que reconocer que pese a este adelanto y en concordancia a nuestro afán de continuo progreso surge la cesárea-histerectomía como una alternativa, en el intento de abatir la morbimortalidad básicamente materna.

La experiencia acumulada hasta el momento es múltiple. Existen reportes tanto internacionales como nacionales refiriendo sus resultados. Variados son los

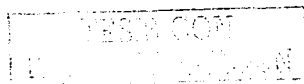


aspectos desarrollados. Debemos tratar de delinear nuestra experiencia individual e institucional a punto de partida de esas experiencias.

Estamos convencidos que el avance se logra por pasos, por escalones, y es por esto que realizamos la presente revisión de lo hecho en nuestra institución con el afán de conocer nuestros resultados, compararlos y sentar las bases de nuestro futuro proceder. También es menester reconocer la singularidad de nuestra institución, su juventud, su empeño en la sólida formación de especialistas y en el notable impulso que se da a la revisión de la experiencia acumulada para aportar a nuestra especialidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MARCO TEORICO



## CESAREA – HISTERECTOMIA

### HISTORIA:

Aunque Eduardo Porro fue el primer cirujano que ejecutó una cesárea – histerectomía en una paciente viva, no fue el primer individuo en concebir la idea de extirpar el útero en el momento del parto abdominal. Cerca de 100 años antes de la cirugía de Porro, varios investigadores en diversos 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.

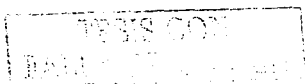
En 1768 Joseph Cavallini de Florencia describió su trabajo experimental en animales de laboratorio y aunque nunca ejecutó la operación en una mujer, sus investigaciones estimularon a otros autores a considerar más formalmente la posibilidad de tal operación en una paciente obstétrica.

En 1869 Horatio Storee ejecutó la primera cesárea con histerectomía documentada en una paciente viva en Estados Unidos, en este caso en particular, fue necesaria la intervención quirúrgica por encontrar el canal de parto obstruido por un gran tumor pélvico. La cirugía exploradora puso en evidencia un gran tumor en la

pélvis y posterior al nacimiento del niño, se realizó una histerectomía subtotal para controlar la hemorragia que ponía en peligro la vida de la paciente. Aunque el útero fue resecao satisfactoriamente, la paciente murió 3 días después.

Siete años más tarde, Eduardo Porro de Milán describió en un trabajo muy detallado la primera cesárea seguida de histerectomía en la cual, madre e hijo sobrevivieron. Porro practicó una cesárea primaria cuando la paciente llevaba 7 horas de trabajo de parto y después de nacer el niño se ejecutó una histerectomía subtotal. El trabajo de Porro suscitó gran interés por parte de otros investigadores. Pocos meses después de su informe, Inzana y Previtali en Italia y Hegar en Alemania, ejecutaron esta operación en varios casos, en los que por desgracia todas las mujeres murieron por complicaciones postoperatorias, aunque todos los lactantes sobrevivieron.

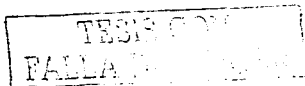
Dos años después apareció en la literatura la primera modificación a la técnica, el 4 de febrero de 1878 Müller operó una paciente que había estado 3 días en trabajo de parto y presentaba un cuadro de corioamnioitis. La principal innovación de Müller fue extraer el útero de la cavidad peritoneal y elevarlo sobre la pared abdominal antes de practicar la histerectomía, pretendiendo evitar el escape de líquido amniótico infectado hacia la cavidad peritoneal. Aunque el feto murió en este caso, la madre sobrevivió.



Cuatro años después, se informó de la primera serie de cesárea-histerectomía. En 1880, Robert Harris, en USA revisó la literatura mundial y describió 50 casos de esta operación publicados en 7 países. La mortalidad materna ascendía a 58% y sin embargo, el índice de supervivencia fetal era de 86%. Se incluyó en esta serie la primera cesárea-histerectomía tipo Porro efectuada en EEUU. Isaac Taylor ejecutó la operación en 1880 en Nueva York, utilizando una técnica de ligadura uterina, similar a la de Porro; por desgracia la paciente murió de embolia pulmonar el 26° día postoperatorio.

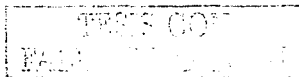
La primera operación cesárea con histerectomía efectuada en EE UU con éxito, la practicó Richardson en 1881 y su enferma era una enana de 25 años de edad, al igual que la de Porro. Después de la incisión de histerotomía y del nacimiento del niño, se amputó el útero y el muñón cervical se cauterizó con ácido fénico y se desplazó hacia atrás en la pélvis. La madre y el hijo sobrevivieron.

Es importante señalar que en todos los casos de la serie de 1880, la cirugía se efectuó en forma subtotal y que en 1881, Spencer Well describió la primera extirpación total, efectuada en Gran Bretaña por carcinoma cervical invasor. Es interesante hacer notar que los primeros investigadores emplearon la incisión que





ahora es reconocida como uterina clásica. En 1884, Godron realizó la primera cesárea satisfactoria con histerectomía en Gran Bretaña, presentando un informe sobre una incisión uterina transversa, baja.

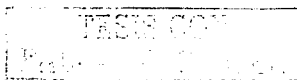


## CESAREA – HISTERECTOMÍA.

### INDICACIONES:

Son muy numerosas las clasificaciones que agrupan las indicaciones de la cesárea-histerectomía; éstas van desde las urgentes, con indicación precisa, ya sea por patología uterina encontrada durante la cesárea o por accidentes hemorrágicos; o bien, la electiva, que incluye a las pacientes con cicatriz uterina previa o con deseo de esterilización. Por ejemplo. Patterson (17) la clasifica en imperativas y electivas; Schneider (24) hace 2 grupos: las que presentan anomalías uterinas y en ellas se incluyen las urgentes y en otro, las pacientes que solicitan esterilización.

En nuestro medio Ruiz Velazco (21) las clasifica en 3 grupos: I, Absolutas: en los casos en que existe peligro inmediato para la vida de la paciente por hemorragia aguda o infección. II, Relativas: en casos de tumores benignos o malignos de útero o sus anexos y en sangrados del puerperio tardío generalmente debido a secuelas de la gestación. y III, Electivas: con fines de esterilización, por cicatrices previas o por padecimientos generales que se verían agravados en embarazos subsecuentes o por problemas sociales independientes de la patología genital.



En el INPer se clasifican en dos grupos: absolutas y relativas, por considerarse que el procedimiento para evitar la fecundidad o prever patologías futuras no tienen ninguna justificación médica. (12).

Con el propósito de definir las indicaciones mencionadas, haremos una descripción somera de las más frecuentes:

Ruptura uterina.- El concepto en nuestro medio ha sido definido como el desgarramiento de este órgano, no considerando como tales la perforación uterina, la ruptura por embarazo intersticial, ni la prolongación de la incisión uterina en una operación cesárea.

En orden de frecuencia, más de la mitad de las rupturas uterinas ocurren en pacientes con cicatriz anterior, le siguen las de origen traumático y las iatrogénicas. (10, 11, 18).

El tratamiento es quirúrgico, y el éxito depende de la prontitud con que se instituya éste. Su tratamiento definitivo es la histerectomía, pero no siempre es posible efectuarla por el mal estado de la paciente o por los antecedentes, como el caso de mujer joven y con deseo de procreación. En estos casos puede intentarse la



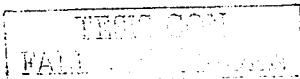
histerorrafia, a condición de que los bordes de la herida sean fácilmente coaptables y no deformen el útero o sean causa de patología posterior. Debe haber facilidad para vigilar embarazos consecutivos. En aquéllos casos en que el cirujano no domine la técnica de histerectomía, también se justifica la histerorrafia.

La tendencia actual en el tratamiento de la ruptura uterina es practicar mayor número de histerectomías que de histerorrafias.

Acretismo Placentario.- Es un padecimiento que se encuentra rara vez, sin embargo, cuando ocurre constituye una verdadera urgencia obstétrica, por acompañarse de hemorragia severa y en ocasiones asociarse a sepsis, inversión uterina, placenta previa o ruptura uterina.

Hay acuerdo en atribuirlo a antecedentes de lesión del endometrio tales como legrado uterino, cesárea anterior, infección, extracción manual de la placenta de embarazos previos.

El tratamiento es la histerectomía, tan pronto como se haya hecho el diagnóstico. (3, 6, 7, 10).



Atonia uterina. Esta complicación suele presentarse en las grandes multíparas, por fibrosis y disminución de la elasticidad, se ve favorecida por sobredistensión uterina como en el caso de polihidramnios, embarazo gemelar, etc. También aparece en el desprendimiento prematuro de placenta por infiltración hemática del útero que sufre disociación miometrial.

La poca frecuencia con que se presenta actualmente, puede atribuirse al buen manejo obstétrico y al uso de occitócicos en el puerperio inmediato.

Se encuentra considerada dentro de las indicaciones absolutas para realizar histerectomía postcesárea, siempre y cuando se trate de casos que no responden al manejo médico. (11, 15, 18)

Causas iatrogénicas. Incluye los accidentes ocasionados por los defectos de técnica durante la operación cesárea y que por su magnitud termina en histerectomía.

Las maniobras bruscas para extraer al producto, originan con frecuencia extensión de las comisuras de la histerotomía hacia los vasos uterinos o laceraciones que involucran cérvix y vagina. Se da también el caso de que en cesáreas de

repetición, se haga incisión transversal del segmento, sin considerar una cicatriz vertical previa dejando el útero en condiciones precarias con alto riesgo de ruptura en caso de embarazos subsecuentes. (17,19, 20, 21).

Miomatosis uterina.- Como indicación de histerectomía posterior a operación cesárea se encuentra limitada a casos excepcionales y solamente se practica cuando ocasiona hemorragia importante durante el procedimiento quirúrgico. Las razones que sostienen este criterio son: a) no existe urgencia para hacerla, b) el procedimiento es más traumático y sangrante que cuando se practica fuera del embarazo y c) permite a la paciente conservar su fertilidad.- En la literatura nacional no se encuentran reportes de miomatosis como indicación de histerectomía. (6, 15, 19, 20, 24).

Carcinoma cérvico uterino.- La incidencia de este tipo de cáncer en la mujer embarazada es baja, variando según los diferentes autores entre un caso por cada 3,000 a 4,000 embarazos, y la mayor parte de los casos reportados se refieren a carcinoma in situ y el tratamiento en general es semejante al utilizado en pacientes no embarazadas. (3, 4, 8).

TESIS CON  
FALLA DE CROMOSOMAS

Cicatrices uterinas previas.- Incluye la cesárea iterativa, antecedentes de dehiscencia de cicatriz previa o de miomatosis múltiple, así como cicatriz uterina defectuosa que ha dejado un segmento muy adelgazado, avascular y transparente. (17, 24, 25)

Control definitivo de la fertilidad.- En general, en pacientes que reúnen determinadas características en cuanto a edad, paridad, padecimientos intercurrentes que tienen influencia definida sobre el curso del embarazo, o bien en las que la gestación hace variar su pronóstico que además llegan a la operación cesárea por una indicación obstétrica, la histerectomía realizada después de la cesárea lleva implícita la finalidad de la esterilización.

Este criterio es combatido por los conservadores, quienes arguyen que la ligadura tubaria logra la misma finalidad con menor trauma quirúrgico; sin embargo algunas publicaciones mencionan que la agresión quirúrgica es casi similar a la de la operación cesárea-histerectomía, que el tiempo promedio de esta operación no va más allá de 80 a 90 minutos.

Los entusiastas de esta operación, consideran que además este procedimiento es más seguro como medida de esterilización que la ligadura tubaria, tomando en



cuenta que esta última no es un procedimiento inocuo y tiene la posibilidad de fracaso. (5, 14, 25, 26)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## CESAREA - HISTERECTOMIA

### COMPLICACIONES:

~~\_\_\_\_\_~~  
ejecutado inicialmente tan solo como medida para salvar la vida materna a una técnica que se lleva a cabo para la práctica de esterilización electiva.

Los partidarios de la operación estiman que en manos hábiles este método es tan inocuo como la cesárea con intervalo para histerectomía, mientras que otros autores consideran que la morbilidad es tan alta que sólo se justifica cuando peligra la vida de la madre. Los cuadros que a continuación se muestran resumen las complicaciones observadas por varios autores quienes han informado de grandes series de pacientes sometidas a cesárea-histerectomía. La mayor parte de las complicaciones pueden agruparse en: 1) mortalidad operatoria, 2) hemorragia perioperatoria, 3) complicaciones relacionadas con infección y 4) lesión de las vías urinarias.



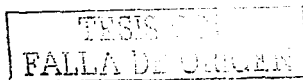
Mortalidad operatoria.- Para considerar los informes relativos en su perspectiva adecuada, deben ser comparados con la mortalidad asociada a la operación cesárea o a la histerectomía abdominal, ejecutadas en la misma institución por el mismo grupo de médicos. Varios investigadores han hecho ésta comparación y han concluido que la mortalidad del método no es más alta que la inducida por la cesárea o histerectomía solas (cuadro X-XI).

Hemorragia perioperatoria.- Es la complicación más frecuente. Sin duda muchas cesáreas con histerectomía se realizan para tratar hemorragias que amenazan la vida, causadas por situaciones obstétricas como placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoincerta. Sin embargo, incluso un método electivo puede acompañarse de riesgo importante de hemorragia. Schneider (24) reporta en un estudio que existe mayor riesgo de hemorragia en la cesárea-histerectomía, que en la cesárea o histerectomía por separado, y comprobó un incremento 8 veces mayor en la necesidad de transfusión de sangre en el primer grupo. Además observó un 0.97% de reoperaciones en el período post-operatorio inmediato para control de hemorragia intraperitoneal. Esta cifra es mucho más alta que lo reportado para la cesárea simple o la histerectomía. (cuadro X).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Infección.- Las infecciones postoperatorias del tejido blando de la pelvis, de la herida abdominal, y de las vías urinarias constituye el segundo grupo en frecuencia de complicaciones. En un estudio, Barclay (3, 4) informó de una frecuencia de 55% de morbilidad febril después de cesárea simple y 31% posterior a cesárea-histerectomía. Por otra parte 56% de las pacientes tratadas por cesárea con histerectomía, requirieron terapéutica antibiótica, mientras que fue necesario este tipo de tratamiento en el 70% de las operadas solo de cesárea. Patterson (17) informó de una frecuencia de 30% de morbilidad febril en asociación con cesárea con ligadura tubárica. Durfee (8) reporta una serie acumulativa respecto a frecuencia de celulitis pélvica, infección de herida, y de infecciones más graves como absceso y tromboflebitis pélvica, comparable con informes de la literatura relativos a frecuencia de infecciones después de operación cesárea simple o histerectomía abdominal. (cuadro X).

Lesiones de las vías urinarias.- Después de la hemorragia y la infección, esta es la complicación más frecuente asociada a cesárea-histerectomía. Sin embargo Amirikia y Evans (1) mencionan que esta complicación posterior a la cesárea-histerectomía es más alta que la relacionada con cualquiera de estos métodos por separado. (cuadro X).

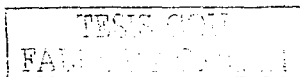


## CESAREA - HISTERECTOMIA

### TECNICA QUIRÚRGICA:

Dependiendo del estado de la paciente y de la magnitud de la enfermedad se valorará la necesidad de histerectomía subtotal en comparación con la total. En condiciones óptimas la histerectomía total es preferible.

Tipo de incisión.- La elección del abordaje depende de la urgencia con la que debe efectuarse el procedimiento. Es posible incidir a cualquier nivel de la pared del útero siendo preferible el segmento inferior por la necesidad de movilizar la vejiga y por una menor pérdida de sangre en esta zona. Al extraer el producto y la placenta, el sangrado se controla utilizando pinzas o mediante una rápida técnica de sutura. Una vez cortados los ligamentos redondos, los extremos de las trompas a nivel de la desembocadura del útero y los ligamentos útero-ováricos, las hojas de los ligamentos anchos se movilizan hacia abajo hasta las arterias, éstas se deben de aislar y pinzar cerca del útero después de haber identificado los ureteros. Los ovarios se extirpan solamente en caso necesario. La operación subtotal se aconseja cuando es vital una mayor rapidez para menor anestesia y menor exposición quirúrgica; o cuando hay



dificultad técnica por enfermedades pélvicas de tipo de la endometriosis en el fondo de saco de Douglas.

La peritonización adecuada es importante para disminuir las posibilidades de adherencias y de obstrucción intestinal ulterior. Cuando los anexos se fijan al ángulo de la vagina, se pueden prolapsar por el saco de Douglas con riesgo de producir dispareunia. No es recomendable efectuar ningún otro procedimiento quirúrgico a menos que sea estrictamente necesario, como el caso de extirpar una neoplasia ovárica o el apéndice infectado. (18,19).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CESAREA - HISTERECTOMÍA

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo y comparativo del 1° de enero de 1981 al 31 de diciembre de 1983, en el que se incluyeron todas las cesáreas con histerectomía que se realizaron en éste periodo en el servicio de tococirugía del Instituto Nacional de Perinatología.

Se revisaron los expedientes dentro del Archivo Clínico, tomando como parámetros de análisis, la edad, la paridad, la indicación primaria de la cesárea, la técnica utilizada para la misma, la indicación de la histerectomía dentro del mismo tiempo quirúrgico, el tiempo operatorio, el tipo de anestesia utilizado, sangrado y cantidad de transfusión sanguínea requerida, complicaciones postoperatorias y tiempo de estancia intrahospitalaria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## FRECUENCIA

TABLA 1.

TOTAL DE NACIMIENTOS (1981-1983)	6,722	
CESAREAS	2,792	(41.5%)
CESAREAS-HISTERECTOMÍAS	20	( 0.71%)

Como podemos observar durante el periodo de estudio comprendido del primero de enero de 1981 al 31 de diciembre de 1983, se atendieron en el INPer 6 722 nacimientos, de los cuales 2,792 fueron cesáreas (41.5%); y únicamente en 20 casos se realizó histerectomía durante el mismo acto quirúrgico, siendo un total de 0.71%.

## DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR EDAD.

TABLA 2.

EDAD MATERNA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
20 A 29 AÑOS	9	45
30 A 39 AÑOS	10	50
40 O MAS	1	5

TESIS CON  
 FALLA DE CONTROL



**FALTA  
PAGINA**

<b>2</b>	<b>4</b>
----------	----------

uterina (50%); en frecuencia, siguió la indicación por iatrogenia secundaria a desgarro de la histerotomía (25%); el 25% restante se debió tanto a amnioititis como a útero Couvelaire y como indicación electiva únicamente se obtuvo un caso para control definitivo de la fertilidad (5%).

**DISTRIBUCION DE INDICACION DE  
CESÁREA-HISTERECTOMÍA.**

Tabla 4.

INDICACION	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
HEMORRAGIA POR ATONÍA	10	50
DESGARRO DE LA HISTEROTOMÍA	5	25
UTERO DE CURVALIERE	2	10
INFECCION UTERINA	2	10
PARIDAD SATISFECHA	1	5
ELECTIVA	1	5
URGENCIA	19	95

TESIS CON  
FALLA DE EXAMEN

## DISTRIBUCION POR TÉCNICA QUIRÚRGICA

TABLA 5.

HISTEROTOMÍA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
SEGMENTO TRANSVERSAL	18	90
CORPORAL	2	10
HISTERECTOMÍA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
TOTAL	19	95
SUBTOTAL	1	5

La histerotomía durante la cesárea fue en el 90% de los casos segmento transversal, corporal en el 10% y no se reporta ningún caso de segmento corporal . Por otro lado con respecto de histerectomía a pesar de que en el 95% de los casos la indicación fue por urgencia, en 19 casos (95%) la histerectomía fue total.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES POR TIPO DE  
ANESTESIA UTILIZADA**

TABLA 6.

TIPO DE ANESTESIA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
BLOQUEO PERIDURAL	3	15
BPD + ANESTESIA GENERAL	16	80
ANESTESIA GENERAL	1	5

El tipo de anestesia utilizado refleja de fondo la indicación de la cesárea-histerectomía, ya que en el 80% (16 casos) se inició la cirugía con bloqueo peridural y se continuó con anestesia general, en 3 pacientes (15%) se realizó todo el acto quirúrgico con bloqueo peridural y en una (5%) se realizó únicamente con anestesia general.

**DISTRIBUCION POR TIEMPO OPERATORIO**

TABLA 7.

HORAS	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
IGUAL O MENOR A 2	4	20
2 - 4	14	70
MAYOR A 4	2	10

La duración total del acto quirúrgico como se muestra en la tabla 7 fluctuó de 2 a 4 horas, el mayor porcentaje se observó en el lapso comprendido entre 2 y 4 horas en un 70%.

### DISTRIBUCION POR TRANSFUSION SANGUÍNEA REQUERIDA

TABLA 8

TRANSFUSION SANGUÍNEA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
≤ 1000 ml	9	45
1001 a 2000 ml	2	10
> 2000 ml	7	35
SIN TRANSFUSION	2	10

Debido a complicaciones hemorrágicas hubo necesidad de transfundir a las pacientes. La cantidad varió de 1 a 2 litros, observando en la tabla 8 que la mayor parte de las pacientes (45%) requirieron transfusión de 1 litro de sangre y teniendo un porcentaje un poco por debajo las pacientes que requirieron 2 o más litros (35%); sólo 2 casos no ameritaron transfusión.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

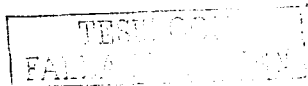
## DISTRIBUCION DE PACIENTES POR DIAS ESTANCIA INTRA- HOSPITALARIA

Tabla 9.

ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
5 DIAS	1	5
6 A 10 DIAS	14	70
11 A 20 DIAS	1	5
21 A 30 DIAS	4	20

La estancia intrahospitalaria tuvo una variación de entre 5 y 30 días, observándose en el 70% de los casos hospitalización entre 6 y 10 días.

De las complicaciones postoperatorias, la anemia, como consecuencia de hemorragia transoperatoria, se observó en el 100%, presentándola como complicación única el 30% (6 pacientes) y agregada a otra complicación en el 70% (14 pacientes). Dentro de las otras complicaciones podemos mencionar las infecciones básicamente a nivel de las vías urinarias en el 45%, a nivel de pared por presencia de abscesos en el 20% y de la cúpula vaginal en el 20%. Dos pacientes (10%) presentaron eventración,



una paciente (5%) cursó con fistula ureteral. Sin ser mutuamente excluyentes los diagnósticos, algunas pacientes presentaron más de una complicación. Tabla 10.

### DISTRIBUCIÓN POR COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

TABLA 10.

COMPLICACIONES	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
INFECCION DE VIAS URINARIAS	9	45
ABSCESO DE PARED	4	20
ABSCESO DE CÚPULA VAGINAL	4	20
EVENTRACIÓN	2	10
FÍSTULA URETERAL	1	5
ANEMIA ÚNICAMENTE	6	30
ANEMIA Y OTRAS	14	70

## CONCLUSIONES

TESIS CON  
FALLA DE CINCEN



## CESAREA - HISTERECTOMÍA

### CONCLUSIONES:

Al comparar los resultados obtenidos en el INPer con los reportados en la literatura por algunos autores, podemos decir que en algunos aspectos encontramos ciertas semejanzas.

En lo que respecta a la incidencia, podemos decir que en porcentaje total de cesárea-histerectomía, estamos por debajo del promedio reportado, no siendo así en relación al total de cesáreas, ya que de los autores revisados reportan no más del 14.2% (Ramírez V.), mientras que la incidencia en el INPer es del 41.5%, lo que podría explicarse por el tipo de pacientes atendidas. (Cuadro I).

La distribución por edad (Cuadro II) de las pacientes, está en concordancia y dentro del promedio de lo reportado por los autores revisados, con una mayor incidencia en la 4ª década de la vida.

Al analizar los datos reportados en la literatura acerca de la paridad en relación con la cesárea histerectomía, encontramos que la mayor parte de los investigadores reportan mayor incidencia en aquellas mujeres con más de 5 embarazos, lo que concuerda con nuestros reportes, en los que encontramos que la mayor incidencia es en aquellas mujeres con más de 4 embarazos. (Cuadro III).



La mayoría de los autores informan como principal indicación de la cirugía electiva el control definitivo de la fertilidad; en contraposición a lo encontrado en el INPer, en que la mayor parte de los casos se indicó por complicaciones que produjeron hemorragia, como atonía y patología uterina (75%) consideramos que las complicaciones y secuelas del tratamiento y la cirugía, fueron debidas en la mayoría de los casos a que la cesárea histerectomía se realizó de urgencia. (Cuadro IV).

En el INPer, la histerectomía total se practicó en proporciones similares a las reportadas por otros autores, mientras que la subtotal se hizo con una tendencia menor. (Cuadro V).

Con respecto al tipo de anestesia, solamente pudimos hacer comparación con la investigación reportada por el Dr. Ruiz Velazco, en el que observamos porcentajes totalmente diferentes a los nuestros, mencionando en la mayoría de los casos (83.8%) anestesia general en contraste con lo encontrado en el INPer, en que sólo se aplicó en un caso (5%); hallando la mayor frecuencia en anestesia mixta (80%), a la inversa de lo encontrado en la literatura del 0%. Esto traduce complicaciones durante la cirugía primaria. (Cuadro VI).

TESIS CON  
PALABRA DE ORIGEN

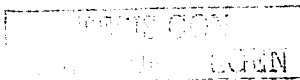
Un alto porcentaje de las pacientes del INPer requirieron transfusión sanguínea no sucediendo lo mismo con los investigadores comparados, corroborando con esto lo dicho anteriormente. (Cuadro VII).

El mayor porcentaje de nuestros pacientes (70%), requirieron de 2 a 4 horas de tiempo quirúrgico, a diferencia de las reportadas por Barclay y Ruiz Velazco. Ambos señalan menos de 2 hrs. De estancia en el quirófano (91 - 93%).

La explicación para esta eventualidad la podemos encontrar en el hecho de que el 95% ( 19/20 ) se realizaron de urgencia, lo cual, por necesidad implica mayor tiempo empleado para tal procedimiento. (Cuadro VIII).

La mayoría mencionan estancia intrahospitalaria entre 6 y 10 días teniendo muy pocas pacientes hospitalizadas de más de 20 días, cifras que al analizarlas globalmente, correlacionan con lo encontrado en el INPer, pero al hacer un análisis más profundo, podemos mencionar que aún cuando la mayor parte de las pacientes permanecieron entre 6 y 10 días, existe un alto porcentaje (20%) que estuvieron internadas más de 21 días. (Cuadro IX).

Acerca de las complicaciones postoperatorias relacionadas a la cesárea-histerectomía tenemos que nuestros porcentajes son mayores en comparación con lo mencionado por los demás autores, lo que correlaciona con lo ya mencionado en los



cuadros anteriores de que la indicación más frecuente de la cesárea-histerectomía fue por urgencia, ocasionando ésto mayores complicaciones transoperatorias y subsecuentemente hemorragias, llevando ésto a la anemia e infecciones postquirúrgicas. (Cuadro X).

En nuestra casuística no tuvimos ninguna muerte materna al igual que la mayoría de los autores revisados. La mortalidad más alta reportada por Barclay, señala un 4% en cesárea histerectomía electiva y 9% en la de urgencia. (Cuadro XI).

TESIS DON  
LALLA DE ORIGEN

CUADRO I  
INCIDENCIA

AUTOR	CASOS	TOTAL DE NACIMIENTOS	TOTAL CESAREAS	TOTAL CESAREA HISTER ECTOMIA	ELECTIVA	URGENCIA				
BARCLAY (4)	1970-74	13568	1388	10.20%	242	17.40%	230	95.20%	12	4.70%
BARCLAY (6)	1938-59	195512	6609	3.40%	1000	15.30%	800	96.80%	200	3.20%
EASTERDAY (10)	1933-68	63029	4402	6.90%	113	2.50%	66	58.40%	47	41.50%
HAYNES (11)	1953-77	63259	2417	3.00%	149	6.20%	123	82.00%	26	17.40%
PATTERSON (17)	1954-67	92691	3368	3.60%	327	9.70%	311	95.00%	16	4.80%
RAMIREZ V. (22)	1974-79	13104	1865	14.20%	29	0.22%	NR	NR	NR	NR
RUIZ V. (21)	1964-70	128428	7577	6.20%	68	0.89%	NR	NR	NR	NR
INPer	1981-83	6722	2792	41.50%	20	0.71%	1	5.00%	19	95.00%

NR = NO REPORTADO

TRIPS COM  
 FAMILIA DE ORIGEN

**CUADRO II**  
**DISTRIBUCION POR EDAD**

AUTOR	CASOS	20	20 - 29	30 - 39	40 - 49
JARCLAY (4)	242	8.60%	57.00%	28.90%	5.30%
JARCLAY (6)	1000	6.00%	42.20%	45.00%	6.80%
ASTARDAY (10)	113	0.00%	17.60%	59.00%	13.20%
RAMIREZ V. (22)	29	8.00%	20.00%	55.00%	17.00%
VEBB (26)	40	0.00%	47.50%	47.50%	2.50%
INPer	20	0.00%	45.00%	50.00%	5.00%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO III  
DISTRIBUCION POR PARIDAD

AUTOR	CASOS	0	1	2	3	4	5
BARCLAY (4)	292	2.00%	8.60%	24.70%	16.40%	13.60%	30.50%
BARCLAY (6)	1000	7.80%	9.60%	22.50%	23.90%	9.00%	34.70%
EASTARDAY (10)	113	1.80%	13.30%	23.00%	15.00%	15.00%	22.00%
RAMIREZ V. (22)	29	0.00%	7.50%	23.00%	17.00%	9.50%	4.50%
INPer	20	0.00%	0.00%	10.00%	20.00%	45.00%	25.00%


  
 INSTITUCION  
 FEDERAL DE ORGEN

INDICACIONES DE CESAREA - HISTERECTOMIA

CUADRO IV

AUTOR	CASOS	INFECCION UTERINA	ACRETISMO	PATOLOGIA UTERINA	PLACENTA PREVIA	ATONIA	CA. CU.	PARA: ESTERILIDAD
RUIZ VELASCO (21)	68	4.40%	27.90%	38.20%	13.20%	22.90%	1.40%	0.00%
BARCLAY (4)	242	NR	24.00%	NR	NR	NR	1.40%	78.00%
EASTERDAY (10)	113	7.90%	10.60%	19.40%	NR	2.60%	2.50%	57.50%
PLAUCHE (16)	108	5.00%	1.80%	13.00%	5.50%	15.70%	1.80%	56.30%
AMIKIRA (1)	56	9.20%	22.00%	15.90%	3.90%	5.00%	1.80%	47.60%
BARCLAY (6)	1000	9.20%	1.50%	17.00%	7.50%	30.00%	1.80%	33.00%
HAYNES (11)	149	6.00%	2.00%	6.70%	2.00%	15.50%	0.67%	67.10%
PATTERSON (17)	327	3.60%	NR	19.00%	NR	11.00%	8.80%	57.00%
RAMIREZ V. (22)	29	37.90%	10.30%	10.30%	7.10%	34.40%	0.00%	0.00%
INPer	20	10.00%	0.00%	25.00%	0.00%	50.00%	0.00%	5.00%

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
 CENTRO DE INVESTIGACIONES Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS  
 INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS



CUADRO V  
TECNICA QUIRURGICA

AUTOR	CASOS	HISTERECTOMIA	
		TOTAL	SUBTOTAL
BARCLAY (6)	1000	68.90%	31.10%
HAYNES (11)	149	93.90%	6.00%
PATTERSON (17)	327	83.40%	16.50%
EASTARDAY (10)	113	78.70%	21.20%
LANGER (14)	138	98.50%	1.50%
BRENNER (5)	198	75.70%	24.20%
RUIZ V. (21)	68	72.10%	27.90%
INPer	20	95.00%	5.00%

CUADRO VI  
TIPO DE ANESTESIA

AUTOR	CASOS	B.D.P.	ANESTESIA	
			GENERAL	MIXTA
RUIZ V. (21)	68	16.10%	83.80%	0.00%
INPer		15.00%	5.00%	80.00%

FALLA DE RUIZ V.

TRANSFUSION SANGUINEA

CUADRO VII

AUTOR	CASOS	< 1000	1001 - 2000	> 2000	SIN TRANS.
JARCLAY (4)	242	13.20%	4.90%	1.20%	80.00%
RUIZ V. (21)	68	20.50%	63.00%	2.90%	13.60%
INPer	20	4.50%	10.00%	35.00%	10.00%

CUADRO VIII

TIEMPO OPERATORIO

AUTOR	CASOS	< 2 HRS.	2 - 4 HRS.	> 4 HRS.
JARCLAY (4)	292	91.00%	6.10%	2.40%
RUIZ V. (21)	68	93.60%	5.00%	1.40%
INPer	20	20.00%	70.00%	10.00%

TRIN CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO IX  
DIAS ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

AUTOR	CASOS	5	6-10	11-20	21 - 30
BIRCLAY (4)	242	8.60%	82.60%	8.60%	0.00%
RAMIREZ V. (22)	29	8.20%	85.00%	4.30%	2.50%
VILLERBB (26)	40	0.00%	85.00%	15.00%	0.00%
RUIZ V. (21)	68	9.80%	65.00%	23.50%	1.40%
Il Per	20	5.00%	70.00%	5.00%	20.00%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

COMPLICACIONES CON CESAREA - HISERECTOMIA

CUADRO X

AUTOR	NUMERO CASOS	LESION	INFEC.	HEMORRAGIA	MORTALIDAD PERI-OPERATORIA	S.C.
EASTERDAY (10)	133	1.50%	NR	NR	0.00%	NR
BRENNER (10)	198	3.00%	NR	NR	0.00%	NR
LANGER (14)	138	0.00%	2.10%	NR	0.00%	65.00%
AMIKIRA (1)	56	NR	NR	NR	1.80%	NR
BARCLAY (6)	1000	4.80%	28.40%	11.50%	1.30%	54.00%
MICKAL (15)	384	5.50%	46.60%	14.30%	0.00%	33.60%
HAYNES (11)	149	7.40%	22.80%	10.00%	0.70%	59.80%
SCHNEIDER (24)	249	1.60%	2.80%	0.80%	0.00%	94.80%
WEBB (26)	72	2.80%	11.10%	0.00%	0.00%	86.10%
PATTERSON (17)	327	1.20%	13.50%	NR	0.30%	85.00%
RUIZ VELAZCO (21)	68	7.40%	7.30%	63.20%	1.80%	20.20%
BARCLAY (4)	242	NR	30.90%	41.10%	NR	NR
PLAUCHE (16)	108	0.90%	30.50%	13.00%	0.00%	44.40%
RAMIREZ V. (22)	29	3.40%	6.80%	27.20%	3.40%	59.20%
INPer	20	5.00%	85.00%	100.00%	0.00%	0.00%

TESIS CON  
 FALTA DE ORIENTACION

CUADRO XI

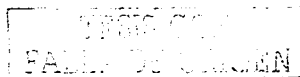
MORTALIDAD MATERNA

AUTOR	CESAREA-HISTERECTOMIA	
	ELECTIVA	URGENCIA

BRENNER (5)	0.0%	0.0%
BARCLAY (6)	4.0%	9.0%
EASTERDAY (10)	0.0%	0.0%
PATTERSON (17)	0.3%	NR
RUIZ VELASCO (21)	NR	3.5%
SCHNEIDER (24)	0.0%	0.0%

INPer	0.0%	0.0%
-------	------	------

\* NR = NO REPORTADO



## BIBLIOGRAFIA

1. AMIRIKIA H. ZAREWYCH B, EVANS T: CESAREAN SECTION: A 15 YEAR REVIEW OF CHANGING INCIDENCE, INDICATIONS, AND RISK. AM J. OBSTET GYNECOL, 1981; 140 : 81
2. AMIRIKIA H, EVANS T: TEN-YEAR REVIEWS OF HYSTERECTOMIES: TRENDS, INDICATION, AND RISK. AM J OBSTET GYNECOL, 1979; 134 ; 431
3. BARCLAY D, FALOG M: CESAREAN HYSTERECTOMY, THIRTHY YEARS EXPERIENCE. OBSTET GYNECOL, 1970; 35: 1
4. BARCLAY D, HAWIKS B, FRUEH D: ELECTIVE CEAREAN HYSTERECTOMY: A 5 YEAR COMPARISON WITH CESAREAN SECTION. AM J OBSTET GYNECOL, 1976; 124 : 8
5. BRENNER P, SALL S: EVALUATION OF CESAREAN SECTION HYSTERECTOMY AS A STERILIZATION PROCEDURE. 1970; 108 : 3
6. BARCLAY D: CESAREAN HYSTERECTOMY AT THE CHARITY HOSPITAL IN NEW ORLEANS - 1000 CONSECUTIVE OPERATION. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS. 1969; 12 : 635
7. CHAVEZ AZUELA J, OROSCO C, REYES J: MORBIMORTALIDAD MATERNA EN LA CESAREA HISTERECTOMIA. Ginecol Obstet Mex, 1974; 35: 211
8. DURFEE R: EVOLUTION OF CESAREAN HYSTERECTOMY. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS 1969; 12 : 575
9. EVRARD J, GOLD E, CAHILL T: CESAREAN SECTION, A CONTEMPORARY ASSESSMENT. THE J. OF REPRODUCTIVEMEDICINE, 1977; 24 : 4
10. EASTERDAY CH: CESAREAN HYSTERECTOMY AT THE BOSTON HOSPITAL FOR WOMEN. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS, 1969; 12 : 652

TESIS CON  
FALLA DE CALIBRE

11. HAYNES D, MARTIN B: CESAREAN HYSTERECTOMY: A TWENTY - FIVE YEAR REVIEW. AM J OBSTET GYNECOL, 1979; 134 : 393
12. INPer NORMAS Y PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA, 1983.
13. KOH S, FOEK H, AMIR H: THE CHANGING PERINATAL AND MATERNAL OUTCOME IN CHORIOAMNIONITIS. OBSTET GYNECOL, 1978; 53 : 6
14. LANGER A, PELOSI M, HUNG T: COMPARISON OF STERILIZATION BY TUBAL LIGATION AND HYSTERECTOMY. SURGERY, GYNECOL OBSTET, 1975; 140 : 235
15. MICKAL A, BEGNEAUD W, HAWES T: PITFALLS AND COMPLICATIONS OF CESAREAN SECTION HYSTERECTOMY. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS, 1969; 12 : 660
16. PLAUCHE W, GRVICH F: HYSTERECTOMY AT THE TIME OF CESAREAN SECTION: ANALYSIS OF 108 CASES. OBSTET GYNECOL, 1981; 58 : 4
17. PATTERSON S: CESAREAN HYSTERECTOMY. AM J ABSTET GYNECOL, 1970; 107 : 5
18. PARK R, DUFF P: PAPEL DE LA CESAREA CON HISTERECTOMIA EN LA PRACTICA OBSTETRICA MODERNA. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS, 1980; 2 : 611
19. RIVA H: INDICATIONS AND TECHNIQUES FOR CESAREAN HYSTERECTOMY. CLIN OBSTET GYNECOL, 1969; 12 : 618
20. REYES-VILLASEÑOR G, HERRERA LASO F: HISTERECTOMIA EN OBSTETRICIA. MONOGRAFIA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUM 4, IMSS, 1972
21. RUIZ VELAZCO V, OSEGUERA J F, BRANDO J: CESAREA HISTERECTOMIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA NUM. 3 IMSS. GINECOL OBSTET MEX, 1972; 32 : 194
22. RAMIREZ VILLALOBOS C J, REAL GOMEZ A, MAK CRUZ E: CESAREA-HISTERECTOMIA. GINECOL OBSTET MEX, 1980; 48 : 288

TESIS CON  
FOLIO DE ORIGEN

23. RIOS MONTIEL A, AVILA J: MORBIMORTALIDAD MATERNA FETAL EN LA CESAREA DE URGENCIA. MONOGRAFIA GINECOLOGIA Y OBSTET NUM 4 IMSS, 1979
24. SCHNEIDER G, TYRONE C: CESAREAN HYSTERECTOMY. SURGERY, GYNECOL OBSTET, 1970 68 : 501
25. TEMPLETON A: HYSTERECTOMY FOLLOWING STERILIZATION. BRITISH J OBSTET GYNECOL, 1982; 89 : 848
26. WEBB C, GIBBS J: PREPLANNED TOTAL CESAREAN HYSTERECTOMIES. AM J. OBSTET GYNECOL, 1968; 101 : 1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN