



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL DE LA MUJER

**“CAUSAS DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL
DE LA MUJER DE LA CIUDAD DE MEXICO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A:
ALEJANDRA CABRERA REYES

ASESORES:
DR. DELFINO CRUZ CRUZ
MTRO. NILSON AGUSTIN CONTRERAS CARRETO
DR. ARTURO CERBULO VAZQUEZ



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

DRA MARIA DE LOURDES CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ZUÑIGA

Directora del Hospital de la Mujer

MTRA. DENISSE ARIADNA ORTEGA GARCÍA

Jefa de la División de Enseñanza e Investigación

DR. ESTEBAN GARCÍA RODRÍGUEZ

Profesor Titular del Curso de Posgrado en Ginecología y Obstetricia

DR. DELFINO CRUZ CRUZ

Asesor

MTRO. AGUSTIN CONTRERAS CARRETO

Asesor

DR. ARTURO CERBULO VAZQUEZ

Asesor

DEDICATORIAS

A Dios.

Solo tú sabes con certeza cuanto anhelé lo que estoy a punto de lograr....
Agradezco el haberme puesto en este camino de la medicina, y permitirme llegar hasta este punto de mi formación profesional.

A mis padres.

Por haber estado conmigo en todo momento, por apoyarme siempre, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. Les agradezco infinitamente todo el amor que me han demostrado.

A mis hermanos.

Por estar siempre presentes, por su complicidad y apoyo incondicional....los quiero mucho.

A mis médicos adscritos del Hospital de la Mujer.

Por su gran apoyo, paciencia, motivación y enseñanza para la culminación de este sueño que es ya una realidad.

A mis amigos.

Por su apoyo brindado a lo largo de este camino y muy especialmente a Mónica y Mary, sin duda solo nosotros sabemos lo difícil que ha sido haber logrado esto!! Su amistad y complicidad hizo más ameno este recorrido de 4 años, tantas lágrimas y risas compartidas, que no se olvidaran jamás! A Xoch mi roomie, compañera y amiga.

A LAHM.

Por ser mi motivación y mi inspiración desde que inicie Medicina, siempre creí q estarías incondicionalmente y aunque hoy las cosas son muy complicadas, fuiste pieza fundamental para lograr esto!! Me haz enseñado a conocer mi fortaleza a situaciones tan dolorosas, no todo en la vida es bello desafortunadamente, gracias también por eso.

ÍNDICE

Resumen	I
Abstract	II
I. Marco teórico	1
1.1.Introducción	1
1.2.Técnica de la histerectomía obstétrica	2
II. Planteamiento del problema	4
III. Justificación	5
IV. Objetivos	6
V. Hipótesis	7
VI. Materiales y Métodos	8
VII. Resultados	10
VIII. Discusión	14
IX. Conclusiones	17
X. Bibliografía	18
Abreviaturas	22

RESUMEN

Introducción. Se define histerectomía obstétrica (HO) como la resección parcial o total del útero, realizada generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto o puerperio; o por complicación de una enfermedad preexistente. En la literatura internacional su prevalencia se reporta de 7-13/10,000 nacimientos. En México, la estadística real se desconoce pero existen reportes del 0.75 a 1.7%. **Objetivo.** Describir las indicaciones que justificaron la realización de histerectomía obstétrica, en pacientes atendidas en la unidad tocoquirúrgica (UTQ) del Hospital de la Mujer. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo realizado del 1º de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2015. Las variables analizadas fueron: edad, antecedentes obstétricos, indicaciones de histerectomía, variedad quirúrgica utilizada, complicaciones, reintervención quirúrgica, días de estancia hospitalaria. **Resultados.** En el periodo se atendieron un total de 15,121 nacimientos. En el 0.54 % (n=82) de los casos se realizó HO. La prevalencia calculada fue de 27.1/10,000 nacimientos por año. Media de edad: 27.5 ± 6.7 años, gestaciones 3.0 ± 1.5 gestas. Hasta en un 35.3% (n=29) la indicación de HO fue acretismo placentario. En un 95.1% (n=78) se realizó HO total. En el 42.8% (n=12) se presentó persistencia de sangrado de cúpula vaginal y; en el 24.3% (n=20) se requirió reintervención quirúrgica. Días de estancia intrahospitalaria (DEIH) 5.3 ± 3.0 días. **Conclusiones.** La histerectomía obstétrica representa un procedimiento efectivo para el manejo de hemorragia postparto que no responde a otro tipo de tratamiento con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad en las pacientes.

Palabras clave: Hemorragia obstétrica, indicación de histerectomía, tratamiento quirúrgico de la hemorragia obstétrica.

ABSTRACT

Introduction. Obstetric hysterectomy (OH) is defined as the partial or total removal of the uterus, usually performed for emergency complications of pregnancy, childbirth, postpartum or complication of a preexisting condition. In international literature it has a reported prevalence of 7-13 / 10,000 births. In Mexico, the actual statistics are unknown but there are reports of 0.75% to 1.7%. **Objective.** To describe indications which were used to justify the enforcement of OH in patients at the surgical area for gynecological and obstetric procedures in The Hospital of the Woman. **Material and methods.** A descriptive, cross-sectional and retrospective study was conducted from January 1st, 2014 to December 31st, 2015. The variables analyzed were: age, obstetrical history, indications for hysterectomy, surgical variety used, complications, reoperation, hospital stay. **Results.** A total of 15,121 births were attended in the analyzed period. In 0.54% (n = 82) of the population, OH was performed. The prevalence calculated during the period was 27.1 / 10,000 births. Mean age was 27.5 ± 6.7 years, 3.0 ± 1.5 gestations. Up to 35.3% (n = 29) of the population analyzed, the most frequent indication of OH was placental accretism. In 95.1% (n = 78), a total OH was performed. In 42.8% (n = 12) a bleeding from vaginal cupola was persistently present; in 24.3% (n = 20) the subject required reoperation. Days of hospital stay (DEIH) 5.3 ± 3 days. **Conclusions.** Obstetric hysterectomy is an effective procedure for the management of postpartum hemorrhage and it does not respond to other treatments, which are used to reduce morbidity and mortality in patients.

Keywords: Obstetric hemorrhage, indication of hysterectomy, surgical treatment of obstetric hemorrhage.

I. MARCO TEORICO

1.1 Introducción

Etimológicamente, la palabra “histerectomía” se deriva de dos raíces griegas: isteros (útero) y ectomía (extirpación). Considerando el momento de su realización, la histerectomía por complicaciones obstétricas puede corresponder a tres eventos: 1) histerectomía en el puerperio, 2) cesárea histerectomía y 3) histerectomía en bloque¹

La histerectomía obstétrica se desarrolló a finales del siglo XVIII, con la finalidad de disminuir la mortalidad de la cesárea que era del 100%.

En 1768, Joseph Cavallini en Florencia, realizó experimentos en perros y ovejas preñadas, concluyendo que el útero no es un órgano necesario para la subsistencia y que de ser la operación cesárea riesgosa, la mortalidad podría disminuirse mediante la resección del útero.

En 1868, Horatio Robinson Storer realizó la primera cesárea seguida de histerectomía de urgencia por la presencia de un tumor pelviano que obstruía el canal del parto. El neonato sobrevivió, la madre murió en el tercer día del puerperio.

Fue hasta 1876 que Eduardo Porro, realizó una cesárea con histerectomía en una paciente viva, y madre e hijo sobrevivieron, por lo que la cesárea-histerectomía lleva el nombre de este obstetra.

En 1880, Robert Harris reunió 50 casos de cesárea-histerectomía publicados en todo el mundo, con mortalidad materna de 58% y fetal de 86%. Estos valores representaban en aquel entonces un significativo avance para una cirugía de la que ninguna mujer sobrevivía. Tait en 1890, introdujo modificaciones técnicas a la primera cirugía de Porro.

En varios trabajos destacan los autores como, Muller, Taylor, Richardson y Godzon, siendo este último el primero en realizar la histerectomía por causa obstétrica.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se producen en el mundo 50,000 muertes maternas. En América, se reportan 30,000 defunciones, la mayoría de ellas evitables con un tratamiento médico quirúrgico oportuno.²

En el mundo, la principal causa de muerte materna es la hemorragia obstétrica (HO). Internacionalmente, la incidencia de (HO) es de 7-13 por cada 10,000 nacimientos, es

más frecuente la variedad poscesárea. En Estados Unidos, Whiteman et al reportaron una incidencia de HO de 0.77/1,000 partos.^{3, 4, 5, 6}

En México, el número real se desconoce. Algunos autores nacionales reportan una incidencia aproximada del 0.75 a 1.7%³. Por lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene como estrategia la denominada “maternidad sin riesgo”, que consiste en facilitar el acceso a la información sobre salud reproductiva y a la atención sanitaria con el objetivo de disminuir la morbilidad materna. Esto quiere decir que los procedimientos quirúrgicos obstétricos tienen como única finalidad el garantizar el bienestar materno infantil.^{2, 7, 8, 9, 10}

Con el advenimiento de nuevas tecnologías y con el avance científico técnico en el campo de la Medicina, la HO ha ido disminuyendo en frecuencia como simultáneamente han mejorado sus resultados.^{11, 12, 13, 14} Se han descrito las siguientes complicaciones en HO: mayor pérdida sanguínea, lesión vesical, lesión ureteral, fístula vesicovaginal o rectovaginal, coagulación intravascular diseminada (CID) e infección de la herida quirúrgica.^{3, 15, 16, 17, 18}

1.2 Técnica de la histerectomía obstétrica

No es necesario cerrar la histerotomía, si no hay sangrado significativo. Es necesario disecar el colgajo vesical antes de iniciar la histerectomía. Desde el segmento uterino inferior anterior se realiza la doble ligadura de ligamentos redondos, se extiende hacia lateral la serosa vesicouterina a la que estaba adosada la vejiga antes de su disección; en ese momento se aseguran los ligamentos uteroováricos, previa formación de una ventana a través de la hoja posterior del ligamento ancho mediante doble fijación, corte y ligadura bilateral; se disecan los vasos uterinos, se corta y se hace una doble ligadura; se disecan, se sujetan y ligan a un nivel inferior al cuello uterino y posteriormente se retira la pieza quirúrgica por una incisión en la mucosa vaginal; se inspecciona el cérvix para asegurarse de que la remoción fue completa. Después de retirar el útero completo, se aseguran todos los ángulos del fórnix vaginal lateral a los ligamentos cardinales y uterosacros con suturas crómicas en ocho. No hay unanimidad de opciones en cuanto a si se debe mantener abierto o hay que cerrar el manguito vaginal. Posterior al cierre de esta última, se realiza la peritonización pelviana, se verifica la hemostasia de todos los muñones y se continúa

con el cierre de la pared abdominal por planos.

La histerectomía total es el método quirúrgico recomendado, debido al riesgo potencial de malignidad en desarrollo del muñón cervical y la necesidad de la citología periódica y otros problemas asociados, tales como sangrado o flujo asociado con el muñón cervical. Actualmente la proporción de la histerectomía subtotal realizado varía de 53% a 80%. Los reportes de histerectomía subtotal muestran una pérdida de sangre menor, una menor necesidad de transfusión de sangre, reduce el tiempo quirúrgico y la reducción de complicaciones pre y postoperatorias. La histerectomía subtotal puede no ser eficaz en cuanto al acretismo situado en la parte baja del útero. La histerectomía total, sin embargo se debe considerar al sangrado activo que se produce a partir del segmento uterino inferior proveniente de la rama cervical de la arteria uterina que puede permanecer intacta. Tanto la histerectomía total como la histerectomía subtotal, están asociados con una alta mortalidad. La decisión final de realizar la histerectomía subtotal o total estaría influenciada por la condición del paciente. Por lo tanto, mientras que la histerectomía abdominal total es un procedimiento más conveniente, el subtotal puede ser una mejor opción en ciertas condiciones donde la cirugía tiene que ser completado en un tiempo más corto.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La histerectomía obstétrica es la última alternativa en situaciones donde las medidas conservadoras médicas y quirúrgicas no logran controlar la hemorragia postparto. Generalmente es una cirugía urgente y de riesgo vital que pone a prueba las habilidades del equipo quirúrgico. La histerectomía obstétrica es un evento que busca preservar la vida de la mujer y que requiere, por la gravedad del mismo, de un mejor entendimiento de las causas que lo desencadenan con el fin de poder prever una atención más oportuna y una disminución del sangrado transquirúrgico y lesiones a órganos vecinos. El manejo óptimo de estas pacientes es complejo y requiere de la cooperación de especialistas de numerosas disciplinas. Este equipo debe estar liderado por un Obstetra. La adecuada preparación y manejo del equipo tratante reduce la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, lo cual se constituye en el fin principal. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen cerca de 14 millones de casos de hemorragias asociadas al embarazo y al menos 128,000 de estas mujeres presentan hemorragia y fallecen. Estas características epidemiológicas nos dan una idea clara de los aspectos generales de este procedimiento y nos brindan ciertos aspectos que nos servirán para tener una mejor resolución integral a las pacientes que se les realiza histerectomía obstétrica. En el Hospital de la Mujer ha sido evidente el aumento en el número de casos de este procedimiento, en los últimos años, sobretudo por la mayor cantidad de pacientes con acretismo placentario, por lo que nosotros como futuros profesionales de la salud, relacionados con el mismo, consideramos la necesidad de analizar esta situación para tener una mejor visión y manejo de este procedimiento y poder de esa manera, darle una posible solución lo más efectiva.

III. JUSTIFICACION

El propósito del trabajo consiste en conocer las características epidemiológicas y las indicaciones de las histerectomía obstétrica, de esa manera poder tener una idea clara con respecto a este procedimiento, y con esta información que pretendemos recolectar y ordenar, poder tener los medios necesarios, que nos ayudarán a tomar decisiones futuras para actuar y resolver problemas en una histerectomía obstétrica cuando estos se presenten.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general.

- Determinar cuáles son las principales indicaciones por las que se realiza Histerectomía Obstétrica, así como determinar las características epidemiológicas en las pacientes a las cuales se realiza este procedimiento en el Hospital de la Mujer en el periodo comprendido del 1º de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015.

4.2 Objetivos específicos.

- Determinar cuáles son los factores de riesgo de las pacientes a las que se les realiza histerectomía obstétrica en el Hospital de la Mujer.
- Determinar las características y las variables en las pacientes a las cuales se les realizó histerectomía obstétrica.
- Conocer las complicaciones de las pacientes a las cuales se les realizó histerectomía obstétrica.

V. HIPOTESIS

La histerectomía obstétrica es una cirugía de alta complejidad para la resolución de la hemorragia obstétrica, el analizar las indicaciones, y las complicaciones permitirá tener un mejor panorama en el manejo de la misma.

VI. MATERIAL Y METODOS.

6.1 Tipo de estudio: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en el Servicio de UTQ del Hospital de la Mujer, durante el periodo comprendido del 1º de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2015.

6.2 Recolección de datos: Se realizó una revisión de 82 expedientes que conforman el total de pacientes a quienes se les efectuó la operación histerectomía Obstétrica en el Hospital de la Mujer.

6.3 Universo: Pacientes que se les realizó Histerectomía Obstétrica en el Hospital de la Mujer.

6.4 Muestra: Pacientes que se les realizó Histerectomía Obstétrica en el Hospital de la Mujer, durante el período comprendido del 1º de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2015.

6.5 Criterios de inclusión:

- Pacientes postoperadas de histerectomía obstétrica.
- Expediente clínico completo.

6.6 Criterios de exclusión:

- Expediente clínico incompleto.
- Pacientes que el procedimiento se haya realizado en otra unidad hospitalaria.
- Que no se cuente con el resultado de patología de la pieza quirúrgica.

6.7 Criterios de eliminación:

- Expediente clínico no encontrado.

6.8 Variables.

Las variables analizadas fueron las siguientes:

- a) Sociodemográficos: edad.
- b) Antecedentes ginecoobstétricos: partos, cesáreas y abortos.
- c) Indicación de HO.
- d) Semanas de gestación (SDG).
- e) Vía de resolución del embarazo.
- f) Variedad quirúrgica de HO.
- g) Complicaciones perioperatorias
- h) Causas de reintervención quirúrgica.
- i) Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- j) Días de estancia hospitalaria: en (UCI) y global.

VII. RESULTADOS

En el periodo analizado se atendió un total de 15,121 nacimientos. En el 0.54 % (n=82) de los casos se realizó HO. La prevalencia anual calculada fue de 27.1/10,000 nacimientos. La media de edad fue de 27.5 ± 6.7 años, rango de 18 a 41 años.

Antecedentes ginecoobstétricos: gestaciones 3.00 ± 1.5 gestaciones, rango de 0 a 6 gestaciones. Primigestas 6.0% (n=5), multigestas 93.9% (n=77). Paridad 0.67 ± 1.41 partos, rango de 1 a 4 partos: nulíparas 62.1% (n=51), primíparas: 23.1% (n=19), multíparas 14.6% (n=12) Abortos 0.51 ± 0.89 , rango de 0 a 5 abortos. Sin antecedente de abortos 64.3% (n=53), 1 aborto 23.1% (n=19), ≥ 2 abortos 12.1% (n=10). Cesáreas 1.89 ± 2.12 , rango de 0 a 5 cesáreas. Sin antecedente de cesárea 12.1% (n=10), 1 cesárea 21.9% (n=18) y ≥ 2 cesáreas 65.8% (n=54)

Indicaciones de HO: acretismo placentario 35.3% (n=29), atonía uterina 21.9% (n=18), embarazo ectópico 9.7% (n=8), dehiscencia de histerorrafia 7.3% (n=6), placenta previa 6.0% (n=5), desprendimiento de placenta 4.8% (n=4), hematoma del ligamento ancho 2.4% (n=2), perforación uterina 2.4% (n=2), absceso pélvico 2.4% (n=2), miomatosis de grandes elementos 2.4% (n=2) y coriamnioitis 1.2% (n=1).

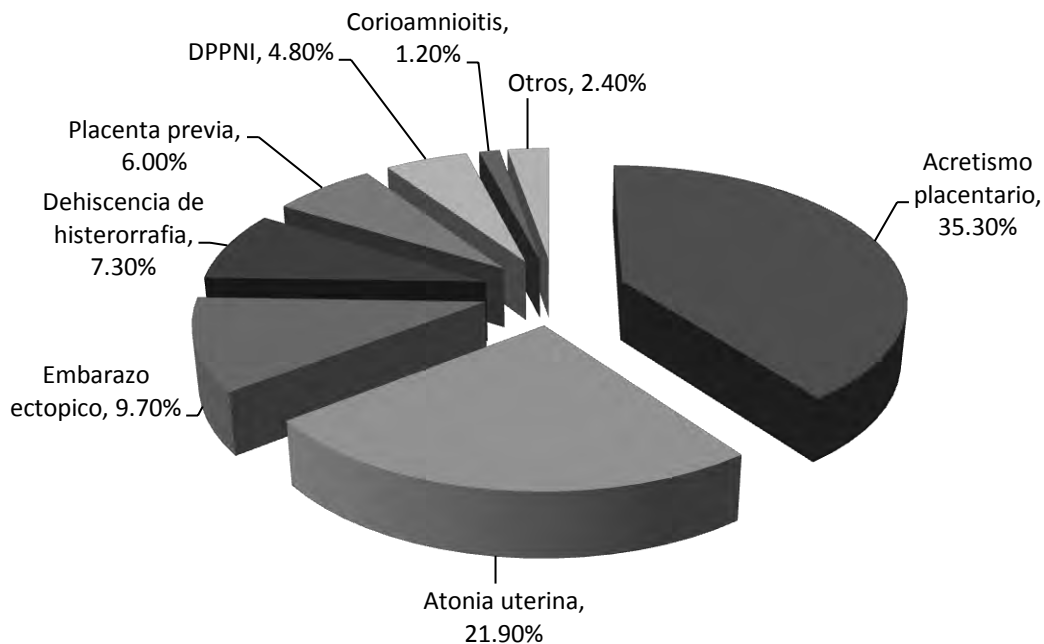


Figura 1. Indicaciones de Histerectomía Obstétrica.

La media de semanas de gestación (SDG) a la resolución del embarazo fue de 32.3 ± 9.5 SDG, rango de 6.3 a 40.2 SDG. Se obtuvieron 70 RN vivos; en el 84.28% (n=59) vía cesárea y en el 15.72% (n=11) por vía vaginal. Variedad de HO utilizada: HO total 95.1% (n=78) y subtotal 4.8% (n=4).

En el 34.1% (n=28) de los casos se presentaron complicaciones. Sangrado de cúpula vaginal 42.8% (n=12), lesión vesical % 28.5% (n=8), lesión intestinal 7.1% (n=2), eventración 3.5% (n=1), fístula vesicovaginal 3.5% (n=1), hematoma vaginal 3.5% (n=1), hematoma vulvar 3.5% (n=1), paro cardiorespiratorio recuperado 3.5% (n=1).

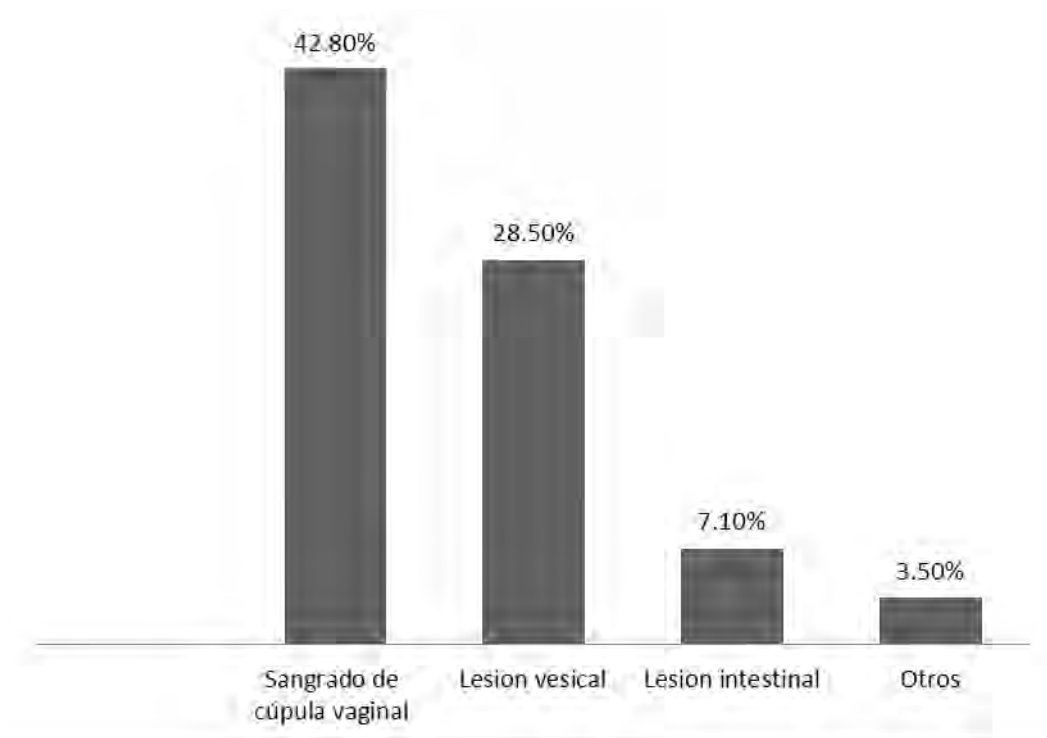


Figura 2. Complicaciones perioperatorias

En el 20.7% (n=17) de los casos se tuvo que reintervenir quirúrgicamente. Causas: Desempaquetamiento 9.7% (n=8), sangrado en cúpula 3.6% (n=3), empaquetamiento por sangrado en lecho quirúrgico 2.4% (n=2), reparación de lesión vesical 2.4% (n=2), lavado mecánico de pared abdominal 1.2% (n=1), hematoma en retroperitoneo 1.2% (n=1). En el 50% (n=41) se requirió cuidados de la UCI con una media de estancia de 3.6 ± 3.5 días, rango 1 a 22 días. La estancia global hospitalaria fue de 5.3 ± 3.0 días, rango 2 a 24 días.

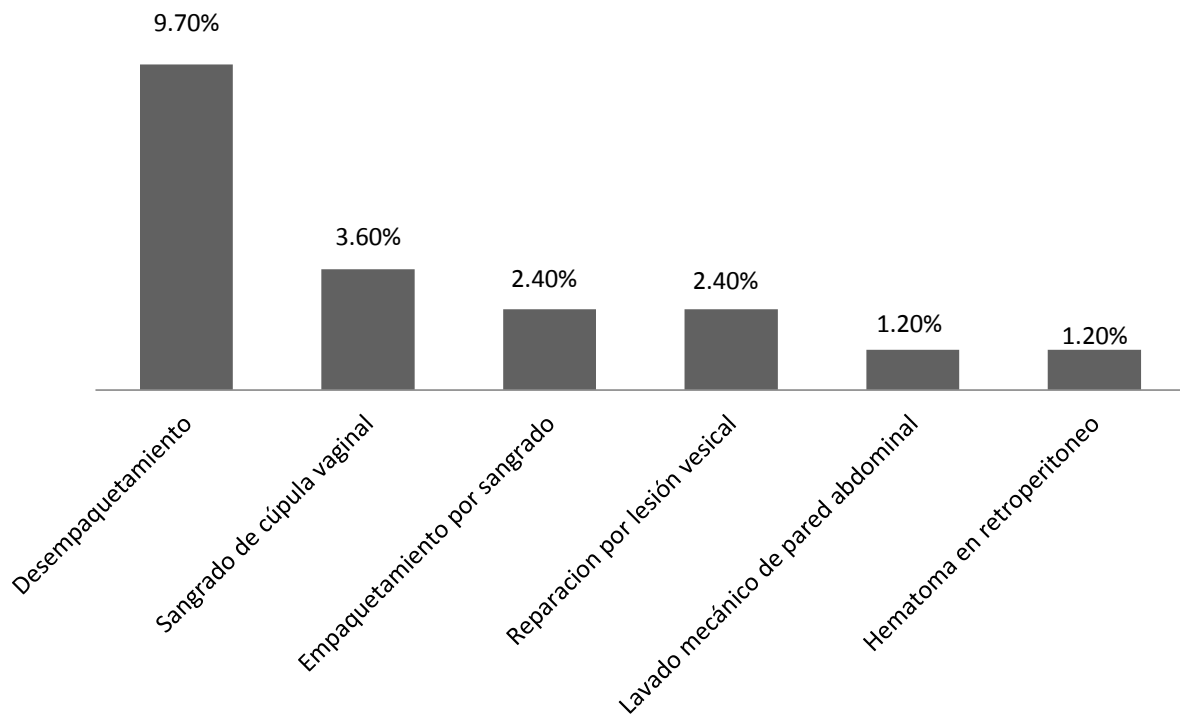


Figura 3. Causas de reintervención quirúrgica

VIII. DISCUSION

La Histerectomía obstétrica sigue siendo un procedimiento que puede salvar la vida de la paciente y que todo médico ginecoobstetra debe estar obligado y familiarizado con el conocimiento del mismo, así como su manejo y la resolución de las posibles complicaciones que se puedan presentar. La decisión de realizar este tipo de procedimiento debe ser tomada de manera particular con cada uno de los pacientes dándole un tratamiento oportuno y adecuado a cada paciente.^{20, 21, 22, 23}

La HO es una intervención de urgencia que puede salvar la vida de la paciente con hemorragia obstétrica grave.¹⁷ Fideas *et al* en 2013²⁸, observaron en su estudio una media de edad de 31.0 años. Por su parte, Casas-Peña *et al* en 2013⁴ y Reveles *et al* en 2008⁵ observaron algo similar (una media de 30.5 y 31.5 años; respectivamente). En nuestro estudio, la media de edad fue de 27.5 años. En un estudio similar en este mismo hospital, realizado por Mendoza *et al* en 2009³, se observó una media de edad de 29.0 años durante el periodo 2009-2010. Esto puede deberse a la atención de embarazos en edades cada vez más tempranas observadas en el Hospital de la Mujer en los últimos años. Avalos *et al* en 2012 reportó en nuestra institución una prevalencia de embarazo en mujeres de 12-29 años hasta de 131/1,000 embarazos los cuales presentaron una media de 3.0 ± 1.5 gestaciones y 1.8 ± 2.1 cesáreas; los cuales son factores de riesgo bien identificados en la literatura para hemorragia obstétrica grave (multiparidad y ≥ 3 cesáreas) lo cual puede tener como desenlace la HO y esto a su vez, limita de modo definitivo la fertilidad, pues implica el cese total de la función reproductiva.^{5, 27, 29}

La incidencia a nivel nacional es muy variable y depende de varios factores, entre ellos y el más importante es el tipo y características de la institución o centro hospitalario que reporta. Algunos autores la refieren entre 0.5 a 0.9%, acorde a lo reportado a nivel internacional.⁵ Casa-Peña (2013)⁴ refiere una prevalencia de 0.24-1.2/ 1,000 nacimientos. En nuestro hospital, la prevalencia fue mayor, pues alcanzó una cifra de 2.7/ 1,000 nacimientos. Ello puede deberse no sólo a una población cada vez más joven y con mayor número de gestaciones y cesáreas; sino también a que nuestra institución es un centro de referencia nacional de alta especialización en patología obstétrica.²⁷

Briceño *et al* en 2009²⁹ reportó como principales factores de riesgo para HO el índice de cesáreas (comentado anteriormente) y la placentación anormal (acretismo placentario y placenta previa). Numerosos estudios han demostrado que el riesgo de acretismo

placentario se incrementa en relación directa al número de cesáreas previas.^{25, 26, 29} En nuestro estudio el acretismo placentario fue la indicación principal de HO hasta en el 35.3%, seguido de atonía uterina en el 21.9% y embarazo ectópico hasta en un 9.7%. Briceño *et al* reportó como primera indicación de HO la atonía uterina.²⁹ Reveles *et al* por su parte, encontró como primera indicación la placentación anormal hasta en un 56.3% y atonía uterina en un 22.3%.⁵ El embarazo cornual o intersticial alcanza aproximadamente el 3% de todos los embarazos ectópicos. Éste se complica habitualmente entre la 8^a-16^a SDG y la hemorragia presentada puede ser fatal; debido a que el embarazo puede ubicarse entre el ovario y las arterias uterinas. En el Hospital de la Mujer, el embarazo ectópico es la tercera causa de HO.²⁹ De este modo, nuestros resultados son similares a la diversa literatura publicada en el tema.^{5, 12, 13}

En el estudio de Casas-Peña⁴ en el 65.79% de los casos correspondió a embarazos de término, al igual que lo observado por Rodríguez *et al*.⁴ En nuestro estudio, la media de SDG fue de 32.3, correspondiendo en su mayoría a embarazo pretérmino. Existen estudios que han comparado el riesgo de HO según la vía de resolución del embarazo y se ha demostrado un riesgo 6 veces mayor en los partos por cesárea que en los vaginales.¹⁷

Briceño *et al* en 2009²⁹ reportó como principales factores de riesgo para HO el índice de cesáreas (comentado anteriormente) y la placentación anormal (acretismo placentario y placenta previa). Numerosos estudios han demostrado que el riesgo de acretismo placentario se incrementa en relación directa al número de cesáreas previas.²⁹ En nuestro estudio el acretismo placentario fue la indicación principal de HO hasta en el 35.3%, seguido de atonía uterina en el 21.9% y embarazo ectópico hasta en un 9.7%. Briceño *et al* reportó como primera indicación de HO la atonía uterina.²⁹ Reveles *et al* por su parte, encontró como primera indicación la placentación anormal hasta en un 56.3% y atonía uterina en un 22.3%.⁵ El embarazo cornual o intersticial alcanza aproximadamente el 3% de todos los embarazos ectópicos. Éste se complica habitualmente entre la 8^a-16^a SDG y la hemorragia presentada puede ser fatal; debido a que el embarazo puede ubicarse entre el ovario y las arterias uterinas. En el Hospital de la Mujer, el embarazo ectópico es la tercera causa de HO.²⁹ De este modo, nuestros resultados son similares a la diversa literatura publicada en el tema.^{12, 13, 20}

En el estudio de Casas-Peña⁴ en el 65.79% de los casos correspondió a embarazos de término, al igual que lo observado por Rodríguez *et al*.⁴ En nuestro estudio, la media de SDG fue de 32.3, correspondiendo en su mayoría a embarazo pretérmino. Existen

estudios que han comparado el riesgo de HO según la vía de resolución del embarazo y se ha demostrado un riesgo 6 veces mayor en los partos por cesárea que en los vaginales.¹⁷

Briceño *et al*²⁹, refieren que la HO más frecuente es la total. En nuestro Hospital, ésta fue la técnica quirúrgica más utilizada (95.1%). La HO cursa con una alta morbilidad. Entre las principales complicaciones asociadas a dicho procedimiento quirúrgico se reportan choque hipovolémico, choque séptico, coagulación intravascular diseminada (CID) y lesión de vías urinarias.²⁹ También se han descrito complicaciones menos frecuentes entre las cuales se encuentra el hematoma abdomino-pélvico, el útero de Couvaliere, hemoperitoneo, hematoma y/o hemorragia de la cúpula vaginal y hematomas/abscesos pélvicos y de pared.²⁹ En nuestro estudio, las principales complicaciones fueron sangrado de la cúpula vaginal hasta en un 42.8%, lesión vesical en un 28.5% y lesión intestinal hasta en un 7.1%. se requirió reintervención quirúrgica hasta en el 24.3% y las tres principales causas fueron desempaquetamiento (9.7%), nuevo sangrado de cúpula vaginal (3.6%) y necesidad de nuevo empaquetamiento (2.4%). En el estudio de Reveles *et al*, el 47.1% de las pacientes requirieron ingreso a la UCI con una media de estancia en la unidad de 1.5 ± 2.3 días. En el Hospital de la Mujer se observó algo similar, pues en nuestro caso, el 50% de las pacientes ingresaron a la UCI. Sin embargo, nuestra estadía en dicho servicio fue mucho mayor (3.6 ± 3.5 días). Sucede lo contrario en cuanto al rubro de estancia hospitalaria global, donde es menor en comparación con dicho estudio (5.3 ± 3.0 vs. 11.0 ± 9.0 días).^{5, 20}

IX. CONCLUSIONES

La histerectomía obstétrica representa un procedimiento efectivo para el manejo de hemorragia postparto que no responde a otro tipo de tratamiento para disminuir la morbilidad y mortalidad en las pacientes. En el Hospital de la Mujer, la principal indicación para su realización fue acretismo placentario y atonía uterina. De modo general, para disminuir la incidencia de HO y su alta morbimortalidad debe enfatizarse una buena consulta prenatal para identificar aquellas pacientes con alto riesgo para HO (≥ 30 años, multigestas, multíparas, ≥ 3 cesáreas o cicatrices uterinas anteriores, placenta previa, acretismo placentario, etc.), buscar intencionadamente alteraciones en la inserción placentaria y prevención de la atonía uterina.

Todo ginecoobstetra y médico en formación debe conocer y aumentar su *expertise* en identificación oportuna y tratamiento eficaz (en sus múltiples modalidades) de la hemorragia obstétrica grave (ligadura de arterias uterinas con la técnica Zea, uso del balón de Bakri, técnicas compresivas uterinas, ligadura bilateral de arterias hipogástricas y realización de HO) para verdaderamente disminuir la morbimortalidad materna y perinatal asociada a esta patología.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos Garcia R, Ramirez Lopez G, Hurtado Estrada G, Indicaciones de histerectomía obstetrica en el Hospital de Ginecología y obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. Archivos de investigacion materno infantil /2010; 2 (1):11-14.
2. Aguilar Ponce S, Safora Enriquez O, Rodriguez Izquierdo A, La histerectomía obstetrica como un problema vigente. Revista cubana de Ginecología y Obstetricia 2012; 38 (1):107-116.
3. Mendoza Gama AY, Pichardo Cuevas M, Moreno Sanchez JA, Naranjo Gutierrez LA, Ramirez Montiel ML, Contreras Carreto NA, Histerectomía obstetrica en el Hospital de la Mujer, SSA, México, DF. Rev Invest Med Sur Mex, Julio- septiembre 2011; 18(3):96-101.
4. Casas PR, Perez VL, Chicangana FG. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomia obstetrica en el Hospital Universitario San Jose de Popayan, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia 2013;64:121-125.
5. Reveles VJ, Villegas RG, Hernandez HS et al. Histerectomia obstetrica: Incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Mex 2008;76:156-160.
6. Machado LSM. Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome. North Am Sci 2011; 3:358-361.
7. Briery CM, Rose CH, Hudson WT, Lutgendorf MA et al. Planned vs emergent cesarean hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 2007;154:1-5.
8. Haghenbeck AFJ, Leis MT, Ayala YR et al. Planned vs emergent cesarean hysterectomy;81:259-271.
9. Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert JF. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: A case-control study. ACOG 2003;102:141-145.

10. Baskett TF. Emergency obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynecol* 2003;23:353-355.
11. Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:1440-1444.
12. Nava FJ, Páez AJ, Veloz MG, Sánchez VV, Hernández VM. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:289-294.
13. Quesnel GBC, Ahued JR, Rivera J, Obeid LJ. Obstetric hysterectomy. A review of 675 cases at the Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex* 1997;65:119-24.
14. Hofmeyr JG, Lale B, Gulmezoglu MAB. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: The prevalence of uterine rupture. *BJOG* 2005;112:1221-1228.
15. Suarez GJ, Gutierrez MM, Corrales JA, et al. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011;37:481-488
16. Eniola OA, Bewley S, Waterstone M, Hooper R, Wolfe CD. Obstetric hysterectomy in a population of South East England. *J Obstet Gynaecol* 2006;26:104–109.
17. Gupta U, Ganesh K, Emergency Hysterectomy in obstetrics: review of 15 years. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol*. 1994 Mar;20(1):1-5.
18. Barclay L. Histerectomía post operación cesárea. Experiencias adquiridas en 30 años. *Obstet Ginecol*. 2005;35:120-131.
19. Chestnut H, Edeh S, Parken R. Peripartum hysterectomy: a review of cesarean and postpartum hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2005;65:367-370.

20. Perez MJL, Iniesta MA, Vazquez LA. Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" y en el Hospital Angeles Mexico: Analisis comparativo. 2008;53:10-14.
21. Uribe R, Reyes L, Zamora J. La histerectomía como recurso en la obstetricia actual. Ginec Obstet Mex. 2004;43:113-122.
22. Kastner E, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. Obstet Gynecol. 2002;99:971-975. 23. Stanco M, Paul H, Mishell R. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. Am J Obstet Gynecol. 2003;168:879-883.
24. Deux JF, Bzot M, Le Blanche AF, et al. Is selective embolization of uterine arteries a safe alternative to hysterectomy in patients with postpartum hemorrhage. AJR 2001;177:145-149.
25. Campos BGA, Enriquez GR, Guerrero AG. Ventajas de la embolización en pacientes con placenta acreta. Anales de Radiología Mexico 2013;4:236-40.
26. Malagon RRM, Angeles BMJ, Salgado DI Estrategia en acretismo placentario: Técnica Malagon Reyes. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y terapia Intensiva 2013; 27: 119-121.
27. Avalos Guerrero A, Pichardo Cuevas M, Rosales Lucio J, Gonzalez Velazquez A, Contreras Carreto NA, Vía de resolución del embarazo en una muestra de adolescentes mexicanas. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. Rev Invest Med Sur 2013; 20:88-94.
28. Noguera Sanchez MF, Karhmer Krivitzky S, Rabadan Martinez CE, Antonio Sanchez P, Acretismo placentario, un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento. Ginecol Obstet Mex 2013;81:99-104.

29. Briceño Perez C, Briceño Sanabria L, Garcia S, Jaimes T, Briceño Sanabria JC, Briceño Sanabria C, Histerectomía obstetrica: Analisis de 15 años. Rev Obstet Ginecol Venez 2009;69(2);89-96.

ABREVIATURAS

HO	Histerectomía obstétrica.
UTQ	Unidad tocoquirúrgica.
DEIH	Días de estancia intrahospitalaria.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
CID	Coagulación intravascular diseminada.
SDG	Semanas de gestación.
UCI	Unidad de cuidados intensivos.
RN	Recién nacido.