

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Estudios de Postgrado



CARACTERIZACION DE LAS PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA,  
ESTUDIO DESCRIPTIVO REALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-  
OBSTETRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2009 A  
DICIEMBRE 2009

DIEGO LEOPOLDO RODAS HERNANDEZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ginecología y Obstetricia

Mayo 2012

## Índice

<b>Contenido</b>	<b>No. De Pagina</b>
Resumen .....	1
Introducción .....	2
Antecedentes .....	4
Objetivos .....	25
Material y Métodos .....	26
Resultados .....	32
Discusión y Análisis .....	42
Revisión Bibliográfica .....	45
Anexos .....	48
Derechos de Autor .....	51



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**HACE CONSTAR QUE:**

El Doctor: Diego Leopoldo Rodas Hernández

Camé Universitario No.: 100016449

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Caracterización de las pacientes con histerectomía obstétrica"**

Que fue asesorado: Dr. Edgar Aníbal Arias Álvarez

Y revisado por: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para mayo 2012.

Guatemala, 27 de abril de 2012

**Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.\***

Director  
Escuela de Estudios de Postgrado



**Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.**

Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades



/lamo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Oficio CPP.EEP/HR 036/2012  
Guatemala, Marzo de 2012

Doctor

Luis Alfredo Ruiz Cruz

COORDINADOR GENERAL

Programas de Maestrías y Especialidades

Presente

Estimado Doctor Ruiz:

Atentamente me dirijo a usted deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he sido REVISOR el trabajo de tesis titulado: "CARACTERIZACION DE LAS PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA". Realizada por el doctor DIEGO LEOPOLDO RODAS HERNANDEZ, de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular por el momento me suscribo de usted,

Atentamente,

Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.  
Docente Investigación Programa Postgrado  
Hospital Roosevelt  
Revisor



cc Archivo  
CESR/lizzy

Guatemala 1 de marzo 2012

Dr. Ruiz  
Coordinador General de Postgrado  
Fase IV  
Pte:

Por este medio hago constar que fui asesor y revise la tesis:  
**Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica, estudio descriptivo realizado en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2009 a diciembre 2009.**  
realizada por el **Dr. Diego Leopoldo Rodas Hernández**, por lo que considero que es un trabajo de alto nivel de investigación que cumple con los requisitos para ser aprobado como tesis. Sin nada mas que agregar y deseando éxitos en sus actividades cotidianas me suscribo atentamente:



Dr. Edgar Anibal Arias A  
GINECOLOGO Y OBSTETRA  
Col. 12.121

Dr. Edgar Anibal Arias Álvarez

## I. Resumen

**Antecedentes:** La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico realizado durante o después del parto. Indicado para resolver complicaciones mortales para la paciente. En ocasiones no es posible controlarlas, y se prefiere terminar con la fertilidad antes que arriesgar la vida.

**Objetivos:** Caracterizar a las pacientes con Histerectomía Obstétrica en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt basándose en indicación, morbi-mortalidad, perfil materno y obstétrico.

**Métodos:** Descriptivo, realizado durante el periodo de enero 2009 a diciembre 2009 en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt. Se revisaron los expedientes de 25 pacientes a quienes se realizó histerectomía obstétrica. Se identificaron las características clínicas y sociodemográficas, las indicaciones y las complicaciones expresadas en frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** El total de pacientes sometidas al procedimiento fue de 25. El 44% estaban entre la tercera y cuarta década de vida, siendo la paridad igual o mayor de 3 en el 75%. El 96% ocurrió durante el tercer trimestre. En el 68% había antecedente de cirugía, siendo la cesárea segmentaria el 64%. La histerectomía obstétrica, se realizó en un 76% de los casos por atonía uterina, en un 12%, por acretismo placentario y en un 12% por ruptura uterina. En el 92% hubo anemia, 52% shock hipovolemico y muerte en 2 casos (8%).

**Conclusiones:** La mayor indicación del procedimiento fue la atonía uterina en un 76%. Los casos de acretismo placentario y ruptura uterina tenían en un 68% antecedente de cesárea segmentaria. La mayor morbilidad fue la anemia, en un 92%.

**Palabras Clave:** histerectomía obstétrica, indicaciones, complicaciones, atonía uterina.

## II. Introducción

La histerectomía obstétrica es la última alternativa en situaciones donde las medidas conservadoras no logran controlar la hemorragia postparto. Es una cirugía habitualmente urgente y de riesgo vital que pone a prueba las habilidades del equipo quirúrgico a cargo de la resolución de esta grave complicación.

Este procedimiento se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, y seguirá siendo utilizada en futuras generaciones, probablemente con mejores técnicas y novedosas aproximaciones tecnológicas, pero sin duda como medida última en el manejo de la hemorragia postparto. **(7)**

En la actualidad, cada vez menos médicos indican la histerectomía obstétrica debido diversas razones, entre ellas: disponibilidad de antibióticos de amplio espectro, de hemoderivados, agentes uterotónicos, y al refinamiento y estandarización de la cirugía. El procedimiento puede realizarse de manera electiva o de urgencia, que es la más frecuente. Los factores de riesgo más identificados son: antecedentes de cesárea previa, ser mayor de 35 años de edad, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y embarazos múltiples, por mencionar algunos. **(30)**

Si bien, según los textos clásicos, la hemorragia post parto por atonía uterina es una de las principales causas de histerectomía obstétrica, diferentes experiencias publicadas demuestran que las indicaciones están cambiando, y que también el enfrentamiento frente a patologías que durante el embarazo presentan un mayor riesgo de hemorragia postparto (como es el acretismo placentario y su asociación con placenta previa y cicatriz uterina) necesita nuevos enfoques y conductas terapéuticas. Sin embargo se esta haciendo mas infrecuente por el desarrollo de procedimientos quirúrgicos, mayores condiciones de asepsia, mayor disponibilidad de antibióticos y optimización del uso de sangre y hemoderivados. Es por ello que para analizar la necesidad y factibilidad de estos nuevos enfoques, debemos primero saber las características de los casos en los cuales fue necesario realizar una histerectomía obstétrica, así como sus respectivos resultados, de modo de evaluar de forma consciente los beneficios de esta técnica. **(7) (30)**

Así también se quiso reportar las características de los casos de las pacientes a las que se les realiza una histerectomía obstétrica, de modo de evaluar el manejo y correcta aplicación de esta técnica como último recurso en este hospital, y así dar recomendaciones que ayuden a mejoras en el manejo de estos casos.

Los resultados revelaron que el 44% de las pacientes a las que se realizó el procedimiento estaban entre la tercera y cuarta década de vida, en tres cuartos de los casos la paridad era igual o mayor a 3 gestas y a causa de atonía uterina, teniendo anemia como la morbilidad asociada en el 92%. Todas excepto una paciente cursaban el tercer trimestre. 8% de las pacientes fallecieron.



### III. Antecedentes

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico que se realiza en el momento del parto o después de él. Se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente al aumentar el riesgo de hemorragia, como atonía o laceración uterina. En ocasiones no es posible controlar estas complicaciones, pese a que se dispone de procedimientos o medicamentos uterotónicos, por lo que se prefiere terminar con la fertilidad de la paciente antes que arriesgar su vida.

La intervención puede justificarse después de una cesárea, parto vaginal, legrado o durante el puerperio mediano o tardío. La primera cesárea-histerectomía exitosa fue reportada en Italia, en 1876; posteriormente, algunos gineco-obstetras comenzaron a utilizarla con fines de esterilización o para tratar otras enfermedades que se manifestaban al momento del parto, pese a que elevaba las cifras de morbilidad y mortalidad.

Las principales indicaciones son las complicaciones que provocan hemorragia, como: trastornos placentarios (placenta previa o acreta), atonía, rotura uterina y procesos infecciosos. Es importante señalar que la probabilidad de histerectomía aumenta, incluso, 10 a 12 veces cuando existen antecedentes de cesárea. El choque hipovolémico es la primera causa de las complicaciones que ocurren después de la histerectomía. **(30)**

La muerte de una mujer por causas relacionadas con el embarazo y/o el parto es un hecho que produce un gran impacto social, máxime si tenemos en cuenta que ésta es evitable.

La hemorragia obstétrica constituye una de las causas de muerte materna y dentro de ella, la hemorragia posparto es la más relevante.

Existen factores que predisponen o empeoran la hemorragia obstétrica: trastornos adherenciales de la placenta, traumatismos durante el trabajo de parto y parto, atonía uterina, afecciones obstétricas que predisponen a trastornos de la coagulación, volumen sanguíneo materno pequeño, entre otros.

Al fallar el tratamiento médico ante una hemorragia obstétrica, se indica el tratamiento quirúrgico, y dentro de éste la histerectomía obstétrica. **(20)**

Estudios internacionales como los realizados en Perú, son mayormente en relación a la cesárea - histerectomía, es así que Castillo y Espinoza en el IMP reportaron 49 casos entre enero de 1993 a diciembre de 1995, encontrando como factores de riesgo la multiparidad, edad mayor a 35 años, placenta previa, HTA, cesárea previa, situación transversa, trabajo de parto disfuncional y corioamnioitis entre otros. García en el Hospital Guillermo Almenara reporta que entre 1991 a 1998 el 0.33% de las cesáreas terminaron en histerectomía haciendo una incidencia de 0.94 por 1000 partos. Ramírez reporta entre 1980 a 1992.20 casos de cesárea histerectomía en los hospitales Guillermo Almenara y Centro Médico Naval entre 1980 y 1992 dando una incidencia de 1 en 1076 partos en el Hospital Almenara y 1 en 1954 partos en el Centro Médico Naval. **(8) (15) (29)**

Otros autores tanto a nivel nacional como en otros países reportan que entre el 0.05% hasta 1.6% de las cesáreas terminan en histerectomía. **(4) (25) (26)**

Navia y col. En Chile evalúan 52 casos de histerectomía obstétrica, obteniendo una incidencia de 1 por cada 2283 partos (0.44 por 1000), el 15.39% durante el 1º y 2º bimestre y el 84.61% en el 3er trimestre, la principal indicación fue la atonía uterina (25.00%), seguida del acretismo (21.15%). **(24)**

En Estados Unidos, en un estudio reciente, la incidencia de histerectomía después de una cesárea era de 8.3 en 1000 y 0.087 en 1000 después de un parto vaginal, en este estudio 94.5% de las pacientes tuvieron parto por cesárea y 66.7% de ellas tenía antecedente de esta operación. Las indicaciones de histerectomía de urgencia fueron placentación con adherencia anormal 64%. atonía uterina 21% y otras causas 17% (sepsis, fibromas y desgarros de la cicatriz uterina), las nulíparas tenían riesgo de histerectomía de 0.43 en 1000 partos y aquellas con una paridad de por lo menos cuatro tenían una tasa de

6.57 en 1000, en las mujeres que han tenido parto esta tasa aumento a 21 en 1000 si había placenta previa y 65 en 1000 si había antecedente de cesárea. Los últimos estudios reportan porcentajes crecientes del acretismo placentario como causa de la histerectomía obstétrica de urgencia y alcanzan hasta un 49.6% de las histerectomías de 1985 a 1990 y fueron la indicación mas frecuente de histerectomía de urgencia en el periparto, mientras que informes previos 1978 a 1989 señalaba a la atonía uterina como la indicación mas frecuente que contribuía con 43% de los casos, varios autores han especulado que los cambios en las indicaciones de la histerectomía de urgencia en el periparto tienen una relación directa con el mejor manejo medico de atonía y la mayor tasa de cesáreas por placenta previa que es un factor de riesgo establecido para la aparición de la placenta previa y acreta. Reportes de otros países mencionan al acretismo como primera causa (38.1%), como también a la ruptura uterina (35.3%). **(1) (34)**

En cuanto a la morbi-mortalidad de esta cirugía de urgencia se tiene que la morbilidad postoperatoria alcanza entre 13% a 64.7% (dentro de ellas los procesos febriles, trastornos de la coagulación, lesiones de vía urinaria); la mortalidad materna alcanza entre el 0 al 20%. **(2) (15) (25) (26)**

Adel en Jordania reportó un estudio con 21 casos de histerectomía periparto de emergencia con una incidencia de 0.5 por 1000 partos. 19 de los cuales fueron cesárea histerectomía. **(1)**

### **Aspectos históricos**

La histerectomía obstétrica se desarrolló a finales del siglo XVIII, con el fin de disminuir la mortalidad de la cesárea que era del 100%. En esta época, prevalecía la idea de que el útero era indispensable para la vida hasta que, en 1768, en Florencia, Joseph Cavallini demostró lo contrario realizando histerectomías en animales con y sin embarazo.

La primera histerectomía durante una cesárea fue realizada en 1868, en Boston, por Horacio Robinson Storer, pero la paciente murió a los 3 días. La primera HO exitosa fue realizada en Italia el 21 de Mayo de 1876 por Eduardo Porro en la ciudad de Pavia (Italia), de allí que la cesárea acompañada de histerectomía lleva el nombre de este autor, en Julia Cavallini, una mujer de 25 años, primigesta, con estigmas de raquitismo y portadora de una

pelvis estrecha (pelvis raquílica). La intervención fue realizada posterior al nacimiento por cesárea de un recién nacido vivo, de sexo femenino, en presentación podálica, de 3.300 g. La HO se realizó en 26 minutos y la paciente sobrevivió a la cirugía. **(3) (7)**

A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX la operación se realizaba exclusivamente para casos de emergencia pero después prevaleció la controversia de si practicarla electivamente por indicaciones ginecológicas o por esterilización.

La era moderna de la histerectomía se inicia en los años cuarenta del siglo pasado donde mejoran la técnica quirúrgica y anestésica, en 1952 Davis sostiene que la histerectomía obstétrica era “un adelanto lógico en la cirugía obstétrica actual”. **(5)**

### **Aspectos Generales**

La histerectomía por complicaciones obstétricas se define como la extirpación del útero después de un evento obstétrico, como puede ser un parto, una cesárea o un aborto. La que se realiza durante la cesárea es conocida como operación de Porro y consiste en practicar una cesárea seguida de histerectomía total o subtotal. En base a esta definición y considerando el momento de su realización, la histerectomía por complicaciones, obstétricas se refiere a tres eventos:

- a. Histerectomía en el puerperio
- b. Cesárea--histerectomía y
- c. Histerectomía en bloque.

Es un procedimiento quirúrgico que fue diseñado con el fin de preservar la vida de las mujeres en situaciones de urgencia, controlando la hemorragia, aislando o retirando el foco de infección. Muchas de la histerectomías periparto no son planeadas. **(33)**

Son hechas después de grandes esfuerzos conservadores e inútiles para detener el sangrado. La histerectomía debe ser el último esfuerzo para controlar la hemorragia obstétrica, permaneciendo las medidas conservadoras como el primer tentativa para conservar el útero, siendo la histerectomía reservada para las circunstancias en que las

mediadas conservadoras fallan o no son aplicables o en casos de anomalías de implantación placentaria. Se han de valorar técnicas como la ligadura de arteria uterina u ovárica, ligadura de hipogástricas o suturas de B-Lynch y variantes para preservar la fertilidad, pero no son útiles en pérdidas sanguíneas masivas, en las que se ha de optar por la histerectomía. **(32)**

El proceder no es inocuo y es invalidante para la salud reproductiva posterior de la paciente una vez que se le practica, por lo que deben agotarse antes todos los recursos disponibles para tratar las complicaciones del periparto de tal manera que sin poner en peligro la vida de la paciente se traten de encontrar soluciones para mejorar la calidad de vida reproductiva de este grupo de mujeres. **(10)**

Si bien la indicación de histerectomía en frío está bien definida, no lo es así la decisión de urgencia de la misma, pues como es un proceso radical y mutilante y esta intervención se decide en la mayoría de los casos en mujeres en plena etapa reproductiva, cobra más importancia el por qué de su realización, la técnica seguida, las complicaciones y la morbi-mortalidad que la acompañan.

Esta intervención continúa siendo mutilante en mujeres jóvenes, por lo que la práctica quirúrgica moderna debe evaluar la pertinencia de su aplicación y trascendencia. **(31)**

La histerectomía obstétrica es, probablemente, la operación de connotaciones más graves para la madre y su hijo. Está asociada a severas complicaciones materno neonatales en directa relación con la patología que genera su indicación y a una elevada morbi-mortalidad materna debido a la patología condicionante y al procedimiento en sí mismo. **(16)**

La histerectomía obstétrica que puede ser planeada o no, después de una cesárea o inmediatamente después de un parto o pos parto. La histerectomía periparto puede ser clasificada como total o subtotal y ocasionalmente como radical ( en caso de enfermedades malignas en el útero) o alternativa, sin planeación (emergencia) planeada o programada o electiva ( siendo la esterilización la única indicación). **(33)**

En condiciones ideales siempre es preferible practicar la técnica total; sin embargo, en aquellas pacientes en malas condiciones generales donde existe dificultad técnica para la extracción del cuello, es preferible la técnica subtotal para acortar el tiempo quirúrgico y disminuir la morbi-mortalidad materna. También se puede practicar una técnica radical, con vaciamiento ganglionar, en los casos de cáncer invasivo. **(3)**

La historia previa influye, de manera que es más frecuente en multíparas, historia de abortos previos, cesárea anterior y episodio de hemorragia en parto previo.

En la mayoría de ocasiones es necesario realizar transfusión de concentrados de hematíes, plaquetas, plasma o crio precipitados.

Las complicaciones más frecuentes son shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, hipotensión intraoperatoria, lesión de vejiga y/o uréteres y re-laparotomía por persistencia del sangrado. **(32)**

La incidencia reportada por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0.1 y 0.9%.<sup>1,2,4-8</sup> En la actualidad, cada vez menos médicos indican la histerectomía obstétrica debido diversas razones, entre ellas: disponibilidad de antibióticos de amplio espectro, de hemoderivados, agentes uterotónicos, y al refinamiento y estandarización de la cirugía. **(30)**

## **Indicaciones**

La operación se realiza en las situaciones que se señalan a continuación y que se detallan luego.

### **Por emergencia obstétrica:**

En donde si no se realiza la histerectomía existe el peligro de muerte materna inminente.

**En ausencia de emergencia:**

Por indicaciones que existían antes de la cesárea o por hallazgos durante la intervención que sean indicación de una histerectomía y si no se practica en ese momento se debe realizar posteriormente porque pone en peligro la vida de la paciente.

**Electivas:**

Cuando existe una indicación antes o durante el embarazo, pero el hecho de no practicar la histerectomía no pone en peligro la vida de la paciente. Si bien la histerectomía de emergencia no tiene comentarios, la que se practica en ausencia de emergencia y la electiva son muy controversiales. La ventaja es que se puede solucionar un problema ginecológico con una sola intervención, un sólo riesgo y a un costo discretamente mayor. La desventaja es el tiempo quirúrgico más largo, una morbilidad mayor y el requerir un mejor entrenamiento quirúrgico.

**Cuadro 1.** Indicaciones para una Histerectomía Obstétrica

<p><b>Emergencia obstétrica</b></p> <p><b>Hemorragia</b> Ruptura Uterina Espontánea Traumática</p> <p>Embarazo ecléptico extrauterino Cervical Intramural Cervical</p> <p>Hematomas severos</p> <p>Alteraciones Placentarias Placenta íncrета, íncrета o pércreta Placenta previa complicada Desprendimiento complicado</p> <p>Hemorragia postparto Atonía rebelde a tratamiento médico Inversión uterino</p> <p><b>Sepsis</b> Corionionitis Abscesos miometriales</p> <p><b>Ausencia de emergencia</b> Fibromatosis severa Neoplasia cervical intraepitelial Cáncer cervical precoz Neoplasias ováricas</p> <p><b>Cases electivos</b> Cicatrices previas o múltiples defectuosas Problemas ginecológicos Endometriosis Enfermedad inflamatoria pélvica Menstruaciones irregulares Hipermenorrea Adherencias Deseo de esterilización</p>
--

(Adaptado de Hankins et al, 1995).

(3)



Las indicaciones también pueden ser divididas en:

### 1. Absolutas:

- Ruptura uterina no reparable.
- Adherencia anormal de la placenta (acretismo).
- Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico (atonía).
- Infección puerperal de órganos internos.

### 2. Relativas:

- Miomatosis uterina múltiple en pacientes con paridad satisfecha.
- Carcinoma cérvico-uterino *in situ* con paridad satisfecha.

La histerectomía en bloque encuentra su principal indicación en la patología del trofoblasto, como mola de repetición, embarazo molar y paridad satisfecha, algunos casos de aborto consumado con expulsión diferida e infección o bien algunas variedades de aborto séptico o muerte fetal y paridad satisfecha. **(33)**

Estudios internacionales como los realizados en Perú, son mayormente en relación a la cesárea - histerectomía, es así que Castillo y Espinoza en el IMP reportaron 49 casos entre enero de 1993 a diciembre de 1995, encontrando como factores de riesgo la multiparidad, edad mayor a 35 años, placenta previa, HTA, cesárea previa, situación transversa, trabajo de parto disfuncional y corioamnioitis entre otros. García en el Hospital Guillermo Almenara reporta que entre 1991 a 1998 el 0.33% de las cesáreas terminaron en histerectomía haciendo una incidencia de 0.94 por 1000 partos. Ramírez reporta entre 1980 a 1992.20 casos de cesárea histerectomía en los hospitales Guillermo Almenara y Centro Médico Naval entre 1980 y 1992 dando una incidencia de 1 en 1076 partos en el Hospital Almenara y 1 en 1954 partos en el Centro Médico Naval. **(8) (15) (29)**

Otros autores tanto a nivel nacional como en otros países reportan que entre el 0.05% hasta 1.6% de las cesáreas terminan en histerectomía. **(4) (25) (26)**

Navia y col. En Chile evalúan 52 casos de histerectomía obstétrica, obteniendo una incidencia de 1 por cada 2283 partos (0.44 por 1000), el 15.39% durante el 1º y 2º bimestre

y el 84.61% en el 3er trimestre, la principal indicación fue la atonía uterina (25.00%), seguida del acretismo (21.15%). **(24)**

En Estados Unidos, en un estudio reciente, la incidencia de histerectomía después de una cesárea era de 8.3 en 1000 y 0.087 en 1000 después de un parto vaginal, en este estudio 94.5% de las pacientes tuvieron parto por cesárea y 66.7% de ellas tenía antecedente de esta operación. Las indicaciones de histerectomía de urgencia fueron placenta previa con adherencia anormal 64%. atonía uterina 21% y otras causas 17% (sepsis, fibromas y desgarros de la cicatriz uterina), las nulíparas tenían riesgo de histerectomía de 0.43 en 1000 partos y aquellas con una paridad de por lo menos cuatro tenían una tasa de 6.57 en 1000, en las mujeres que han tenido parto esta tasa aumento a 21 en 1000 si había placenta previa y 65 en 1000 si había antecedente de cesárea. Los últimos estudios reportan porcentajes crecientes del acretismo placentario como causa de la histerectomía obstétrica de urgencia y alcanzan hasta un 49.6% de las histerectomías de 1985 a 1990 y fueron la indicación mas frecuente de histerectomía de urgencia en el periparto, mientras que informes previos 1978 a 1989 señalaba a la atonía uterina como la indicación mas frecuente que contribuía con 43% de los casos, varios autores han especulado que los cambios en las indicaciones de la histerectomía de urgencia en el periparto tienen una relación directa con el mejor manejo medico de atonía y la mayor tasa de cesáreas por placenta previa que es un factor de riesgo establecido para la aparición de la placenta previa y acreta. Reportes de otros países mencionan al acretismo como primera causa (38.1%), como también a La ruptura uterina (35.3%). **(1) (34)**

Adel en Jordania reportó un estudio con 21 casos de histerectomía periparto de emergencia con una incidencia de 0.5 por 1000 partos. 19 de los cuales fueron cesárea histerectomía. **(1)**

## **Incidencia**

La incidencia de la histerectomía por complicaciones obstétricas varia de acuerdo al tipo de institución que lo reporte más que a una entidad federativa especial y esto obedece no tanto a factores ambientales sino de control prenatal, atención obstétrica y normas de atención obstétrica que se maneje en hospitales gineco-obstétricos de bajo o alto riesgo; así

tenemos cifras en Jordania, Estados Unidos que varían hasta 2.7/1,000, Shangai 0.54%, Taiwán 0.36% y México 1.72%. **(33)**

Si bien desconocemos la real incidencia, varios autores han comunicado índices de 0.5 a 1.5 por mil partos. Clark y col en 1984 revisaron 70 casos de histerectomía periparto de emergencia a causa de hemorragias obstétricas y concluyeron que el 86% se realizaron después de una cesárea y 14% después de partos vaginales, casi las tres cuartas partes de los casos se debieron a atonía uterina o acretismo placentario. **(9) (12)**

Se han identificado muchas causas relacionadas con la indicación de histerectomía postparto, entre las más conocidas están la ruptura uterina por cesárea previa con una incidencia calculada de 12%, placenta acreta con 4.1%, placenta previa 0.5%, abrupto placentario 23.5%, atonía uterina en 23.5%, nulípara 60.4%, en antecedentes de abortos previos 79.0% y antecedentes de hemorragia en el parto previo con un riesgo relativo de 9.3. **(27)**

## **Factores de Riesgo**

Uno de los aspectos más importantes del actuar médico es conocer que algunas situaciones en particular pueden desencadenar un problema de urgencia, que, en condiciones no adecuadas, puede terminar con la muerte de la paciente; estos aspectos son los factores de riesgo que son analizados para cada indicación en particular.

### **Atonía uterina**

Las indicaciones de la histerectomía postparto de urgencia son variadas. Sin embargo, la causa principal es la atonía uterina, seguida de anomalías de inserción de la placenta y rotura uterina. Es raro tener que realizar una laparotomía después de un parto vaginal, normalmente se realiza una histerectomía después de una cesárea.

La atonía uterina ocurre cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento, lo que origina una pérdida sanguínea importante a nivel del lecho

placentario; los factores que pueden predisponer a esta patología son aquellos relacionados con la sobre distensión uterina como embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal, trabajo de parto prolongado, la embolia del líquido amniótico, la anestesia general, óbito, multiparidad alta, corioamnionitis, leiomiomas intramural y submucoso, parto precipitado, útero de Couvelaire, o desprendimiento prematuro de la placenta.

Debido a que las gestaciones múltiples, especialmente las gestaciones múltiples de gran orden, sea un peligro para desarrollar atonía uterina debido a la sobredistensión y parto por cesárea debido a la mala presentación fetal, parece razonable concluir que las gestaciones múltiples están en mayor riesgo para la histerectomía obstétrica. **(13)**

En la mayoría de ocasiones es necesario realizar transfusión de concentrados de hematíes, plaquetas, plasma o crío precipitados. Las complicaciones más frecuentes son shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, hipotensión intraoperatoria, lesión de vejiga y/o uréteres y re-laparotomía por persistencia del sangrado. **(32)**

Hasta recientemente, la indicación más común de la histerectomía periparto había sido la atonía uterina. La introducción de la prostaglandina F2 alfa como terapéutica ha reducido la indicación de la histerectomía obstétrica por atonía uterina. Actualmente la placenta acreta es la indicación más común de la histerectomía obstétrica y refleja el dramático incremento e la operación cesárea incluyendo las cesáreas repetidas. **(33)**

### **Acretismo placentario**

Acretismo placentario es la inserción anormal de parte o toda la superficie de la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal, con penetración de la vellosidades coriales al miometrio. Morfológicamente, como consecuencia de la ausencia parcial o total de la decidua basal y del imperfecto desarrollo de la capa fibrinoide (capa de Nitabuch), las vellosidades placentarias se encuentran unidas al miometrio (placenta acreta), lo invaden (placenta increta), o lo penetran (placenta percreta).

Los factores de riesgo involucrados con la placenta acreta son: edad mayor de 35 años, multiparidad, antecedente de cesárea previa y/o placenta previa, antecedente de legrado, infección uterina previa, antecedente de placenta parcialmente retenida que ameritó extracción manual. **(33)**

Su incidencia es baja, 1/7.000 partos; esto aumenta en los casos de multiparidad y cesárea anterior. El diagnóstico antes del parto es raro, debe sospecharse ante la asociación de factores como antecedente de cesárea, hallazgos ecográficos indicativos de anomalías en la inserción de la placenta y, según algunos autores, asociada a elevaciones de alfa-fetoproteína (AFP) y creatinina<sup>1</sup>. Se asocia a un aumento de la morbi-mortalidad materno-fetal. **(22)**

Aparentemente, la reiterada práctica de la cesárea abdominal, especialmente su repetición en la misma paciente, produciría alteraciones en el miometrio y decidua que generan anomalías en la inserción placentaria, originando finalmente el avance anormal del trofoblasto dentro de la pared uterina. **(16)**

El sangrado activo se ha descrito asociado al comienzo del trabajo de parto, y puede llegar a ser causa de hemoperitoneo masivo. En los casos de perforación uterina es necesario el tratamiento quirúrgico inmediato. El tratamiento de placenta percreta en casos complejos ha sido siempre la histerectomía obstétrica, así como el soporte hemodinámico.

La embolización para el control del sangrado ha sido descrita por diferentes autores. El diagnóstico precoz, para finalizar la gestación en las condiciones óptimas, tanto médicas como quirúrgicas, disminuye la posibilidad de hemorragias intraparto, evita situaciones caóticas y mejora la tasa de morbi-mortalidad, tanto materna como fetal. **(22)**

### **Ruptura uterina**

La ruptura uterina consiste en la presencia de cualquier desgarro, efracción o solución de continuidad supracervical, no considerándose como tal a la perforación translegrado, al embarazo cornual o a la prolongación de la histerotomía transcesárea.

Planché la define como "solución completa de continuidad de la pared del útero. con expulsión del producto, que pone en peligro la vida de la madre el producto o ambos". Esta ruptura puede ser: espontánea o traumática, completa o incompleta y total o parcial. Los factores de riesgo relacionados con esta entidad: cirugía uterina previa, cesárea previa, gran múltipara, uso de oxitócica, DPPNI, desproporción céfalo pélvica, uso de fórceps, atención de parto pélvico, versiones internas y desde luego iatrogénicamente el uso externo de presión uterina (Kristeller). **(33)**

Es importante señalar que la probabilidad de histerectomía aumenta, incluso, 10 a 12 veces cuando existen antecedentes de cesárea. **(30)**

La asociación de placenta percreta y ruptura uterina es una patología poco frecuente y con alta morbi-mortalidad. En este caso, la rápida actuación es la clave de los resultados satisfactorios tanto maternos como neonatales. **(22)**

Otras anomalías se han encontrado con menos frecuencia, entre las que figuran el tumor de ovario, embarazo molar, endometriosis crónica y la hiperplasia adenomatosa. Todo lo anterior expone a las pacientes a este procedimiento de urgencia, como último recurso para limitar el sangrado profuso que pone en peligro la vida de la paciente, ya que el sangrado postparto es la causa directa para la indicación de histerectomía.

La edad materna avanzada ha sido asociada con un incremento del riesgo de hemorragia, especialmente asociada a placenta previa y a desprendimiento placentario. El efecto de la edad materna y la multiparidad revela que las pacientes múltiparas de 40 o más años tienen 5,6 veces un incremento en el riesgo de placenta previa comparadas con nulíparas de entre 20 y 29 años. Más recientemente se ha comunicado una asociación similar pero ocurriendo en pacientes de 35 o más años. **(16)**

Se han hecho esfuerzos para tratar de anticipar la necesidad de histerectomía utilizando el ultrasonido, con el que se busca identificar algunos de los trastornos en la implantación de la placenta que puedan indicar la necesidad de este procedimiento, pero no se ha podido reducir en forma significativa la frecuencia de este trastorno. **(27)**

## **Morbi-Mortalidad Materna Asociada**

En cuanto a la morbi-mortalidad de esta cirugía de urgencia se tiene que la morbilidad postoperatoria alcanza entre 13% a 64.7% (dentro de ellas los procesos febriles, trastornos de la coagulación, lesiones de vía urinaria); la mortalidad materna alcanza entre el 0 al 20%. **(2) (15) (25) (26)**

Algunos estudios indican estadías post-operatorias superiores a los 7 días (66,2%), evolucionando sin secuelas hasta el 89,6%. La complicación más frecuente fue la anemia (28,6%). **(31)**

## **Técnica quirúrgica**

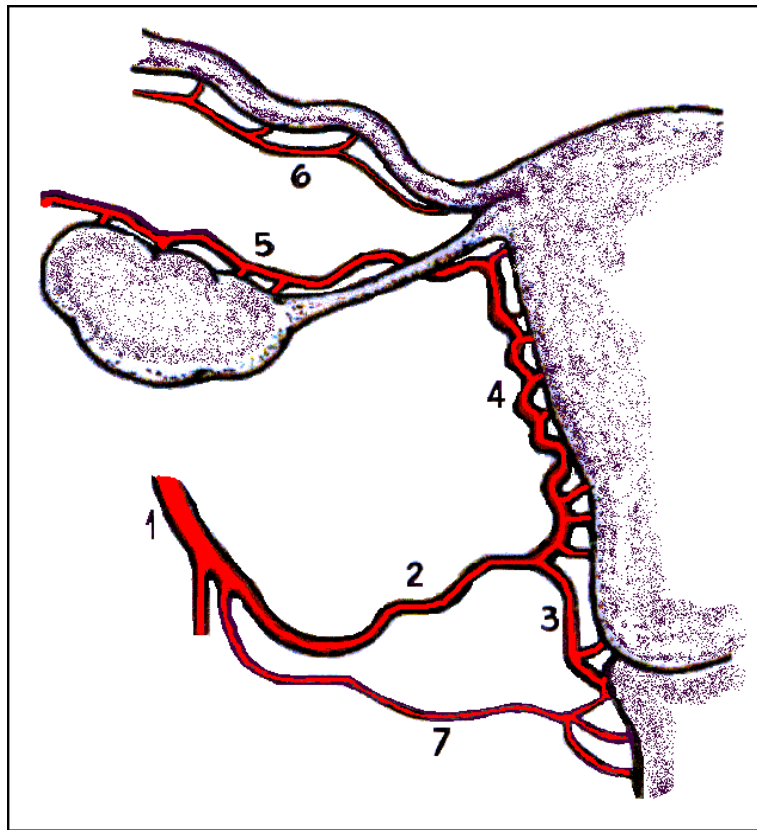
Antes de decirse a realizar un histerectomía obstétrica se deberán agotar todos los recursos. En caso de atonía uterina es recomendable seguir los siguientes pasos.

La atonía es la causa mas frecuente de hemorragia obstétrica postparto (90% de los casos). El tratamiento inicial es el masaje uterino y el uso de oxitócicos. Si no se obtiene una respuesta satisfactoria se recurre a los análogos de las prostaglandinas, logrando una adecuada contracción uterina en el 90% de los casos.

El taponaje de la cavidad es una alternativa útil en pacientes que no responden a las medidas arriba referidas. Balones inflados temporariamente en la cavidad, logran igual resultado.

En todos los casos de taponaje, se indicará profilaxis antibiótica y sondaje vesical. El momento de retirar el taponaje es discutible, pero en general se acepta que 24-36 horas de permanencia es un periodo conveniente. Los oxitócicos se mantendrán por 12-24 hs luego de su remoción. Si con las medidas referidas no se obtiene respuesta, podrá optarse por la hemostasia reglada, la sutura compresiva sobre el cuerpo uterino mediante técnica de Blynch, o bien disponer de una arteriografía selectiva con la embolización consiguiente. Con estos procedimientos se logra cohibir el sangrado en un número considerable de casos. **(21)**

Durante la operación cesárea, podrá obtenerse rápido control de un sangrado incoercible mediante el clampeo elástico reversible de la aorta infrarrenal en los casos de placenta pércreta, o el clampeo elástico parametrial bilateral en las atonías y acretismos placentarios. Se procede a la reposición de la volemia, el control del estado de coagulación, el apoyo de las funciones vitales, y se dispone de los recursos necesarios para continuar con el procedimiento, que en cada caso, asegure una hemostasia definitiva, en la medida de lo posible conservando el órgano reproductor.



**Fig.1 Vascularización del aparato genital femenino.**

Art. hipogástrica (1); art. Uterina (2); rama cervicovaginal (3); rama ascendente (4); art. Ovárica (5); art. tubárica (6); art. Vaginal (7).Las arterias ovárica y tubárica son ramas de la tuboovárica cuyo origen corresponde a la aorta abdominal.

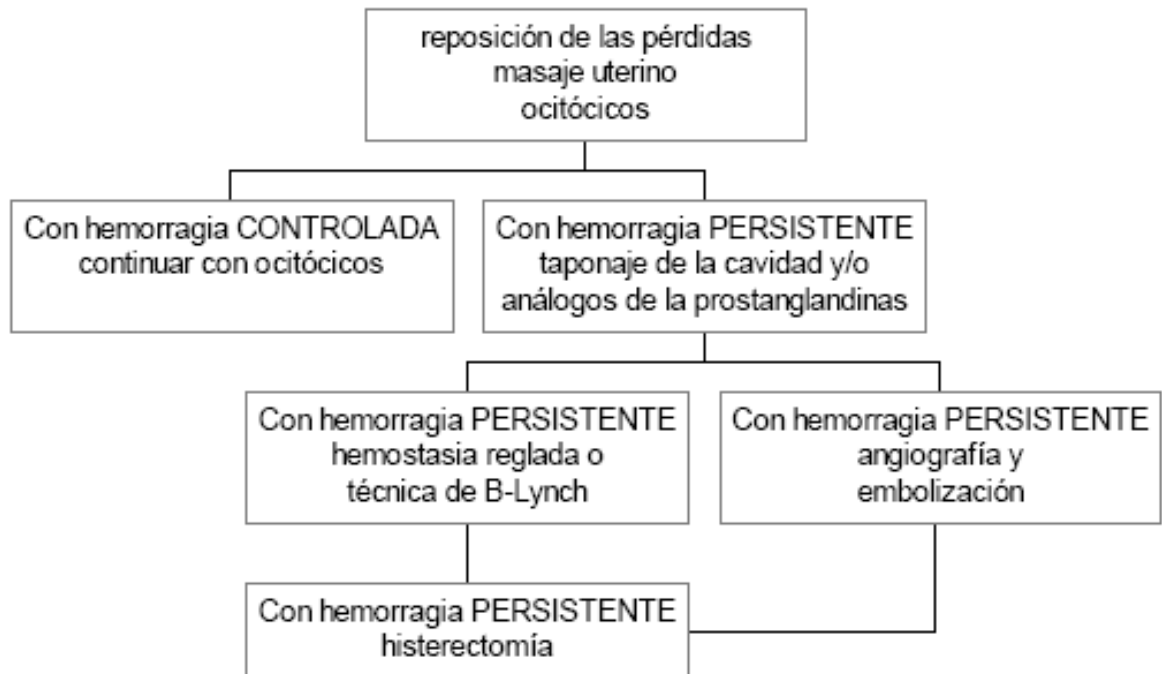
Las ligaduras arteriales regladas de los pedículos vasculares se efectúan a partir de las ramas ascendentes de las arterias y venas uterinas, pudiendo completarse con la interrupción de las ramas útero-ováricas, uní o bilateral, hasta un máximo de cuatro



pedículos arteriovenosos (figura 1). La perfusión del útero quedará asegurada, al igual que la capacidad reproductiva. En los hematomas del ligamento ancho se requiere una ligadura más proximal, a nivel de la arteria hipogástrica. **(21)**

La disponibilidad de estudios hagiográficos de urgencia, permite el control del sangrado mediante la embolización del vaso afectado con esponja de gelatina. Para identificar el mismo, se requiere una velocidad mínima de sangrado de 0,5 ml/min. Si bien el procedimiento evita la necesidad de una intervención quirúrgica, el tiempo total requerido hasta lograr el objetivo deseado, es 60 minutos aproximadamente. Una nueva angiografía post-procedimiento certificará la adecuada hemostasia. La ligadura previa de la arteria hipogástrica impide la realización de estudios vasculares contrastados.

**La histerectomía deberá reservarse como último recurso terapéutico para el control del sangrado obstétrico.**



La técnica es la de la cesárea convencional, seguida de una histerectomía con la técnica que sea más familiar para el cirujano. Suele ser una intervención técnicamente difícil de realizar por la gran vascularización, el edema de las estructuras y los cambios anatómicos del útero grávido y de sus estructuras de sostén. También puede suceder que no se realice la identificación del límite entre el cuerpo y el cuello uterino por la alteración anatómica, lo que puede impedir la extracción total del útero. **(3)**

La hemostasia debe ser cuidadosa y se deben emplear, por lo menos, dos suturas por cada vaso principal. La manipulación de las estructuras debe ser cuidadosa porque el tejido suele estar friable y son frecuentes las lesiones de los paquetes varicosos y de la vejiga. Antes de cerrar el abdomen se debe hacer un control final de la hemostasia; si el sangrado es en capa, se dejan materiales antihemorrágicos y el drenaje de la cavidad debe ser realizado con drenes activos.

El obstetra debe estar familiarizado con las técnicas de prevención de hemorragia como son: la ligadura de las arterias uterinas, la compresión de la aorta para disminuir el sangrado e identificar los vasos que están sangrando, la ligadura bilateral de las arterias ilíacas internas y, por supuesto, con la histerectomía porque con las medidas anteriores no se pueden solucionar algunos casos de hemorragia. **(3)**

### **Papel del Anestesiólogo ante una Histerectomía Obstétrica**

Inmediatamente que al anestesiólogo se le avisa de la realización de una histerectomía obstétrica, este debe evaluar en forma urgente a la paciente para hacer frente a su reanimación, debido a que estas generalmente han sangrado en forma importante y pueden estar en shock y planear la administración de la anestesia mas adecuada para el estado de la paciente. **(33)**

#### Evaluación

1.- El estado de hipovolemia, por la clínica y por el laboratorio, en donde incluirá hemoglobina, hematocrito, pruebas de coagulación en donde incluirá recuento plaquetario, grupo sanguínea y factor Rh, pruebas cruzadas de concentrado de hemáties.

2.- El estado de las vías aéreas.

3.- Historia clínica con todos los antecedentes médico, obstétricos, anestésicos y periodo de ayuno.

## Reanimación.

1.-Mantendrá a la paciente en decúbito lateral izquierdo, o en su defecto mantendrá lateralizada en 30° a la izquierda con una cuña, para evitar la compresión aorto cava, si se encuentra el feto en útero

2.-Abordaje de venas gruesas con catéter del N° 14 o 16. Siempre es necesario un catéter central y sonda vesical.

3.- Reposición volémica con cristaloides, coloide, paquetes globulares y derivados de la sangre de acuerdo a pruebas de coagulación.

4.- Oxígeno terapia.

5.- Ranitidina y metoclopramida intravenosa y citrato de Na. oral

6.- Monitoreo: ECG, FC. TANI, SO<sub>2</sub> , PVC, diuresis minutada. Si se realiza anestesia general capnografía y camnometría mas fracción inspirada y expirada de agentes anestésicos.

7.- Control y cuantificación del sangrado.

8.- En la presencia del feto, su monitorización.

## Anestesia.

1.- Con bloqueo peridural instalado, valorar.

A.- La situación hemodinámica de la paciente

B.- eficacia del boqueo.

C.- La posibilidad de extenderlo, para cubrir el acto quirúrgico.

2.- Sin bloqueo peridural instalado. La elección de la técnica anestésica depende entonces de la situación hemodinámica de la paciente y de la urgencia quirúrgica.

Si existe una situación dinámica estable, normovolemia y probabilidades de un buen control del sangrado, la anestesia regional, peridural, intradural o combinada puede ser realizada. En casos de hipovolemia, urgencia extrema, posibilidades de sangrado importante, se impone la anestesia general. **(33)**

Si se decide practicar la histerectomía, es prudente convertir la anestesia epidural en general. **(16)**

3.- Para la anestesia general, siempre hay que observar los siguientes pasos:

A.- Planear siempre la reanimación

B.- Evaluar la posibilidad de dificultad a la intubación.

C.- Hacer una buena elección de los agentes inductores de acuerdo al estado de la paciente. Se aconsejan como inductores a la ketamina y al etomidato por su escasa o nula depresión miocárdica. También se puede hacer una inducción con agentes anestésicos inhalados como el sevoflurano.

D.- Selección del relajante muscular de acuerdo a las probables dificultades de la intubación y al estado hemodinámico de la paciente. Realizar maniobra de Sellick debido que todas las pacientes obstétricas deben ser consideradas con estómago lleno.

E.- La selección del agente anestésico de mantenimiento estará dado por la causa o motivo de la histerectomía obstétrica, en la atonía uterina no deben darse agentes anestésicos halogenados debido a que mantienen la hipotonía uterina y el riesgo de sangrado aumenta .

F.- Los relajantes musculares de mantenimiento puede ser cualquiera, no olvidando que el atracurium libera histamina y puede potencializar la hipotensión arterial. El pancuronio puede causar taquicardia e hipertensión arterial.

G.- En todas las inducciones para anestesia general debe siempre contarse con uno o dos aspiradores potentes, la posibilidad de realizar la maniobra de Trendelenburg tener a la mano tubos de calibre delgado, guía, un ayudante capacitado y con experiencia, todos los elementos para una intubación difícil, incluyendo un fibroscopio.

H.- En el postoperatorio la paciente debe ser monitorizada continuamente, cuantificando su diuresis, estado de conciencia, hematológico, coagulación y estado hemodinámico. **(33)**

## **IV. Objetivos**

### **4.1 Objetivo General:**

- Caracterización de las pacientes con Histerectomía Obstétrica en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt en base a:
  - Indicación
  - Morbi-Mortalidad
  - Perfil Materno
  - Perfil Obstétrico

### **4.2 Objetivo Específico:**

- Determinar la incidencia de las histerectomías obstétricas en pacientes en el servicio de Labor y Partos del Hospital Roosevelt.

## **V. Material y Métodos**

### **5.1 Tipo de Estudio**

De tipo Descriptivo, ya que se describieron las características de las pacientes a las que se les realizó Histerectomía Obstétrica, en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante el periodo de Enero a Diciembre 2009.

### **5.2 Población**

Todas las pacientes ingresadas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.

### **5.3 Sujeto de Estudio**

Pacientes durante a las que se les realizó histerectomía obstétrica.

### **5.4 Cálculo de la Muestra**

Según el registro anual del libro de sala de operaciones, el número de pacientes a las cuales se les realiza histerectomía obstétrica secundaria a alguna complicación durante el parto o el puerperio, son aproximadamente 20, por lo tanto se tomará el total de pacientes durante el periodo de estudio.

### **5.5 Criterios de Inclusión**

- a. Pacientes a las que se les realizó histerectomía obstétrica posterior a una complicación hemorrágica o infecciosa.

## 5.6 Criterios de Exclusión

- Pacientes a las que se les realizo histerectomía obstétrica, en otro centro asistencial.

## 5.7 Análisis Estadístico

Por ser un estudio descriptivo, se realizo través de frecuencias simples y porcentajes de cada variable. Además se calculo la incidencia de las Histerectomías Obstétricas según la siguiente formula:

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{Numero de Casos Nuevos a lo largo de un Periodo} \times 1000}{\text{Población en Riego en el mismo Periodo}}$$

$$\text{Incidencia de Histerectomía Obstétricas} = \frac{\text{Numero de Histerectomía Obstétricas} \times 1000}{\text{Numero de Partos*}}$$

\* Cualquier tipo de parto (PES, PDS, PEG, PDG, Parto Múltiple)



**Cuadro de Operacionalización de Variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Unidad de Medida</b>
<b>Incidencia</b>	Es el número de casos nuevos de en una población determinada y en un periodo determinado.	Frecuencia de Histerectomía Obstétrica secundaria a complicaciones en el 2009.	Cuantitativa	Razón	Tasa= #casos nuevos/ población en riesgo X 1000
<b>Morbimortalidad</b>	Muertes o complicaciones causadas por una enfermedad o suceso determinado.	Número de muertes o complicaciones a causa de Histerectomía Obstétrica realizada. Infección, anemia, etc., durante el 2009.	Cualitativa	Nominal	Numero de defunciones y complicaciones/ pacientes histerec-tomiza-das X 1000

<b>Perfil Materno de la Paciente</b>	<b>Edad:</b> Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Datos obtenidos por interrogación de la paciente y consignados en la historia clínica.	Cuantitativa	Razón	Años
	<b>Ocupación:</b> Es la acción de ocuparse, un trabajo. empleo; oficio; cargo.		Cualitativa	Nominal	Tipo
	<b>Nivel Educativo:</b> Título que fija los conocimientos, habilidades y destrezas, en una escala que indica la amplitud y profundidad de los mismos.		Cualitativa	Ordinal	Nivel

<b>Perfil Obstétrico de la Paciente</b>	<b>Control Prenatal Previo:</b> Conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de la madre y su hijo.	Datos obtenidos por interrogación de la paciente y consignados en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Si/No
	<b>Realización de USG:</b> Numero de ultrasonidos realizados durante el embarazo.		Cuantitativa	Razón	Si/No Cuantos
	<b>Paridad:</b> Numero de partos que reporta la paciente		Cuantitativa	Razón	Numero
	<b>Edad Gestacional:</b> Es la edad del embarazo calculadas en semanas a partir del primer día de la ultima regla.		Cuantitativa	Intervalo	Sema- nas
	<b>Cirugías Uterinas Previas:</b> Cesáreas, miomectomias u otras cirugías uterinas realizadas antes del ultimo embarazo.		Cualitativa	Nominal	Si/No Tipo

<b>Complicaciones Obstétricas</b>	<b>Atonía Uterina:</b> Cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento, originando una pérdida sanguínea importante a nivel del lecho placentario.	Datos obtenidos de la evolución clínica y síntomas que presente consignados en el registro médico.	Cualitativa	Nominal	Si/No
	<b>Ruptura Uterina:</b> Presencia de cualquier desgarro, efracción o solución de continuidad supracervical.		Cualitativa	Nominal	Si/No
	<b>Trastornos de Implantación Placentaria:</b> Inserción anormal de parte o toda la superficie placentaria, con ausencia total o parcial de la decidua basal, pudiendo las vellosidades coriales adherirse, penetrar o atravesar el miometrio.		Cualitativa	Nominal	Si/No
	<b>Infección Puerperal:</b> Cuadro clínico en el cual se produce una infección de los órganos genitales consecutiva al parto o a un aborto.		Cualitativa	Nominal	Si/No

## VI. Resultados

$$\text{Incidencia de Histerectomía = } \frac{\text{Numero de Histerectomía Obstétricas} \times 1000}{\text{Numero de Partos*}}$$

$$\text{Incidencia de Histerectomía = } \frac{25 \times 1000}{6993} \rightarrow 0.003575 \times 1000$$

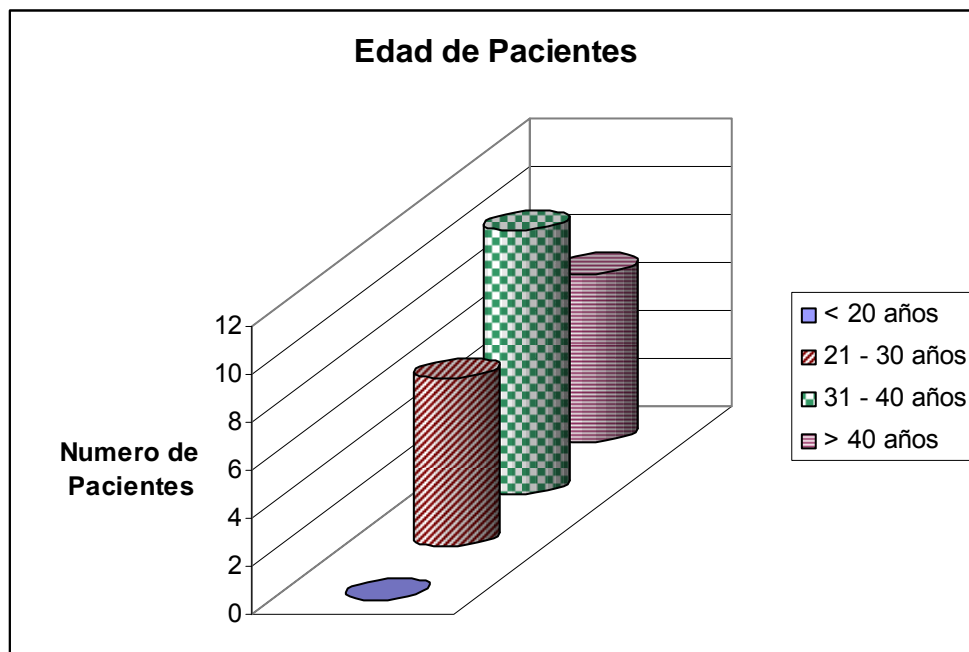
Incidencia de Histerectomía Obstétrica: 3.57 por cada 1000 partos.

Cuadro 1  
Edad de Pacientes

Edad de Paciente	Número de Pacientes
< 20 años	0
21 - 30 años	7
31 - 40 años	11
> 40 años	7

Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Gráfica 1  
Edad de Pacientes



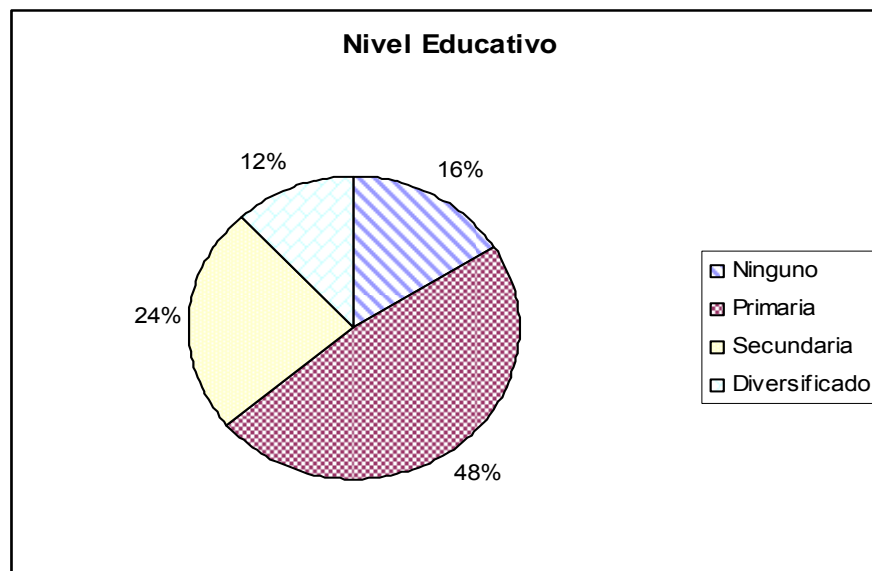
Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Cuadro 2  
Nivel Educativo

Nivel Educativo	Número de Pacientes
Ninguno	4
Primaria	12
Secundaria	6
Diversificado	3
Universitario	0

Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Gráfica 2  
Nivel Educativo



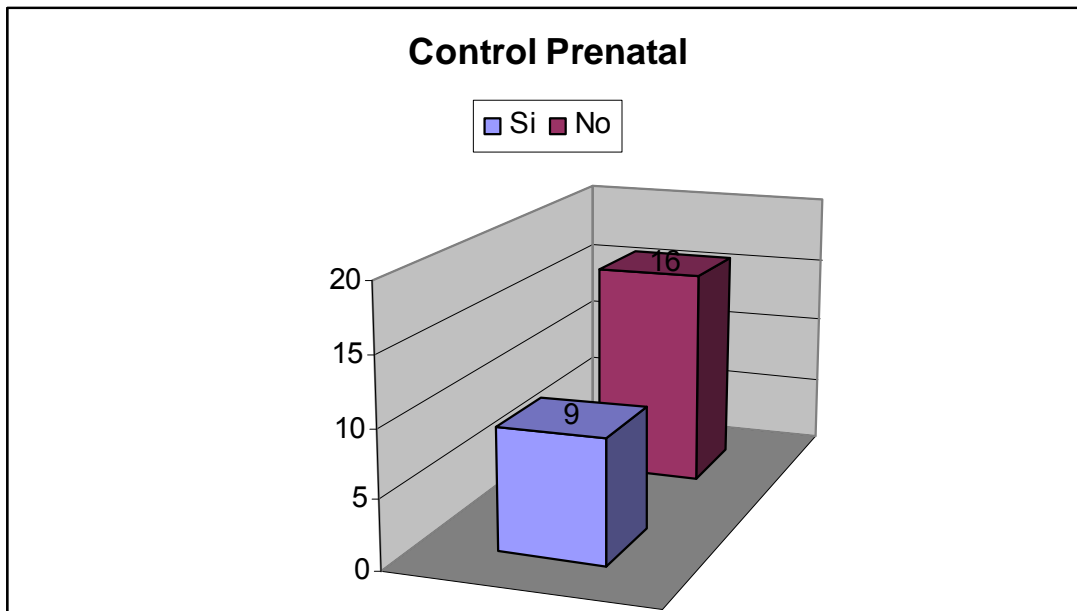
Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Cuadro 3  
Control Prenatal

Control Prenatal	Número de Pacientes	Porcentaje
Si	9	36%
No	16	64%
Total	25	100%

Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Gráfica 3  
Control Prenatal



Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

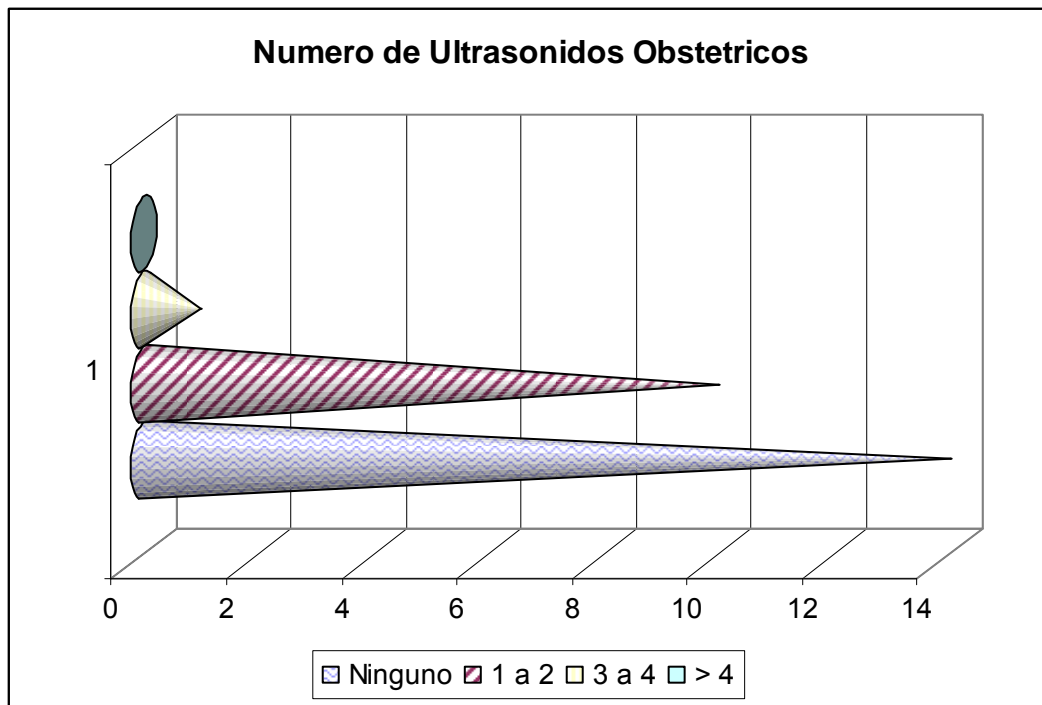


Cuadro 4  
 Número de Ultrasonidos Obstétricos Realizados

<b>Ninguno</b>	14
<b>1 a 2</b>	10
<b>3 a 4</b>	1
<b>&gt; 4</b>	0

Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Grafica 4  
 Numero de Ultrasonidos Obstétricos Realizados



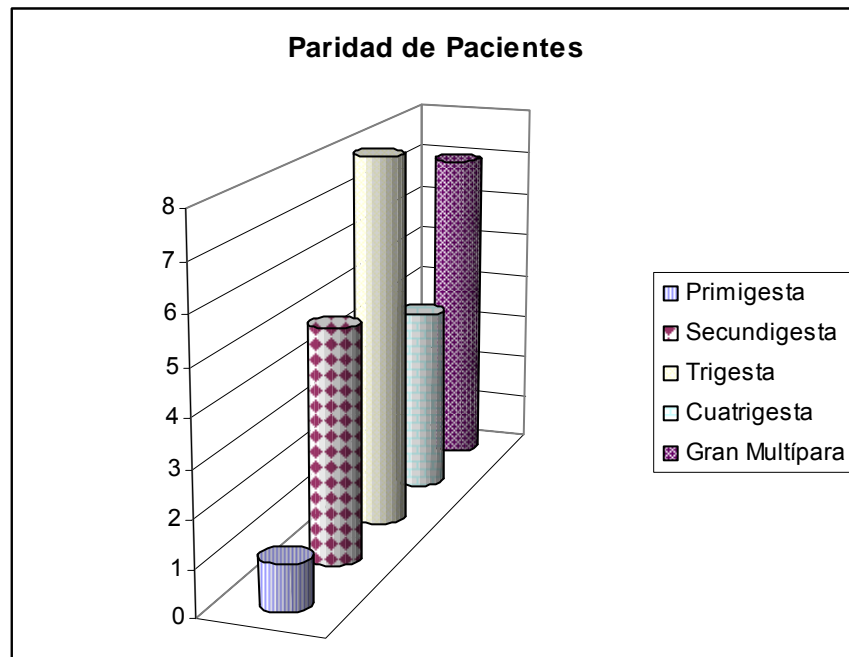
Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Cuadro 5  
Paridad de Pacientes

Paridad de Paciente	Número de Pacientes
Primigesta	1
Secundigesta	5
Trigesta	8
Cuatrigesta	4
Gran Multípara	7

Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Gráfica 5  
Paridad de Pacientes



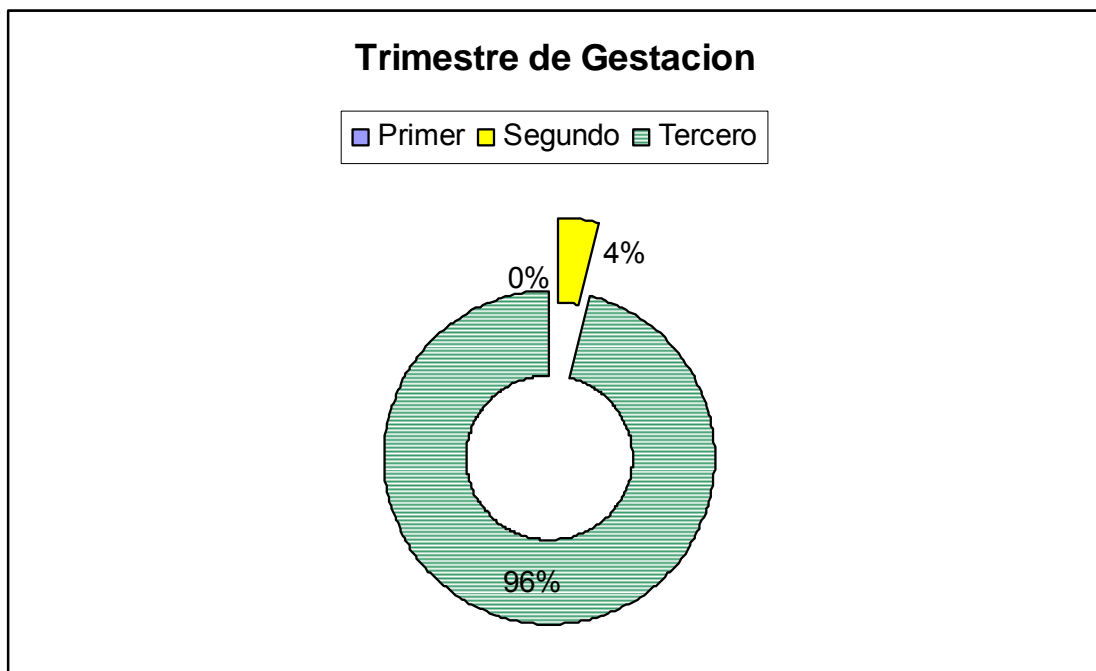
Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Cuadro 6  
Trimestre de Gestación

Trimestre de Gestación	Número de Pacientes
Primer	0
Segundo	1
Tercero	24

Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Gráfica 6  
Trimestre de Gestación



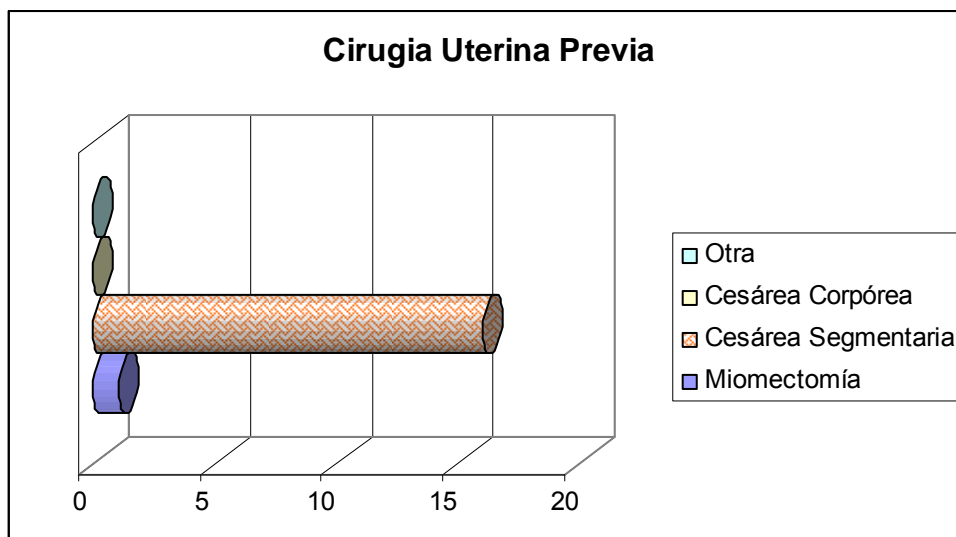
Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Cuadro 7  
Pacientes con Cirugía Uterina Previa

Cirugía Uterina Previa	Número de Pacientes
Miomectomía	1
Cesárea Segmentaria	16
Cesárea Corpórea	0
Otra	0

Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Gráfica 7  
Pacientes con Cirugía Uterina Previa



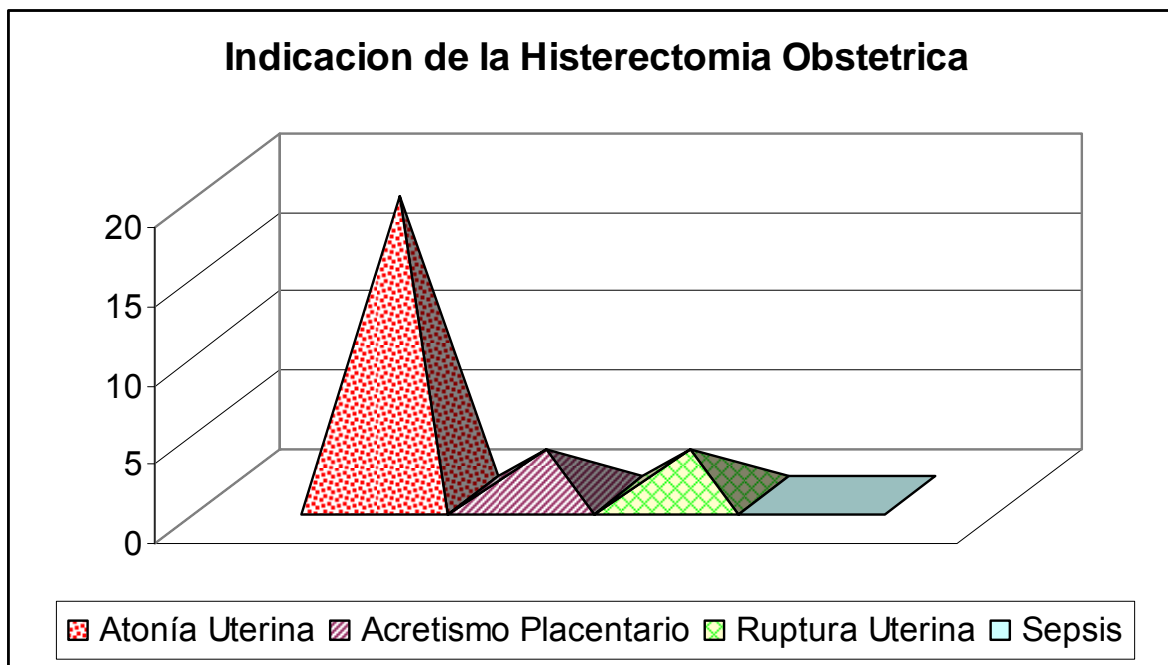
Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Cuadro 8  
Indicación de la Histerectomía Obstétrica

Indicación de Histerectomía Obstétrica	Número de Pacientes
Atonía Uterina	19
Acretismo Placentario	3
Ruptura Uterina	3
Sepsis	0

Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Gráfica 8  
Indicación de la Histerectomía Obstétrica



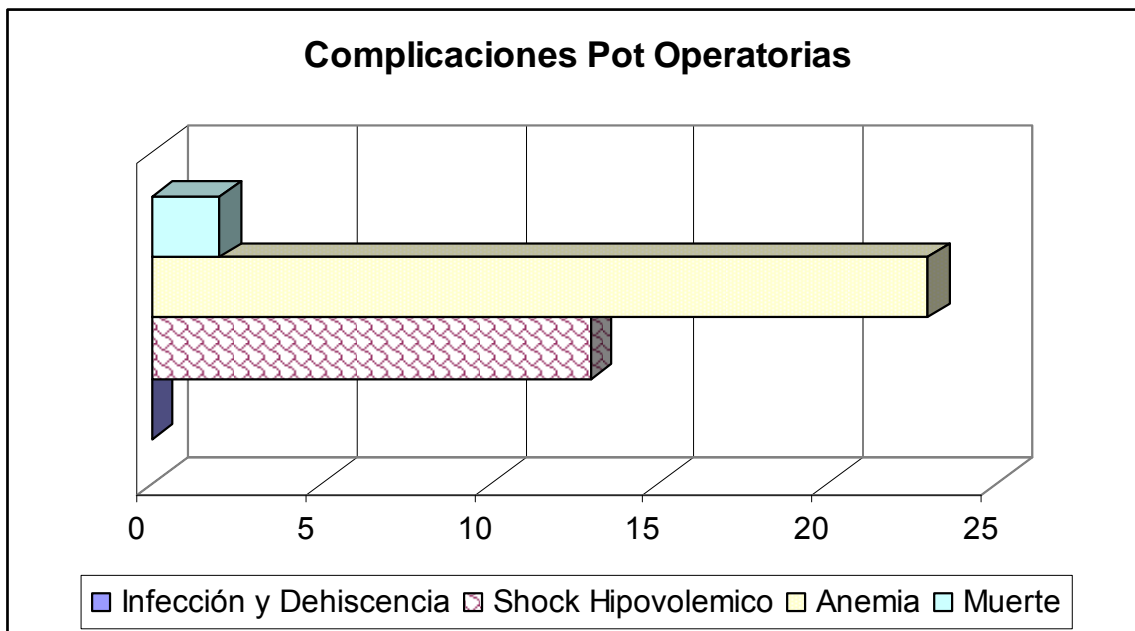
Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Cuadro 9  
Complicaciones Post Operatorias

Complicaciones Post Operatorias	Número de Pacientes
Infección y Dehiscencia	0
Shock Hipovolemico	13
Anemia	23
Muerte	2

Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

Grafica 9  
Complicaciones Post Operatorias



Fuente: Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica. Noviembre 2011.

## VII. Discusión y Análisis

La incidencia de las Histerectomías Obstétricas en las pacientes que fueron atendidas en el servicio de Labor y Partos del Hospital Roosevelt fue de 3.57 por cada 1000 partos. Resultados comparables con otros hospitales alrededor del mundo. Además durante el presente estudio se logro determinar que la mayoría de pacientes (44%) en las que se llevo a cabo una histerectomía obstétrica se encontraban entre la tercera y cuarta década de vida, esto probablemente relacionado a la paridad anterior de la paciente siendo esta en el 76% de los casos igual o mayor de 3 gestas. Habiendo un solo caso de paciente en su primer gesta. El nivel educativo destaco como variable puesto que el 64% de las pacientes tenia un nivel educativo de nivel primario o inferior, no habiendo ninguna paciente con nivel educativo universitario, esto se puede correlacionar con el hecho de que a mayor nivel educativo, se presta mayor atención al embarazo y su adecuado control prenatal, el cual no se llevo igualmente en un 64%, no habiéndose realizado ningún ultrasonido en el 56% de los casos. Como era de esperarse, según los estudios de referencia, el 96% de los casos ocurrió durante el tercer trimestre, siendo el único caso en el segundo trimestre limítrofe. El antecedente de cirugía uterina previa se revelo como factor importante, puesto que en el 68% de los casos había este antecedente, siendo la cesárea segmentaria el mayormente encontrado (64%), y un único caso de miomectomia (4%). Con respecto a la indicación de la histerectomía obstétrica, se observo que en el 76% de los casos se realizo por atonía uterina, 12% por acretismo placentario y 12% por ruptura uterina, los 2 últimos casos, todos con antecedente de cesárea segmentaria. Con respecto a la morbilidad asociada, en el 92% de las pacientes se presento anemia, cursando el 52% con shock hipovolemico y muerte en 2 casos (8%) siendo ambas pacientes mayores de 40 años, multíparas, sin haber llevado control prenatal, ni haberse realizado ultrasonido.

## 7.1 Conclusiones

- 7.1.1 La incidencia de las Histerectomías Obstétricas en las pacientes que fueron atendidas en el servicio de Labor y Partos del Hospital Roosevelt fue de 3.57 por cada 1000 partos.
- 7.1.2 La mayoría de pacientes en las que se llevo a cabo una histerectomía obstétrica se encontraban entre la tercera y cuarta década de vida.
- 7.1.3 En el 75% de los casos la paridad era de 3 o mas gestas.
- 7.1.4 El 64% de las pacientes tenia un nivel educativo primario o inferior, e igualmente este mismo porcentaje no llevo control prenatal y tenia como antecedente quirúrgico la cesárea segmentaria.
- 7.1.5 No se realizo ningún ultrasonido en el 56% de los casos.
- 7.1.6 El 96% de los casos ocurrió durante el tercer trimestre, siendo el único caso en el segundo trimestre limítrofe.
- 7.1.7 La mayor indicación de histerectomía obstétrica fue la atonía uterina en un 76% de los casos.
- 7.1.8 Todos los casos de acretismo placentario y ruptura uterina tenían un antecedente de cesárea segmentaria, el estudio revelo que el 68% de las pacientes tenían un antecedente de cirugía uterina previa como factor importante.
- 7.1.9 La mayor morbilidad asociada con la histerectomía obstétrica fue la anemia, presentándose en un 92% de las pacientes.
- 7.1.10 El shock hipovolemico se presento en el 52% de los casos.
- 7.1.11 Los dos casos de muerte fueron en pacientes mayores de 40 años, multíparas, sin haber llevado control prenatal, ni haberse realizado ultrasonido.



## **7.2 Recomendaciones**

- 7.2.1 Se debe mejorar la educación en la mujer en edad reproductiva para enseñar las ventajas de limitar el número de embarazos, la edad recomendada para concebir y llevar un adecuado control prenatal.
- 7.2.2 Se debe recomendar a las pacientes limitar el número de embarazos cuando hay antecedente de cesárea.
- 7.2.3 Se debe mejorar la disponibilidad de hemoderivados en nuestros hospitales, fomentando la cultura de donación.
- 7.2.4 Se debe vigilar y mejorar el manejo activo del tercer periodo para evitar la atonía uterina.

## VIII. Revision Bibliográfica

1. Adel T. et al: "Emergency peripartum hysterectomy at the princess badea teaching hospital in north Jordan". *J Obstet Gynaecol. Res.* 1999. Vol. 25 (3)193:195.
2. Ahued- Ahued José. "Cesárea histerectomía". *Ginecol. Obstetricia Méx.* 1987 Vol. 55. 47:52.
3. Aller Juan, Moreno Izturiz José, Moreno Romero José. "Cesárea, Histerectomía Obstétrica e Histerorrafia". *Obstetricia Moderna*, Tercera Edición, México 2005-McGraw-Hill Interamericana, pp. 571 - 583.
4. Arana, J: "Cesárea histerectomía total. Reporte de 100 casos consecutivos y revisión de la estadística mundial". *Gine. Obst. Méx.* 1976; 40:419.
5. Bejar Cuba Julio. *Histerectomía de Emergencia durante la gestación, en el Instituto Materno Perinatal: Incidencia y Factores Asociados* [en línea]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos del Perú, Sistema de Biblioteca, 2000 [Consulta: Septiembre 2008]. Web: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Tesis/Salud/Bejar\\_C\\_J/cap1.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Tesis/Salud/Bejar_C_J/cap1.htm).
6. Cabrera Abundis José Jesús. *Operación Cesárea Ginecología y Obstetricia* [en línea]: Universidad Autónoma de Baja California, 2006, [Consulta: Septiembre 2008]. Web: <http://www.slideshow.net/UABCMEDICINA/operación-cesarea-e-histerectomia-obstetrica/>.
7. Caro José, Bustos Luís, Ríos Álvaro, Bernales Joaquín, Pape Neumann. "Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Puerto Montt, 2000 - 2005". *Rev. Chilena Obstetricia Ginecología*, 2006; 71(5): 313 -319.
8. Castillo M. M., Espinoza D. J.: Factores de riesgo asociados a histerectomía relacionada a cesárea de emergencia. Instituto Materno Perinatal. *Lima Temas libres XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología*, 23 — 28 de Junio de 1996. Cuaderno de resúmenes 75:76.
9. Clark SL, Yeh SY, Pelan JP, et al: "Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage". *Obstet Gynecol*, 1984; 64:376.
10. Cutie J.R., Laffita A., Velazco A., "Estudio de la Histerectomía Obstétrica en el Hospital América Arias en el año 2003". *Prog Obstet Ginecol.*, 2005; 48(9): 430 - 5.
11. Daskalakis George, Anastasakis Eleftherios, Papantoniou Nikolaos, Mesogitis Spyro, Theodora Mariana, Antsaklis Aris, et al: "Emergency Obstetric Hysterectomy". *Acta Obstétrica et Ginecológica Scandinavica*, Febrero 2007; 86(2): 223 - 227.

12. Foley, Michael R. Cuidados Intensivos en Obstetricia Manual practico. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1999; 32:49.
13. Francois Karrie, Ortiz Joseph, Harris Cathleen, R. Foley Michael, P. Elliott John. "Is Peripartum Hysterectomy More Common in Multiple Gestations?". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, June 2005; 105(6): 1369 - 1372.
14. Fuentes Gonzáles Leonardo, Enríquez Domínguez Bárbara. "Histerectomía puerperal. Estudio de 14 años" . *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, Enero - Abril 2005; 31(1).
15. García F. Donayre A: "Cesárea histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima Perú". *Ginecología y Obstetricia*, Octubre 1999 Vol. 45, núm. 4; 280:285.
16. Illia R., Presta E., López D'Amato F., Bertot M. J. "La Histerectomía Obstétrica: Epidemiología, factores condicionantes, resultados peri natales y complicaciones maternas en tres centros obstétricos de la República Argentina". *Toko-Gin Pract*, 2001; 60(4): 181 - 189.
17. Islas Valdés Ariana, Requena Llibre Jorge, Zayas María Dolores, Pérez Espinoza Ramón, Bustelo Giraldo Guillermo Sixto. "Comportamiento de la Histerectomía Obstétrica Resultado de 6 años". *Revista Cubana de Obstetricia Ginecología*, Septiembre - Diciembre 2005; 31(3): 195 - 200.
18. Kant Anita, Wadhvani Kavita. "Emergency Obstetric Hysterectomy" .*The Journal of Obstetrics and Gynecology India*, March - April 2005; 55(2): 132 - 134.
19. Kastner Eleana S., Figueroa Reinaldo, Garry David, Maulik Dev. "Emergency Peripartum Hysterectomy: Experience at a Community Teaching Hospital". *Obstetrics & Gynecology*, June 2002; 99(6): 971 -975.
20. LaFontaine Terry Ernesto, Sánchez Mayra , Pugh Samuel, Estrada Humberto. "Morbilidad Materna en Histerectomía Obstétrica de Urgencia". *Archivo medico de Camagüey*, 2005; 9(1).
21. Malvino E. Curone M. Lowenstein R. Hemorragias obstétricas graves en el período periparto. *Med Intensiva* 2000;17(1): 21-29.
22. Martínez E. "Placenta Percreta, Rotura uterina e Histerectomía Obstétrica". *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 2004; 31(7): 266 - 268.
23. Nava F., Páez A., Veloz M., Sánchez V., Hernández-Valencia M. "Indicaciones y Factores de Riesgo para Histerectomía Obstétrica de Urgencia". *Ginecología y Obstetricia Mexicana*, Junio 2002; 70: 289 - 94.

24. Navia F. y col.: "Histerectomía Obstétrica". *Rev. Chilena Obstet Ginecol*, 2000, 65(5); 385:388.
25. Ortega A. S. Y col.: "Cesárea histerectomía". *Rev. Boliv. Ginecología y Obstetricia*, 1982; 6 (2); 20:21.
26. Ortuño O., Domingo y col.: "Morbi-mortalidad materno fetal en la operación cesárea 1983 - 1986". *Gac. Med. Boliv.* 1988;12(2); 51:55.
27. Páez Angulo José Antonio, Navas Flores Jorge, Basavilvazo Rodríguez Antonia, Leobardo Ángeles Victoria, Hernández Valencia Marcelino. "Histerectomía Obstétrica por anormalidad orgánica y funcional materno-fetal, asociadas a la presencia de patología agregada". *Acta Med Gpo Ang*, Octubre - Diciembre 2003; 1(4): 211-215.
28. Pereira Freddy, Montilla Álvaro, Pereira Ernesto, Suárez Oscar. "Histerectomía de Urgencia por Ruptura de Útero Didelfo Grávido". *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, Marzo 2006, 66(1).
29. Ramírez Ocaña: "Cesárea histerectomía en el Hospital Almenara Irigoyen y Centro Medico Naval durante los años 1980 — 1992" . Biblioteca Facultad de Medicina San Fernando UNMSM. Lima.
30. Reveles Vásquez Juan, Villegas Rivera Geannyne, Hernández Higareda Salvador, Grover Páez Fernando, Hernández Vega Carmen, Patino Segura Agustín. "Histerectomía Obstétrica: Incidencia, indicaciones y complicaciones" *Ginecología y Obstetricia de México*, Marzo 2008; 76(3): 156 - 160.
31. Rodríguez Romero Geovani, Rodríguez González Antonio, Arias Zurayka Aparicio. "Histerectomía Obstétrica. Estudio de Tres años". *Archivos Médicos*, 2008; 4(2): 101 - 112.
32. Torres Silvia, Albaiges G., Rodríguez Losada M., Miralles R. M., "Atonía Uterina como causa mas frecuente de histerectomías postparto" *Ginecología y Obstetricia clínica* 2006; 7(1): 10 - 15.
33. Uribe Humberto. *Histerectomía Obstétrica* [en línea]: Congreso XXVII Curso Anual México, 2001; [Consulta Septiembre 2008]. Web:<http://www.comexan.com.mx/congresos/xxviicursoanual/hister.pdf>.
34. Zorlu G. et al: "Emergency hysterectomy in modern obstetric practice". *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77; 186:190

## IX. Anexos

### Anexo No.1

#### Instrumento de Recolección de Datos

Universidad de San Carlos de Guatemala

Departamento de Gineco-Obstetricia

Área de Investigación

Investigador: Dr. Diego Rodas

#### “Caracterización de las Pacientes con Histerectomía Obstétrica”

1. Iniciales de la Paciente: \_\_\_\_\_

2. Registro Medico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente #: \_\_\_\_\_

3. Perfil materno:

3.1 Edad:	< de 20 años <input type="checkbox"/>	3.2 Estado Civil:	Casada <input type="checkbox"/>
	21 - 30 años <input type="checkbox"/>		Estable <input type="checkbox"/>
	31 - 40 años <input type="checkbox"/>		Soltera <input type="checkbox"/>
	> de 40 años <input type="checkbox"/>		Otros _____

3.3 Nivel Educativo:	Ninguno <input type="checkbox"/>	3.4 Ocupación:	_____
	Primaria <input type="checkbox"/>		
	Secundaria <input type="checkbox"/>		
	Diversificado <input type="checkbox"/>		

Universitario

Otros \_\_\_\_\_

#### 4. Perfil Obstétrico:

##### 4.1 Control Prenatal

Si

No

4.1.1 USG Obst. Si  Cuantos \_\_\_\_\_ No

Hallazgo importante: \_\_\_\_\_

4.2 Paridad: Partos \_\_\_\_\_

Cesáreas \_\_\_\_\_

4.3 Edad Gestacional: Primer Trimestre  \_\_\_\_\_

Segundo Trimestre  \_\_\_\_\_

Tercer Trimestre  \_\_\_\_\_

4.4 Cirugía Uterina Previas: Si  No

Cual? \_\_\_\_\_

#### 5. Complicaciones Obstétricas Presentadas:

5.1 Hemorrágicas: Atonía

Ruptura Uterina

5.2 Trastornos de implantación Placentaria:

Placenta Acreta

Placenta Increta

Placenta Percreta

6. Complicaciones Post-Histerectomía Obstétrica:

6.1 Infección de la Herida Operatoria

6.2 Dehiscencia de Herida Operatoria

6.2 Infección y Dehiscencia de Herida  
Operatoria

6.3 Shock Hipovolemico

6.4 Anemia

6.5 Muerte de la paciente

Causa de la Muerte \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: “CARACTERIZACION DE LAS PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA, ESTUDIO DESCRIPTIVO REALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2009” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando se cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.