



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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

**CAUSAS DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA A PARTIR DEL TERCER
TRIMESTRE DEL EMBARAZO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DR. ALBERTO ARRIAGA LÓPEZ

ASESORA:

DRA. MARÍA GUADALUPE ÁLVAREZ JIMÉNEZ



CUIDAD DE MÉXICO.

DIPLOMACIÓN OPORTUNA JUNIO 2019.

GRADUACIÓN FEBRERO 2020.



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.

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

Por medio de la presente informamos que el C. Alberto Arriaga López, residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis **“Causas de histerectomía obstétrica a partir del tercer trimestre del embarazo”** con número de registro del proyecto R-2018-3606-040 por lo que otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

Dr. Oscar Moreno Álvarez
Director General
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer
Director de Educación e Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Sebastián Carranza Lira
Jefe de la División de Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. María Guadalupe Álvarez Jiménez
Asesor de Tesis
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud por siempre a Dios, como yo lo concibo, por darme la oportunidad de cumplir y vivir mi sueño de ser especialista, por concederme la serenidad, el valor y la sabiduría para llegar a la meta.

A mis Padres; a ti Papá por todo el apoyo incondicional que me brindaste durante estos cuatro años, gracias por tus consejos y por enseñarme que la mejor herencia que un padre le puede dar a un hijo es el estudio y el trabajo. A ti Mamá, por toda la paciencia que me has tenido y por transmitirme la fortaleza necesaria para aprender de los golpes de la vida y continuar.

A mi esposa; gracias Amor por creer en mí, por estar siempre en las buenas y en las malas, por comprender y aguantar la distancia, gracias por ser mi amiga y una gran compañera de vida, este triunfo también es tuyo. Te Amo.

A mis hijos Harim, Gael y Arath, gracias por ser el motor de mi vida, por haber llegado a mi mundo en el mejor momento, sé que aún no lo comprenden pero todo este sacrificio es por ustedes. Los Amo con todo mi ser.

A todos mis maestros de la Gineco 4 y de Querétaro, ya que gracias a la confianza que me tuvieron desde el principio y a todas sus enseñanzas, hoy puedo concluir un ciclo más y poner en práctica todo lo adquirido durante mi formación.

A mi asesora de tesis, Dra. Álvarez, por la orientación y sus consejos, pero especialmente por confiar en mí para la realización de este trabajo. También al Dr. Martínez Chéquer y Dr. Carranza por todo el respaldo en esta recta final de mi especialidad.

A mis compañeros y amigos de generación, porque con ellos este viaje de la vida llamado residencia, se convirtió en una experiencia grata, llena de armonía y momentos inolvidables, que sin duda alguna ayudaron a superar las horas difíciles de esta etapa.

A mis hermanos en Chiapas: Gema, Joselo, Karla, Fabián, Pepe, Memo, Mariano, Chuy, Tato, Quique, Milo, Pancho, Tere y Alfredito, gracias por todas las veces que me escucharon y me animaron a seguir adelante cuando quise desistir. Hoy les dedico esta victoria.

Y desde luego, gracias a las pacientes, ya que es por ellas y para ellas que se inició y se culminó esta etapa repleta de horas de estudio, desvelo, hambre, regaños y la necesidad de estar lejos de casa, pero que a partir de este momento todo eso se convierte en alegría, orgullo y satisfacción.

INDICE

| | |
|----------------------------|----|
| RESUMEN | 5 |
| ANTECEDENTES | 7 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 10 |
| JUSTIFICACIÓN | 10 |
| OBJETIVO | 10 |
| METODOLOGÍA | 11 |
| RESULTADOS | 15 |
| DISCUSIÓN | 18 |
| CONCLUSIÓN | 20 |
| BIBLIOGRAFÍA | 21 |
| TABLAS Y GRÁFICAS | 23 |
| ANEXO | 36 |

RESUMEN

ANTECEDENTES: La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico que consiste en extraer el útero, durante el embarazo o puerperio, debido a complicaciones que atentan contra la vida de la paciente, la decisión deber ser tomada de manera oportuna, ya que una decisión tardía puede ser fatal. La hemorragia postparto es uno de los principales factores detonantes para que se lleve a cabo, la atonía uterina, es una de las principales causas, seguido de alteraciones en la implantación de la placenta y ruptura uterina, entre otras causas.

OBJETIVO: Determinar las causas de histerectomía obstétrica ocurridas a partir del tercer trimestre del embarazo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal. La muestra fue constituida por pacientes que se les practicó histerectomía obstétrica a partir de la semana 28 del embarazo (tercer trimestre), durante el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2017.

Se incluyeron a todas las pacientes que tuvieron resolución del embarazo e histerectomía obstétrica en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" a partir de la semana 28 de la gestación y que cumplieron con los criterios de inclusión durante el periodo de tiempo establecido.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, se calcularon medias, proporciones, desviaciones estándar, frecuencias absolutas y relativas e intervalos de confianza. Los resultados se plasmaron en cuadros y gráficas comparativas.

RESULTADOS: Se realizaron un total de 42 histerectomías obstétricas a partir del tercer trimestre del embarazo durante el periodo de estudio. Se eliminaron 5 pacientes por falta de expedientes en el archivo clínico. Por lo que se incluyeron 37 casos en el estudio, la media de la edad fue de 33 años (con un intervalo de 18 a 42 años). La edad gestacional promedio a la que se realizó la histerectomía fue 35.1 semanas. El 18.9% de los casos fueron primigestas, 37.8% secundigestas y el 43.2% fueron pacientes con tres o más embarazos. Las principales causas de histerectomía fueron: anomalías de la inserción placentaria (56.8%), atonía uterina (32.4%) y dehiscencia de histerorrafia (5.4%). En el 91.9% de los casos se realizó histerectomía total, 5.4% subtotal y hubo un solo caso de histerectomía radical, es decir el 2.7%. El sangrado promedio fue de 2105 ml y la mortalidad materna fue nula.

CONCLUSION: La Histerectomía Obstétrica es un procedimiento de urgencia y el objetivo es preservar la vida de la paciente. En este estudio se corroboró que la mayoría de las histerectomías se realizó en pacientes como tres o más embarazos, además de que la principal causa en nuestro centro hospitalaria fueron las anomalías de incersión placentaria incluyendo acretismo y placenta previa, lo cual no es acorde con la literatura actual donde la causa principal es la atonía uterina.

PALABRAS CLAVE: Histerectomía obstétrica, factores de riesgo, acretismo placentario, multiparidad, hemorragia.

SUMMARY

BACKGROUND: Obstetric hysterectomy is a surgical procedure that involves removing the uterus, during pregnancy or puerperium, due to complications that threaten the life of the patient, the decision must be taken immediately and timely, as a late decision may be fatal. Postpartum hemorrhage is one of the main factors for it to take place, uterine atony is the main cause, followed by alterations in the implantation of the placenta and uterine rupture, among other causes.

OBJECTIVE: To determine the causes of obstetric hysterectomy that occurred after the third trimester of pregnancy.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective, descriptive, cross-sectional study was carried out. The sample was constituted by patients who underwent obstetric hysterectomy as of week 28 of pregnancy (third trimester), from January 1 to December 31, 2017.

They were included all the patients who had pregnancy resolution and obstetric hysterectomy, at the UMAE Obstetrics and Gynecology Hospital "Luis Castelazo Ayala" from 28 weeks of gestation, who met the inclusion criteria during the study period.

The statistical analysis was carried out with the SPSS program and means, proportions, standard deviations, absolute and relative frequencies, and confidence intervals were calculated. The results were expressed in tables and comparative graphs.

RESULTS: A total of 42 obstetric hysterectomies were performed during the third trimester of pregnancy, from January to December 2017. Five patients were discarded due to the fact that the files were not found in the UMAE clinical file. Therefore, only 37 cases were reviewed, the average age was 33.4 ± 5.6 years (18-42 years). The average gestational age was 35.1 ± 3.3 weeks of gestation. 18.9% it was the first pregnancy, 37.8% it was de second pregnancy and 43.2% were patients with three or more pregnancies. The three main causes of hysterectomy were, anomalies of placental insertion (56.8%), uterine atony (32.4%) and dehiscence of hysterorrhaphy (5.4%). In 91.9% of the cases a total hysterectomy was performed, 5.4% subtotal, and there was a single case of radical hysterectomy, that is, 2.7%. An average total bleeding of 2105 ml was obtained. Maternal mortality was 0%.

CONCLUSION: Obstetric Hysterectomy is an urgent procedure to avoid fatal results and save the life of the patient. In this study it was corroborated that obstetric hysterectomy is more frequent in patients with three or more pregnancies, and the main cause in our hospital was placental incersion anomalies, including acretism and placenta previa, which is not in accordance with the current literature where the main cause is uterine atony.

KEYWORDS: Obstetric Hysterectomy, indications an risk factors

CAUSAS DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA A PARTIR DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico donde se extirpa el útero después de extraer al feto. Está indicada para tratar diferentes complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente principalmente por hemorragia.

Esta intervención se justifica después de una cesárea, parto vaginal, legrado o durante el puerperio mediato o tardío (1). El vocablo Histerectomía se forma de dos raíces griegas: *histero* (matriz, útero) y *tomos* (extirpar), extirpación total o parcial del útero.

Es un gran reto para los ginecoobstetras y está considerada como una cirugía de carácter urgente, por el alto riesgo de la paciente (1,2). Dentro de los factores de riesgo que predisponen para la realización de este procedimiento se encuentra: cesárea previa, edad mayor de 35 años, multiparidad, instrumentación uterina previa, antecedentes de hemorragia en el parto anterior y vía de interrupción del embarazo por cesárea (2-7).

Es un procedimiento quirúrgico que en la actualidad se reserva sólo para aquellas pacientes en las que el manejo para preservar el útero no ha tenido éxito, se considera una emergencia obstétrica para preservar la vida (5). Existen múltiples indicaciones para realizar una histerectomía obstétrica, la hemorragia posparto es una de las indicaciones principales y ocurre en el 1% de las pacientes, generalmente secundaria a atonía uterina y a alteraciones en la implantación placentaria, también existen otras complicaciones que se detallan más adelante y que comprometen la vida de la paciente. En ocasiones no es posible controlar estas complicaciones durante la resolución del embarazo, ya sea vía vaginal o abdominal, pese a que desde hace años se dispone de medicamentos uterotónicos o procedimientos quirúrgicos conservadores (1,2,6-10).

Fue el italiano Joseph Cavallini, que en el siglo XIII, en el año 1768, realizó las primeras histerectomías en animales gestantes y no gestantes, con lo que pudo demostrar que el útero es un órgano que puede ser extraído del cuerpo sin perder la vida. La primera histerectomía obstétrica exitosa, de la que se tiene registro, en donde sobrevivieron madre e hijo, fue realizada en Italia en la ciudad de Pavia, por Eduardo Porro, el 21 de mayo de 1876, en una paciente a quien se le indicó finalización del embarazo vía abdominal debido a pelvis estrecha y presentación podálica. Porro y sus colegas acordaron que la cesárea era la única posible solución y en caso de hemorragia incoercible, extirpar el útero. La técnica fue publicada en Milán, en el mismo año, con el título "*Della amputazione utero-ovarica come complimento di taglio cesareo*". Esta intervención ya se había realizado previamente en 1869 en la ciudad de Boston, por Horatio Robinson Storer y otros obstetras, aunque sin éxito y con final catastrófico, tanto para la madre como para el feto, la paciente presentaba un tumor que obstruía el canal de parto, falleció tres días después de la cirugía. Posterior al éxito de Porro y colaboradores, algunos ginecoobstetras la utilizaron con fines de esterilización o como tratamiento resolutivo de otras enfermedades que se manifestaban al momento del parto, pese a que dicho procedimiento elevaba las cifras de morbimortalidad. La cesárea mutilante, como fue llamada cesárea-histerectomía, ha sido conocida desde ese entonces como histerectomía de Porro y se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 140 años (2,6-10).

Epidemiología

La incidencia de la histerectomía obstétrica varía de acuerdo a las instituciones de salud de cada país. Sin embargo se reportan 7 a 13 por cada 10,000 nacimientos a nivel mundial. Existen series alrededor del mundo que reportan diferentes datos, en Chile la incidencia en un estudio realizado de 2000 a 2005 fue de 0.12%, en Estados Unidos es del 1.3 a 1.5%, en Venezuela se reportó en el período de 2000 a 2007 de 0.16%, Cuba entre 1994 a 2008 fue de 0.2%, Noruega ha reportado tan sólo 11 casos en un lapso de 25 años e Inglaterra reporta 4.1 por 10,000 nacidos vivos. En México algunos autores reportan una incidencia del 1.72%.(2,7,9,11-13)

Clasificación

Se puede dividir según el momento de realización en:

- Cesárea-histerectomía (Histerectomía de Porro): se realiza inmediatamente después al nacimiento, es decir, en un mismo tiempo quirúrgico.
- Histerectomía obstétrica en el puerperio: la cual se debe a complicaciones durante el puerperio inmediato, mediato e incluso tardío y puede ser postparto, postcesárea o postaborto, y se realizan en tiempos quirúrgicos diferentes.
- Histerectomía en Bloque: ésta se realiza cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica, un feto muerto, corioamnionitis severa, sepsis grave o choque séptico. (1,7,12-14)

Y según su extensión en:

- Histerectomía total: se extrae el útero y el cuello uterino, pero se conserva los ovarios y las trompas.
- Histerectomía subtotal: se remueve el útero dejando el cuello uterino, los ovarios y las trompas.
- Histerectomía radical: se extrae el útero, el cuello uterino, los ovarios, las trompas y los nodos linfáticos de la pelvis, se realiza en pacientes con enfermedad neoplásica. (1,10,13-15)

También puede ser electiva o de urgencia, siendo el procedimiento de urgencia más frecuente. Las causas para realizarla de manera electiva, se deben a situaciones oncológicas, causas benignas como los miomas, placenta previa y corioamnionitis (1,2,12-14).

Indicaciones

La histerectomía obstétrica está indicada cuando la vida de la paciente se encuentra en riesgo, además de ello se requiere la intervención de personal médico altamente experimentado que pueda resolver cualquier complicación. Dentro de las principales indicaciones encontramos las siguientes:

Indicaciones absolutas: Ruptura uterina de difícil reparación, hemorragia incoercible, útero de Couvelaire en desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, acretismo placentario, atonía uterina que no se resuelve con tratamiento farmacológico, prolongación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos, infección puerperal de órganos pélvicos.

Indicaciones electivas: Estas son las que se plantean antes del acto quirúrgico; carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama, mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha, torsión de útero grávido en grado avanzado, afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias y prolapso uterino), algunos casos de corioamnionitis grave, enfermedad concomitante que amerite suprimir la menstruación (talasemia, púrpura trombocitopénica idiopática, etc.) (1,2,4,9-11,15-17)

Técnica quirúrgica

Va a depender totalmente del tipo de histerectomía obstétrica que se planea realizar y del momento en que se lleve a cabo la misma, un factor importante es la habilidad del cirujano, así como de las características propias del procedimiento quirúrgico. Una de las más usadas en la técnica tradicional empleada en la cirugía de Porro, aunque de antemano es bien conocido que a lo largo de los años se han implementado nuevas técnicas: (18-21)

Complicaciones

Hasta el 50% de las pacientes puede cursar con alguna complicación posterior a la histerectomía obstétrica. La frecuencia de estas complicaciones, depende de la urgencia con la que se realizó la intervención. Y se pueden clasificar de la siguiente manera: (2,4-6,16-21)

- Complicaciones intraoperatorias: son anestésicas, hemorragia transoperatoria y lesiones no intencionadas de órganos vecinos.
- Complicaciones inmediatas: pueden ocurrir durante las primeras 24 horas, las cuales son las hemorragias intra abdominales, de pared abdominal o de cúpula vaginal, íleo, choque hipovolémico y lesión renal aguda.
- Complicaciones mediatas: suelen ocurrir entre el segundo y vigésimo primer día posoperatorio, tales como fístulas, hematomas y/o abscesos de pared abdominal o de cúpula vaginal, dehiscencia de herida quirúrgica, enfermedad tromboembólica, coagulación intravascular diseminada, adherencias abdominopélvicas, obstrucción o pseudoobstrucción intestinal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el tercer trimestre del embarazo y el puerperio se presentan complicaciones que pueden poner el riesgo la vida de la paciente, causas específicas que pueden inducir a la realización de una histerectomía obstétrica, electiva o de urgencia. Cerca del 2% de las mujeres en nuestro país poder sufrir una de estas causas y terminar en la extirpación del útero.

No se contaba con estadísticas que permitieran evidenciar la magnitud del problema en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", por lo que el de la presente tesis fue conocer las causas principales de histerectomía obstétrica y la existencia de factores clínicos que se asocien a ella.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las causas de histerectomía obstétrica en el tercer trimestre del embarazo?

JUSTIFICACIÓN

La histerectomía obstétrica es uno de los recursos mayormente utilizado por los obstetras para el manejo de la hemorragia postparto, misma que se considera una de las primeras causas de muerte materna en nuestro país; independientemente de la causa, se trata de una intervención urgente cuando las medidas que manejo conservador han fallado. Es un procedimiento en donde es imperante una decisión oportuna, ya que un retraso en esta decisión puede comprometer de manera importante y fatal la vida de la paciente.

En México aunque la incidencia es relativamente baja en comparación a otros países, ha incrementado su incidencia a lo largo de la última década. Por tal motivo es fundamental conocer las principales causas que llevan a la realización de una histerectomía obstétrica, por lo que los resultados de este estudio pueden brindar elementos útiles para el diseño de estrategias de prevención, toma de decisiones y mejorar la calidad de la atención de este grupo de riesgo en la UMAE.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las causas de histerectomía obstétrica ocurridas a partir del tercer trimestre del embarazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar cuál es el diagnóstico preoperatorio con el que se decidió programar la histerectomía obstétrica
2. Señalar cuáles son los antecedentes obstétricos que presentan las pacientes que sufrieron una histerectomía obstétrica.
3. Determinar los posibles factores asociados a la realización de una histerectomía obstétrica.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

No es necesaria para este estudio descriptivo.

TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, descriptivo y transversal.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica a partir del tercer trimestre del embarazo, en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", en el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2017.

OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

Muestro no probabilístico, se incluyeron a todas las pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica en el tercer trimestre del embarazo en el período de tiempo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017 y que cumplieron con los criterios de selección.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **Criterios de inclusión**

Pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica a partir de la semana 28 de gestación en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", en el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2017.

Con expediente clínico en el archivo del hospital.

- **Criterios de no inclusión**

Pacientes con realización de histerectomía obstétrica durante el primer y segundo trimestre del embarazo

Pacientes que hayan tenido resolución del embarazo en otra Unidad Hospitalaria.

- **Criterios de exclusión**

Expediente clínico con información incompleta, notas médicas ilegibles o sin reporte de patología de la pieza quirúrgica.

VARIABLES

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Indicador |
|-------------------------------------|---|--|------------------------|---|
| Edad materna | Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento de la persona | Años | Cuantitativa discreta | Años cumplidos |
| Edad gestacional | Semanas del embarazo a la cual ocurre el nacimiento | Semanas | Cuantitativa discreta | Semanas de gestación |
| Control prenatal adecuado | Asistencia a 5 o más consultas médicas durante el embarazo | Control prenatal regular o no | Cualitativa dicotómica | Si No |
| Gestaciones | Cantidad de embarazos contando parto, cesárea o aborto | Número total de embarazos | Cuantitativa discreta | Número de gestas |
| Partos | Nacimiento del feto por vía vaginal | Número embarazos que se resolvieron por parto | Cuantitativa discreta | Número de partos |
| Cesáreas | Nacimiento del feto vía abdominal | Número de embarazos que se resolvieron por cesárea | Cuantitativa discreta | Número de cesáreas |
| Abortos | Pérdida de la gestación antes de la semana 20 | Número de embarazos que terminaron en aborto | Cuantitativa discreta | Número de abortos |
| Ectópico | Embarazo con implantación fuera de la cavidad uterina | Número de embarazos ectópicos | Cualitativa dicotómica | Si No |
| Embarazo múltiple | Gestación con más de un producto | Presencia de gestación múltiple | Cualitativa dicotómica | Si No |
| Muerte fetal intrauterina | Muerte fetal previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad de la duración del embarazo | Presencia de óbito en la gesta actual | Cualitativa dicotómica | Si No |
| Cirugías gineco obstétricas previas | Procedimiento quirúrgico realizado en algún sitio de los órganos o estructuras pélvicas | Uterino, ovárico, suelo pélvico | Cualitativa politómica | Nombre de las cirugías previas |
| Complicaciones durante el embarazo | Morbilidades que afectan la salud y/o la vida del binomio | Amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, infecciones, etc | Cualitativa politómica | Nombre de la complicación durante el embarazo |

| Vía de interrupción del embarazo | Vía por medio de la cual se finaliza la gestación | Parto, cesárea | Cualitativa dicotómica | Parto Cesárea |
|-----------------------------------|--|--|------------------------|--|
| Histerectomía obstétrica | Procedimiento quirúrgico que consiste en extraer el útero, durante el embarazo, parto o puerperio. | Histerectomía postparto, postlegrado, postcesárea, cesárea-histerectomía, histerectomía en el puerperio inmediato, mediato o tardío, histerectomía total, subtotal o en bloque | Cualitativa politómica | Tipo de histerectomía que se realizó |
| Causa de histerectomía obstétrica | Causa para indicar la histerectomía en el embarazo o puerperio | Atonía uterina, acretismo, útero de Couvelaire, absceso pélvico, etc. | Cualitativa politómica | Indicación o indicaciones de la histerectomía obstétrica |

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se calcularon proporciones, desviaciones estándar, frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se plasmaron en cuadros y gráficas comparativas. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS V. 20

CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

1. Este estudio tiene un apego a la Legislación y reglamentación de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, lo que vendrá mayor protección a los sujetos del estudio.

2. De acuerdo con el artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de investigación para la Salud, este proyecto está considerado como **investigación sin riesgo** ya que únicamente se consultaron registros de expediente clínico y electrónico.

3. Los procedimientos de este estudio se apegaron a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud y se llevaron a cabo en plena conformidad con los siguientes principios de la Declaración de Helsinki, (y sus enmiendas en Tokio, Venecia , Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:

- a) Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema realizar.
- b) Este protocolo fue sometido a evaluación y aprobado por el Comité Local de Investigación y el Comité Local en Ética, en Investigación de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- c) Se trató de un estudio retrospectivo, únicamente se requirió la consulta de datos obtenidos del expediente clínico y electrónico, no se recabaron datos personales que permitieran la identificación de las participantes por lo que no se requirió carta de consentimiento informado.
- d) Este protocolo fue realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competente y certificado en su especialidad.
- e) Este protocolo guardará la confidencialidad de las personas.

4. Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg y el Informe de Belmont.

ÁMBITO GEOGRÁFICO:

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala".

RESULTADOS

Se incluyeron 37 casos de histerectomía obstétrica realizadas a partir del tercer trimestre del embarazo, de enero a diciembre de 2017.

La edad materna registrada fue de 33.4 ± 5.6 años y la edad gestacional al momento de la histerectomía fue de 35.1 ± 3.3 semanas de gestación.

ANTECEDENTES PERSONALES

Dentro de los antecedentes personales de las pacientes de este estudio, predominaron la obesidad y la hipertensión arterial crónica considerablemente, el resto de antecedentes se resumen en la tabla 1. Sólo se registró un caso de muerte fetal intrauterina, el cual correspondía a una paciente con el antecedente de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Además se registró un caso de embarazo gemelar, en el cual la causa de la histerectomía fue atonía uterina.

NÚMERO DE GESTAS

Se encontraron 7 casos de pacientes primigestas, 14 secundigestas y 16 multigestas, en este último grupo se consideraron para fines de este estudio a pacientes con tres o más embarazos (Gráfica 1). El mayor número de casos de histerectomía obstétrica se registró precisamente en el grupo de multigestas.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y FACTORES DE RIESGO

Los antecedentes obstétricos que predominaron en nuestras pacientes, fueron las cirugías uterinas previas. Cabe mencionar que la mayoría de las pacientes llevó control prenatal regular, considerándose este como 5 o más consultas durante el embarazo (Tabla 2).

Dentro de los factores de riesgo para histerectomía obstétrica encontrados previo al nacimiento, predominaron proporcionalmente el antecedente de miomectomía, las pacientes con una cesárea previa y las que registraron una cesárea más un legrado uterino previo. Estos datos están concentrados en la tabla 3.

VIA DE RESOLUCIÓN

En cuatro de las pacientes la vía de resolución del embarazo fue mediante parto ($n=4$, 10.8%) y el resto mediante vía abdominal ($n=33$, 89.2%) (Gráfica 2). Del total de pacientes que se resolvieron por cesárea, en el 62.2 % la histerectomía se realizó en el mismo tiempo quirúrgico, mientras que en el 24.3% se realizó en una segunda intervención. Sólo se presentó un caso de histerectomía programada en bloque, debido a cáncer cervicouterino concomitante con el embarazo, representando un total de 33 casos, el resto se debió a los cuatro casos de pacientes atendidas por vía vaginal en donde se tuvo que realizar histerectomía postparto, 10.8%.

CAUSAS DE HISTERECTOMÍA

Las causas principales de histerectomía obstétrica durante el tercer trimestre del embarazo en nuestra UMAE, fueron en orden de frecuencia: anomalías de la inserción placentaria, incluyendo placenta previa y acretismo (n=21, 56.8%) (14 casos de placenta central total, 6 casos de acretismo, 1 caso de incretismo, resueltas por cirugía programada en 13 de los casos y por urgencia los 8 restantes, cabe mencionar que no se encontró ningún caso de percretismo), hemorragia por atonía uterina (n=12, 32.4%), dehiscencia total de histerorrafia (n=2, 5.4%), ruptura uterina (n=1, 2.7%) y cáncer cervicouterino (n=1, 2.7%) (Tabla 4, gráfica 3).

De los 4 partos que se registraron en este estudio, en el 100% la indicación de la histerectomía fue por atonía uterina, uno de ellos fue fortuito el cual recibió manejo con carbetocina 100 mcg dosis única, mientras que en los 3 partos institucionales se utilizó manejo escalonado farmacológico de hemorragia postparto, además las 3 pacientes recibieron analgesia obstétrica. En 2 de las pacientes se realizó previa maduración cervical con dinoprostona, 3 dosis intracervical en ambos casos y en la tercera se llevó a cabo conducción con oxitocina a dosis habituales.

MANEJO MÉDICO PREVIO A HISTERECTOMÍA

En las 12 pacientes con atonía se utilizó previamente oxitocina en 8 de ellas y carbetocina en el resto. Dentro de las técnicas conservadoras independientemente de la vía de nacimiento, se realizaron 11 desarterializaciones de arterias uterinas, 1 sutura compresiva, 8 ligaduras de arterias hipogástricas y 1 pinzamiento vaginal técnica Zea (Tabla 5). En cuanto a los tipos de histerectomía obstétrica realizadas, de acuerdo al tiempo quirúrgico predominó la cesárea-histerectomía y de acuerdo a su extensión, el procedimiento más realizado fue la histerectomía total, estos datos se comentan en la tabla 6.

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS

De acuerdo a los hallazgos transoperatorios, obtuvimos que la causa de histerectomía con mayor número de casos fueron las anomalías de la inserción placentaria, incluyendo acretismo y placenta previa, seguidos de la atonía uterina en segundo lugar, esto se detalla con precisión en la tabla 7. Además se registraron dos casos donde no hubo congruencia entre la indicación de la histerectomía y el reporte histopatológico. En el primer caso la indicación fue atonía uterina y el reporte de patología arrojó acretismo focal. En el segundo caso la indicación fue acretismo placentario y el reporte fue ruptura uterina.

De las pacientes que se registraron con dehiscencia de histerorrafia, ambas contaban con el antecedente de 34 y 26 horas de ruptura de membranas respectivamente. Por lo cual son las 2 pacientes registradas en donde se usó triple esquema antibiótico, a base de ampicilina, amikacina y metronidazol durante 7 días. En el resto, se usó ampicilina profiláctica preoperatoria en 33 pacientes y clindamicina en 2 de ellas por ser alérgicas a penicilina, ambos medicamentos se usaron en dosis única.

SANGRADO TOTAL Y CHOQUE HEMORRÁGICO

Se registró un sangrado total promedio de 2105 ml, tomando en cuenta si se trató de uno o dos procedimientos, ya sea parto e histerectomía, cesárea-histerectomía o cesárea e histerectomía en segunda intervención. La paciente que presentó la mayor cantidad de sangrado fue de 6500 ml, que fue una de las pacientes con placenta central total durante la cesárea y la de menor sangrado fue de 850 ml durante el parto. En la gráfica 4 se muestran los porcentajes de sangrado de acuerdo a la clasificación de choque hemorrágico en obstetricia. El 62.2% de las pacientes requirieron administración de hemocomponentes, a la paciente que se le administró el mayor número de paquetes, fueron 7 paquetes globulares, 6 plasmas frescos congelados y 1 aféresis plaquetaria.

Las 37 pacientes presentaron al menos un grado de choque hemorrágico (Gráfica 5), sin embargo menos de la mitad (n=16, 43.2%) ameritó ingreso a la unidad de cuidados intensivos, en 15 pacientes el motivo de ingreso fue choque hemorrágico grado IV y una de las pacientes con choque grado I se ingresó por diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad.

En el 100% de las pacientes la condición de egreso fue estable, no se presentaron referencias a otro hospital ni muertes maternas. En la tabla 8 se presentan los días promedios de estancia hospitalaria de acuerdo al servicio donde se encontraron hospitalizadas las pacientes o al tipo de diagnóstico registrado.

DISCUSIÓN

La histerectomía obstétrica a partir del tercer trimestre en nuestra UMAE, registró una incidencia durante el año 2017 de 0.34%, esto en base los 12,423 nacimientos registrados en ese año. Partiendo de lo anterior, se tomaron en cuenta los 42 casos de histerectomía obstétrica realizada a partir del tercer trimestre durante el periodo de estudio, sin embargo para nuestro trabajo únicamente 37 pacientes cumplieron con los criterios de selección.

En cuanto a los factores de riesgo que reporta la literatura como predisponentes para la realización de histerectomía obstétrica, el principal es la cesárea previa, el 62.2% de nuestras paciente contaba con este antecedente, de ellas el 54.1% tenía al menos una cesárea previa y el 8.1% restante tenía cesárea iterativa. La edad mayor de 35 años también es considerado como factor de riesgo, nuestra media de edad fue de 33.4 +- 5.6 años. Otro factor importante es la multiparidad, en nuestro estudio el 43.2% eran multigestas. La instrumentación uterina previa y la vía de interrupción del embarazo por cesárea también incrementan el riesgo. Datos que fueron corroborados por este estudio ya que el 35.1% tenía antecedente de uno o más legrados uterinos, sin olvidar que 2 pacientes primigestas contaban con el antecedente de miomectomía. Y en relación a la interrupción vía abdominal, se encontró un 89.2%, dato importante a considerar debido a la elevada tasa de cesáreas que se realiza en la actualidad en nuestro país. (2-7)

Dentro de las principales causas para llevar a cabo una histerectomía obstétrica, la literatura menciona absolutas y relativas. De las primeras, la indicación principal es la hemorragia incoercible, hecho que se corroboró en este estudio debido a que la segunda causa más frecuente fue la hemorragia no controlada, secundaria a atonía uterina, representando el 32.4%. La causa principal fueron las anomalías de la inserción placentaria, incluyendo placenta previa, específicamente placenta central total, además de acretismo e incretismo, con un total de 21 pacientes de las 37 en estudio, tomando en cuenta que de ellas el 76.2% tenían cesárea previa y el resto procedimiento uterinos contando legrado y las 2 pacientes con miomectomía, no se registraron casos de percretismo. La ruptura uterina también es una indicación principal, en nuestra investigación únicamente se documentó un caso por esta causa. Llama la atención que aunque no está reportado en la literatura específicamente como tal, pero se registraron dos causas por dehiscencia de histerorrafia, no obstante, se pueden englobar en infecciones puerperales como indicación para histerectomía obstétrica. Las indicaciones relativas se refieren a las que se plantean antes del procedimiento quirúrgico y la causa principal es oncológica, en nuestro estudio encontramos una paciente con embarazo y cáncer cervicouterino etapa clínica IB1, la cual se interrumpió a la semana 36 de gestación y se realizó histerectomía radical. (1,2,4,9-11,15-17)

Según la clasificación de histerectomía obstétrica, esta puede ser de acuerdo al momento de su realización y a su extensión. Encontramos que más del 60% se realizó en el mismo acto quirúrgico y sólo se encontró un caso de histerectomía en bloque, la cual decidió hacerse así debido a que se presentó muerte fetal intrauterina, esto en la paciente registrada con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, sin embargo la

causa principal fue acretismo, contando con el antecedente de cinco legrados uterinos como factor de riesgo principal. El resto se realizó en un segundo tiempo quirúrgico, dos de ellas en el puerperio tardío, en las cuales la causa fue dehiscencia total de histerorrafia, teniendo como principal factor de riesgo para presentar esta complicación, el antecedente de ruptura de membranas prolongada, con un tiempo de latencia de 34 y 26 horas. (1,7,12-14,18-21)

En los diferentes estudios realizados a nivel mundial sobre la extensión de la histerectomía obstétrica, la técnica más utilizada es la total, esto fue corroborado a través de nuestro estudio ya que 34 de las 37 pacientes se realizó este tipo de extensión. (1,10,13-15)

Otro aspecto relevante fue la congruencia entre la causa de la histerectomía y los hallazgos obtenidos mediante estudio de patología de la pieza quirúrgica enviada. En 35 de las pacientes hubo congruencia entre indicación y reporte patológico, pero en 2 de los casos, se encontró incongruencia, en el primero la indicación fue placenta previa y tanto los hallazgos transoperatorios como el reporte de patología corroboraron el único caso de ruptura uterina. En el segundo caso la indicación fue atonía uterina y el reporte arrojó acretismo focal. Mención importante merecen los casos de atonía en donde en todos se reportaron datos de microtrombos en vasos sanguíneos miometriales, un dato anatomopatológico característico que llama la atención y que podría ser motivo de estudios posteriores, ya que actualmente no existe en la literatura algo descrito al respecto o su asociación con atonía uterina. En el caso de ambas pacientes con dehiscencia de histerorrafia, el reporté mencionó únicamente la presencia de bacterias cocoides, sin especificar datos de mayor precisión. (2,7)

Como ya mencionamos se registró un sangrado total promedio de 2105 ml, a más del 60% de las pacientes se les tuvo que indicar transfusión de hemocomponentes, esto no coincide con la literatura mundial que reporta que del 80 al 100% de pacientes requieren transfusiones sanguíneas. (2-6,15)

Una de las complicaciones más frecuentes reportadas por la literatura internacional es el choque hemorrágico, en este estudio encontramos que el 100% de las pacientes cursó con algún grado de choque hemorrágico, 11 presentaron grado I, 7 grado II, 4 grado III y 15 grado IV. Sin embargo sólo 16 pacientes requirieron ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos. Además es importante destacar que las 37 pacientes fueron egresadas con estabilidad clínica satisfactoria ya que no se presentaron casos de referencia a otro hospital ni muerte materna. (16-21)

CONCLUSIÓN

La histerectomía obstétrica está considerada hoy en día como un procedimiento urgente en una paciente obstétrica crítica y como el último recurso para evitar resultados fatales, sobretodo la muerte. Se trata de una intervención que debe ser indicada oportunamente y realizada por un cirujano obstetra con experiencia, ya que amerita de una técnica correcta, adecuada precisión y la mayor rapidez posible, esto debido a que de su realización depende el éxito y el pronóstico materno. Quien practique una histerectomía obstétrica deberá recordar siempre que en sus manos tiene la vida de una gestante o puérpera en estado crítico, también debe considerar los posibles riesgos trans y postoperatorios, como lesiones incidentales a órganos vecinos, choque hemorrágico, coagulación intravascular diseminada, falla orgánica múltiple y muerte materna, así como el riesgo de reintervenciones quirúrgicas. Para llevar a cabo este procedimiento, los obstetras deben tomar en cuenta todos los factores de riesgo, por lo que deben indagar a detalle sobre los antecedentes de la paciente, la indicación de la cirugía, las complicaciones potenciales y el riesgo de transfusión masiva y de ingreso a cuidados intensivos. Además de que ante un escenario obstétrico de esta índole, siempre será de suma importancia contar sin duda con un trabajo en equipo eficiente.

A pesar de que se trata de una intervención a la que se recurre con frecuencia, en nuestro centro hospitalario la incidencia encontrada es de: 0.34%. Considerándose una incidencia baja, lo que puede atribuirse a que en la actualidad existen estrategias específicas tanto farmacológicas como manejos conservadores, de los cuales podemos mencionar algunos como la desarterialización de arterias uterinas, balones intrauterinos compresivos, suturas compresivas y la ligadura de arterias hipogástricas. Además de que hoy por hoy nuestro hospital se destaca por la constante capacitación a médicos adscritos y residentes en este tipo de manejos, lo cual consideramos que influye importantemente en el número relativamente bajo de histerectomías obstétricas, ya que con los manejos mencionados se disminuyen los casos en los que se tiene que recurrir a este procedimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Hernández R, Díaz J. Histerectomía Obstétrica, último recurso en el tratamiento de la hemorragia obstétrica. *Rev Sanid Milit Mex* 2016;70:63-71
2. Patino L, Jiménez M, Pérez S. Histerectomía obstétrica: caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel. *Rev Salud Quintana Roo*. 2014;7:10-14
3. Vega G, Bautista L., Barrios S. Risk Factors in Obstetric Hysterectomy in a Second Level Hospital in Mexico. *Eur Sci J* 2017;13(30):52-62
4. Vanegas R, Sotolongo A, Suárez A. Histerectomía obstétrica de urgencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2009;35(3):1-10
5. Calvo O, Rosas E, Vásquez J, Hernández J. Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2016;81(6):473–479
6. Reveles J, Villegas G, Hernández S, Grover F. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(3):156-60
7. Ramos R, Ramírez G, Hurtado G. Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. *Arch Inv Mat Inf* 2010;2(1):11-14
8. Ramírez J, Cabrera S, Campos G, Peláez M, Poma C. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003–2015. *Rev Per Ginecol Obstet* 2017;63(1):27-33
9. Bhat M, Bhave S. Obstetric Hysterectomy a life saving procedure and its complication. *Int J Med Dent Sci* 2016;5(1):996-1001
10. Cabero L, Saldívar D. *Operatoria Obstétrica: Una Vision Actual*. 1ra ed. México. Ed: Panamericana; 2009;287-296
11. Pandey U. Common Causes of Obstetric Hysterectomy in BHU, Varanasi. *Obstet Gynecol Int J* 2016;4(4):1-4
12. Briceño C, Briceño L. Histerectomía obstétrica: análisis 15 años. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2009;69(2):89-96
13. Ahued J. *Ginecología y obstetricia aplicadas*. 2da ed. México. Ed: El Manual Moderno; 2003;637-640

14. Aguilar S, Safora O, Rodríguez A. La Histerectomía obstétrica como problema vigente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2012;38(1):107-116
15. Casas R, Pérez I, Chicangana G. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. *Rev Col Obstet Ginecol* 2013;64(2):121-125
16. Encinosa G, González D, Díaz E. Puerperio complicado, un reto clínico. *Rev Cub Med Int Emerg* 2014;13(3):302-317
17. Juárez A, Rivera A, Durán M, Tellez S, Buitrón R. Histerectomía obstétrica por sepsis en el puerperio. *Clin Invest Gin Obst* 2012;39(2): 53-56
18. Rock A, Howard W, Jones III. Te Linde. *Ginecología Quirúrgica*. 9a Ed. Argentina; 2006;879-896
19. Morán C, Martínez O. *Normas en Ginecología y Obstetricia, con calidad, seguridad y ética*. 1ra ed. México. Ed: Universum; 2015;365-367
20. Morán C, Martínez O. *Normas en Ginecología y Obstetricia, con calidad, seguridad y ética*. 1ra ed. México. Ed: Universum; 2015;388-392
21. Omole A, Taiwo H. Emergency peripartum hysterectomy in a developing country. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34(10):954–960

TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Antecedentes personales.

| Antecedentes personales (n=37) | Porcentaje (%) |
|--|-----------------------|
| Tabaquismo (n=0) | 0 |
| Alcoholismo (n=0) | 0 |
| Obesidad (n=31) | 83.8 |
| Sobrepeso (n=6) | 16.2 |
| Diabetes mellitus tipo 2 (n=5) | 13.5 |
| Hipertensión arterial crónica (n=8) | 21.6 |
| Hipotiroidismo primario (n=1) | 2.7 |
| Lupus eritematoso sistémico (n=1) | 2.7 |
| Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (n=1) | 2.7 |

Tabla 2. Antecedentes ginecoobstétricos.

| Antecedentes ginecoobstétricos (n=37) | Porcentaje (%) |
|--|-----------------------|
| Control prenatal regular (n=34) | 91.9 |
| Control prenatal irregular (n=3) | 8.1 |
| Miomectomía (n=2) | 5.4 |
| Una cesárea previa (n=14) | 37.8 |
| Dos o más cesáreas previas (n=3) | 8.1 |
| Uno o más legrados uterinos previos (n=7) | 18.9 |

Tabla 3. Factores de riesgo previos al nacimiento.

| Factores de riesgo previos al nacimiento | Porcentaje (%) | Porcentaje / Muestra total (%) |
|--|----------------|--------------------------------|
| Primigestas (n=7) | | |
| Miomectomía (n=2) | 28.6 | 5.4 |
| Secundigestas (n=14) | | |
| Una cesárea previa (n=11) | 78.6 | 29.7 |
| Un legrado uterino previo (n=3) | 21.4 | 8.1 |
| Multigestas (3 o más embarazos) (n=16) | | |
| Una cesárea previa (n=3) | 18.8 | 8.1 |
| Dos o más cesáreas previas (n=3) | 18.8 | 8.1 |
| Uno o más legrados uterinos previos (n=4) | 25 | 10.8 |
| Una cesárea más un legrado uterino previos (n=6) | 37.5 | 16.2 |

Tabla 4. Causas de histerectomía obstétrica.

| Causas de histerectomía obstétrica (n=37) | Porcentaje (%) |
|--|-----------------------|
| Placenta Central Total (n=14) | 37.8 |
| Acretismo (n=6) | 16.2 |
| Incretismo (n=1) | 2.7 |
| Atonía Uterina (n=12) | 32.4 |
| Dehiscencia total de histerorrafia (n=2) | 5.4 |
| Ruptura uterina (n=1) | 2.7 |
| Cáncer cervicouterino (n=1) | 2.7 |

Tabla 5. Manejo médico previo a histerectomía.

| Manejo médico previo a histerectomía | Porcentaje (%) |
|---|----------------|
| Manejo farmacológico (n=12) | |
| Oxitocina (n=8) | 66.7 |
| Carbetocina (n=4) | 33.3 |
| Técnicas conservadoras (n=21) | |
| Desarterialización de arterias uterinas | 52.4 |
| Sutura compresiva | 4.8 |
| Ligadura de arterias hipogástricas | 38.1 |
| Pinzamiento vaginal técnica Zea | 4.8 |

Tabla 6. Tipos de histerectomía realizada.

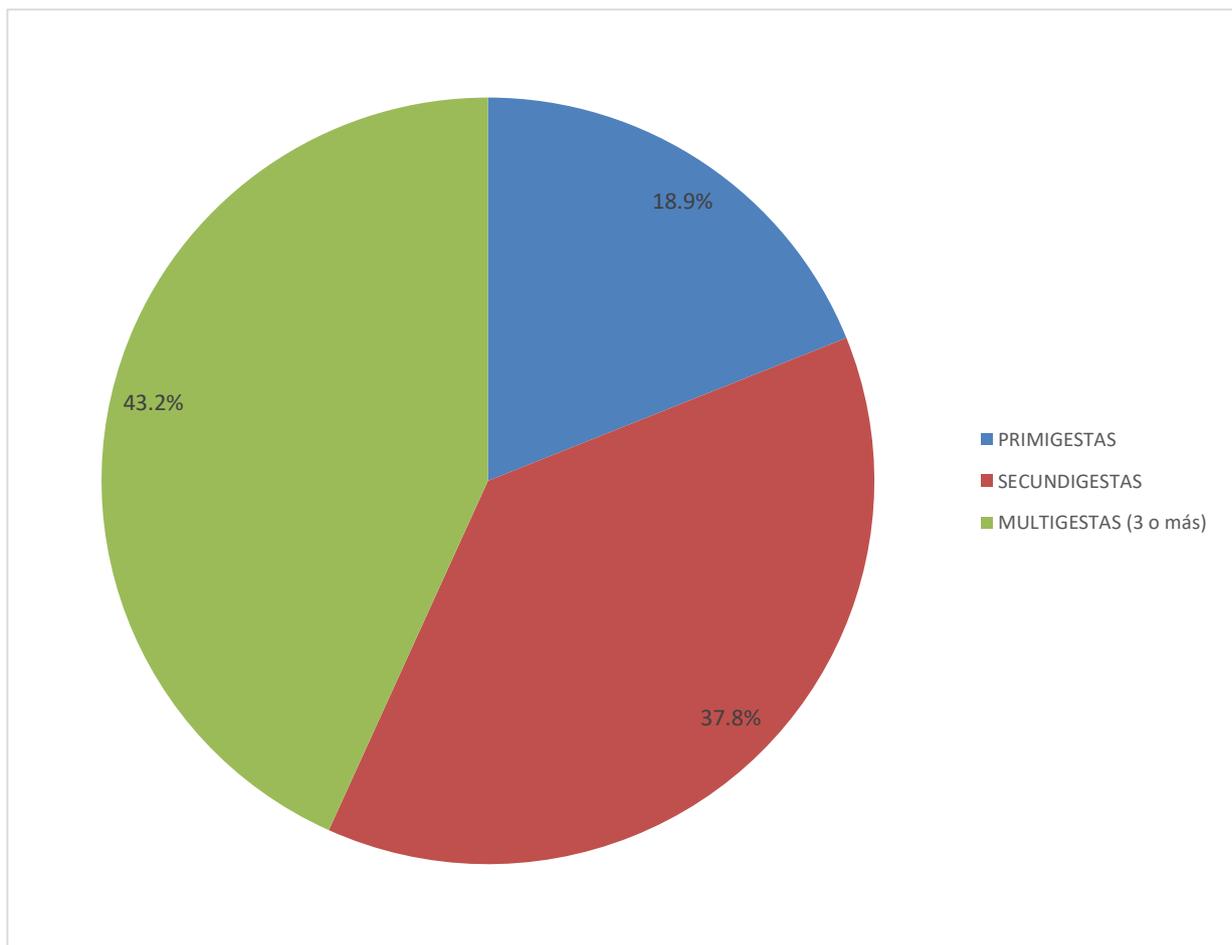
| Tipos de histerectomía realizada (n=37) | Porcentaje (%) |
|--|-----------------------|
| Según el tiempo quirúrgico | |
| Cesárea-histerectomía (n=23) | 62.2 |
| Histerectomía en segunda intervención (n=9) | 24.3 |
| Histerectomía postparto (n=4) | 10.8 |
| En bloque (n=1) | 2.7 |
| Según la extensión | |
| Total (n=34) | 91.9 |
| Subtotal (n=2) | 5.4 |
| Radical (n=1) | 2.7 |

Tabla 7. Hallazgos transoperatorios.

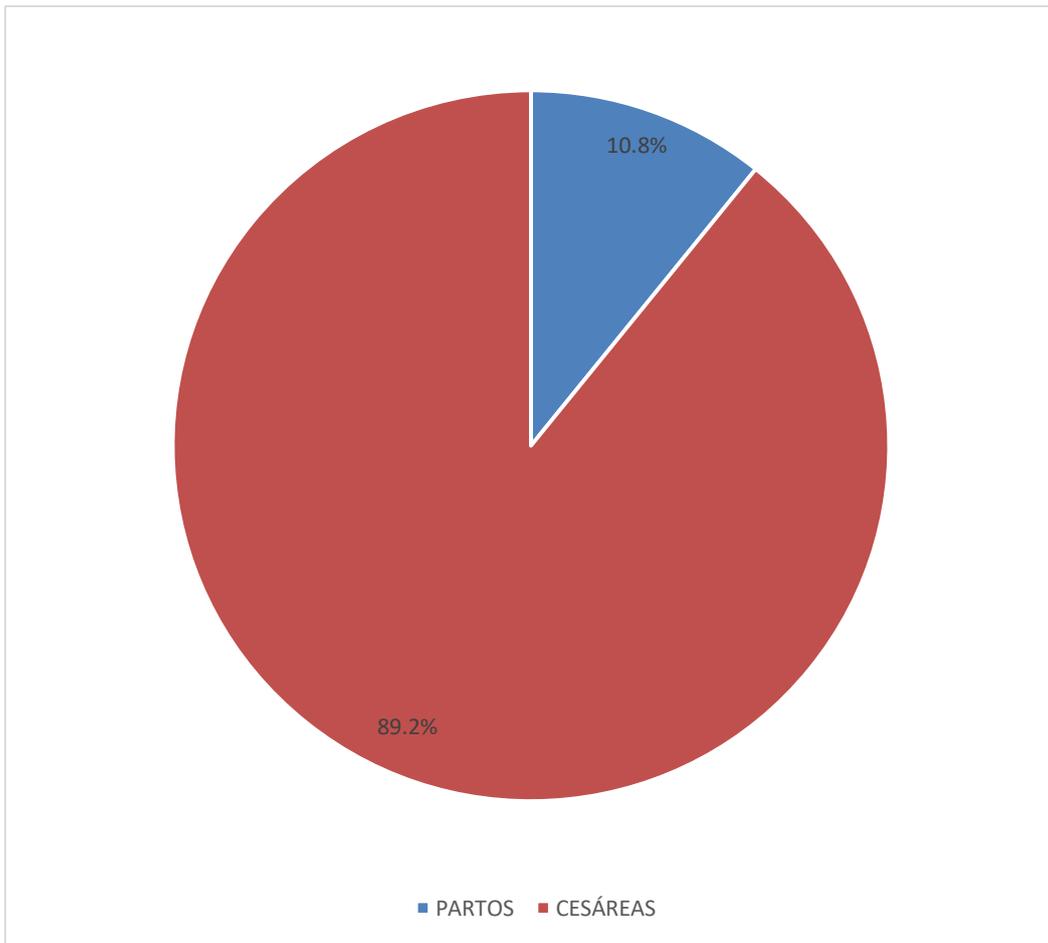
| Hallazgos transoperatorios (n=37) | Porcentaje (%) |
|--|----------------|
| Acretismo focal (n=5) | 13.5 |
| Sangrado del lecho placentario (n=1) | 2.7 |
| Incretismo (n=1) | 2.7 |
| Placenta previa sangrante (n=6) | 16.2 |
| Placenta previa no sangrante (n=8) | 21.6 |
| Atonía uterina que no revierte a fármacos (n=11) | 29.7 |
| Atonía uterina que no revierte a manejo compresivo (B-Lynch fallido) (n=1) | 2.7 |
| Dehiscencia total de histerorrafia (n=2) | 5.4 |
| Ruptura uterina segmento corporal (n=1) | 2.7 |
| Tumor en cérvix de 1.6 cm (n=1) | 2.7 |

Tabla 8. Días de estancia intrahospitalaria de acuerdo al servicio o al diagnóstico.

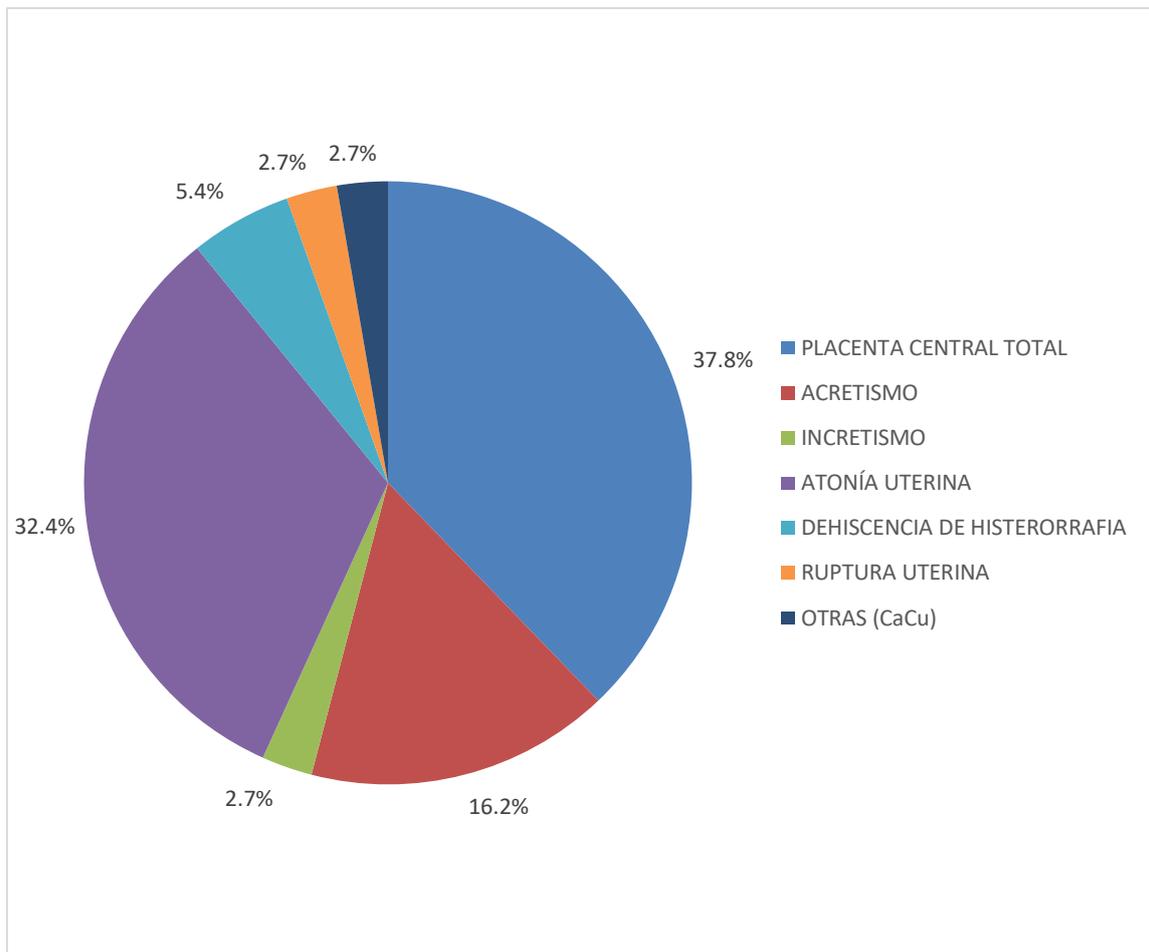
| Días de estancia intrahospitalaria | Promedio (días) |
|--|------------------------|
| Total (n=37) | 20.1 |
| Por anomalías de la inserción placentaria (n=21) | 28.1 |
| Dehiscencia de histerorrafia (n=2) | 6.5 |
| En UCIA (n=16) | 2.5 |
| Otras causas (n=14) | 8.9 |



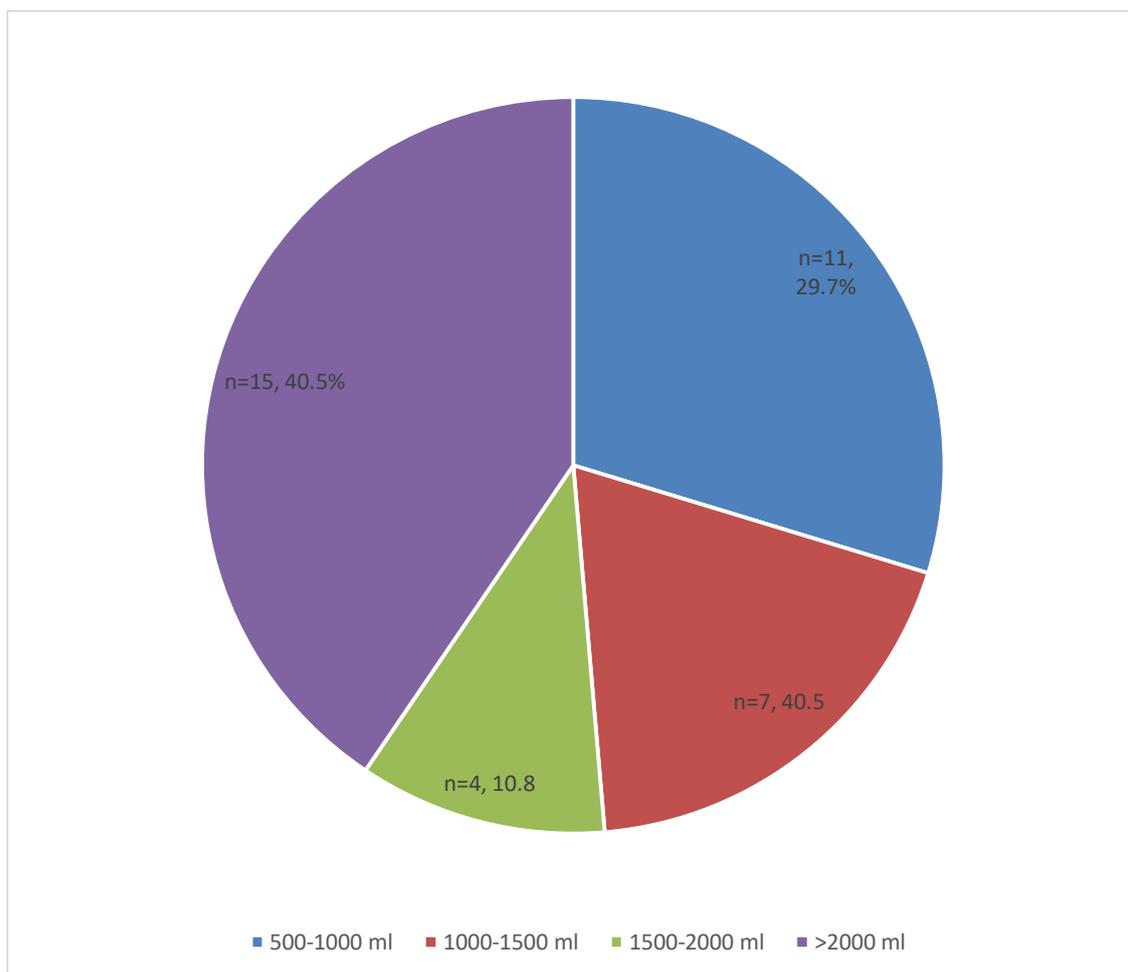
Gráfica 1. Número de gestas de las pacientes con histerectomía obstétrica.



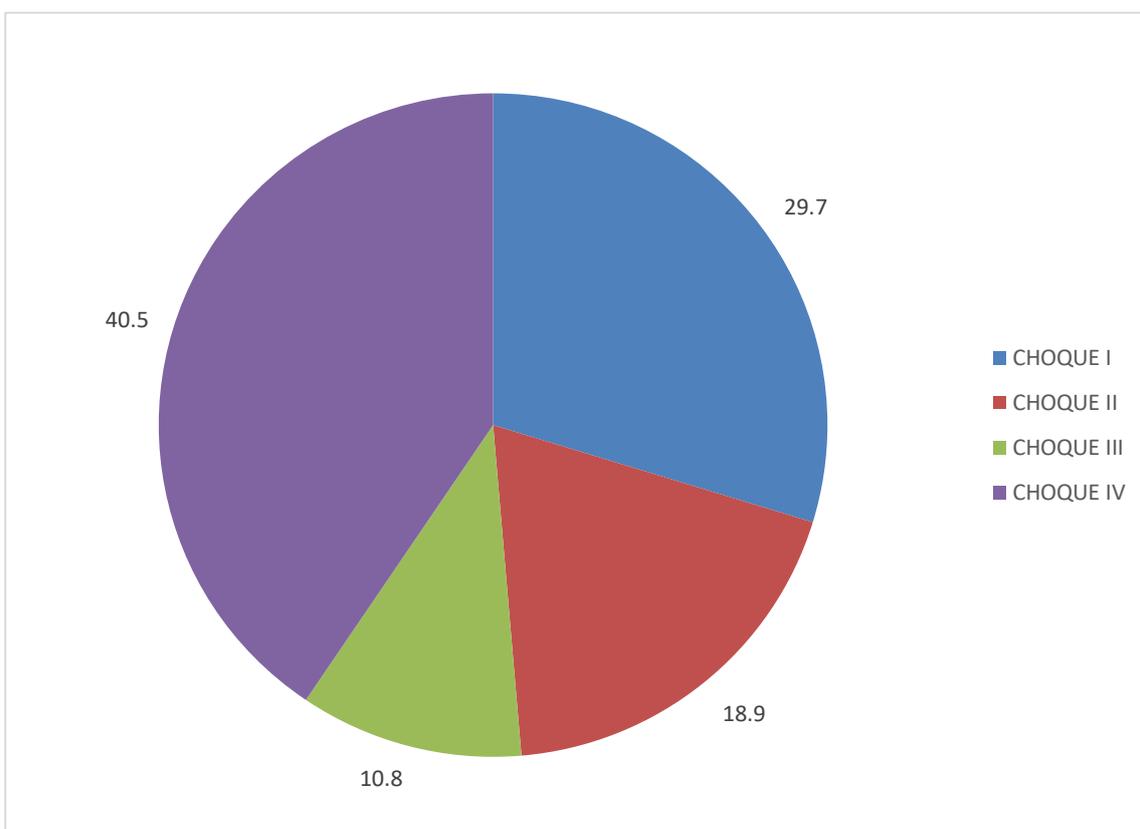
Gráfica 2. Vía de resolución del embarazo en las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica.



Gráfica 3. Causas de histerectomía obstétrica.



Gráfica 4. Sangrado total en las pacientes con histerectomía obstétrica.



Gráfica 5. Grados de choque hemorrágico en las pacientes con histerectomía obstétrica.



Anexo

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

Folio: _____
Número de seguridad social: _____ Fecha: _____

1. Edad: _____
2. Estado civil: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____
Hemotipo: _____
3. Gestas: ___ P: ___ C: ___ A: ___ E: ___
4. Edad gestacional: _____
5. Control prenatal regular: Si ___ No ___
6. Enfermedades crónico degenerativas: _____

7. Enfermedades inmunológicas o hemofílicas: _____

8. Cirugías ginecoobstétricas previas: _____
9. Diagnóstico integral: _____
10. Embarazo múltiple: Si ___ No ___
Tipo: _____
11. Muerte fetal intrauterina: Si ___ No ___
12. Complicaciones durante el embarazo: _____

13. Vía de resolución del embarazo:
Parto: _____ Instrumentado: Si ___ No ___ Cesárea _____
 - a) Maduración cervical: Si ___ No ___
 - a. Dinoprostona: ___ Dosis: _____
 - b. Misoprostol: ___ Dosis: _____
 - b) Analgesia Obstétrica: Si ___ No ___
 - c) Sangrado: _____
 - d) Uso de antibiótico profiláctico: ___ Tipo: _____
 - e) Uso de uterotónicos: _____
Tipo: _____ Dosis _____
 - f) Uso de técnicas conservadoras: ___ Tipo: _____
 - g) Hallazgos: _____
 - h) Observaciones: _____
14. Causa de la histerectomía obstétrica: _____
15. Tipo de histerectomía obstétrica realizada:
 - a. Según el momento de realización: _____
 - b. Según su extensión: _____
16. Hallazgos: _____
17. Ameritó ingreso a UCIA: _____ motivo _____
18. Hallazgos de patología: _____
19. Condición de egreso: _____
20. Días de estancia en UCIA _____
Días totales de estancia hospitalaria _____