

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA HISTERECTOMIA

**(Estudio retrospectivo de los años 1974-1983 realizado en el
Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan
de Dios. Revisión de 10 años. Estudio de 52 casos)**

MARTA CLARIBEL VALENCIA DE SIGUI

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

ANTECEDENTES

JUSTIFICACIONES

OBJETIVOS

METODOLOGIA

CONCEPTOS TEORICOS

ANALISIS Y RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

RESUMEN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

APENDICES

INTRODUCCION

La Histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más delicados que se utilizan en Obstetricia y es empleada como medida de urgencia para la paciente.

Se entiende por Histerectomía Obstétrica a la ablación quirúrgica del útero indicada por complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

La Cesárea Histerectomía es poco frecuente en nuestro medio, sin embargo, es necesario conocer sus principales indicaciones y complicaciones.

El presente trabajo es un estudio retrospectivo de los años 1974-1983, realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios sobre las principales indicaciones de Cesárea Histerectomía, encontrándose un total de 52 casos.

Para realizar este estudio, se revisó los libros de sala de operaciones de Labor y Partos y de Séptico, así como de los servicios de Post Parto y los registros clínicos de las pacientes a las cuales se les efectuó Cesárea Histerectomía.

Esta clase de estudios contribuye a determinar la morbi mortalidad materno fetal de esta patología y conocer si ha habido modificaciones en la incidencia de este tipo de cirugía y encontrar soluciones adecuadas y más actualizadas para la paciente grávida y por ende mejorar el pronóstico materno fetal.

Como conclusión de el presente trabajo se puede mencionar que la principal indicación de Cesárea fue Corioamnioitis (11.56%); la principal indicación de Histerectomía, Atonía Uterina (36.63%); y su incidencia en el Hospital San Juan de Dios: 0.10%.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El presente estudio consiste en una revisión retrospectiva de 10 años sobre las principales indicaciones de Cesárea-Histerectomía, efectuada en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios, durante el período comprendido del mes de enero de 1974 a Diciembre de 1983. Dentro de este marco se evalúan factores predisponentes de importancia.

Lo principal, estriba en que se debe de tener estudios completos estadísticos para observar si ha habido modificación en la morbimortalidad de 10 años atrás con respecto a las conductas más recientes y analizar las causas que han modificado los resultados.

ANTECEDENTES

Se revisaron estudios sobre el presente tema en - Guatemala y México, ya que estos países tienen similar estructura socio-económica, encontrando los siguientes:

1. HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT (Revisión de 16 años) 1962 - 1977.
Estudio de 76 casos. Encontrándose entre sus indicaciones más frecuentes: Ruptura Uterina (57.9%) Placenta Acreta (15.79%) y Atonía Uterina (7.13%).
2. CESAREA HISTERECTOMIA EN UN SOLO TIEMPO. HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. (Revisión de 5 años) 1969 - 1974.
Estudio de 10 casos. Se encontró como indicaciones principales: Ruptura Uterina e Inminencia - de Ruptura Uterina (50%), Amniotis + Utero de Couvelaire (20%).
3. HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL DE OCCIDENTE DE QUETZALTENANGO. (Revisión de 9 años) 1973 - 1982.
Estudio de 17 casos. Encontrándose entre sus indicaciones principales: Ruptura Uterina (52.94%), Atonía Uterina Irreversible (11.76%).
4. HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT (revisión de 4 años) 1978 - 1981.
Estudio de 68 casos. Entre sus tres indicaciones más frecuentes tenemos: Ruptura Uterina - (36.76%), Atonía Uterina (30.89%) y Placenta Pre via Central Total (11.76%).
5. CESAREA HISTERECTOMIA EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO - SOCIAL.

(Revisión de 20 meses) Enero de 1978 - Septiembre de 1979.

Estudio de 45 casos. Sus principales indicaciones son: Placenta Acreta (40%), Atonía Uterina (31.14%) y Ruptura Uterina (15.5%).

6. CESAREA HISTERECTOMIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

(Revisión de 5 años) 1976 - 1980.

Estudio de 29 casos. Se encontró entre sus indicaciones: Corioamnioitis (37.9%), Atonía Uterina (34.48%) y Placenta Acreta (10.5%).

JUSTIFICACIONES

Si bien es cierto que la Cesárea Histerectomía no es frecuente en nuestro medio, también podemos decir que cuando ocurre en forma no planificada, esta cirugía suele ser de riesgo con aumento de morbi-mortalidad materno fetal y neo-natal.

Parte de éste estudio, es conocer si ha habido modificaciones en la incidencia de este tipo de cirugía.

Estadísticamente es de mucha importancia, ya que el Hospital San Juan de Dios, siendo un hospital de referencia debe de conocer las modificaciones que han ocurrido en un tiempo dado; también sabemos que las conductas cambian constantemente y éste es un trabajo idóneo para analizar si los cambios han sido positivos o negativos.

Según referencias de artículos extranjeros, mencionan que el porcentaje de este tipo de cirugía ha descendido, ya que con el uso de técnicas modernas en la atención del parto, (5.11) se detecta patología que desencadena accidentes no deseados. Por ejemplo, la ruptura uterina, que es una de las causas más frecuentes que provocan la Cesárea Histerectomía.

OBJETIVOS

1. Conocer la indicación más frecuente de Cesárea - Histerectomía en el Hospital San Juan de Dios.
2. Conocer si la Cesárea - Histerectomía es por indicación Obstétrica o Ginecológica.
3. Conocer la incidencia de Cesárea - Histerectomía en el Hospital San Juan de Dios.

METODOLOGIA

1. Recursos no Humanos
 - a) Libros estadísticos de los servicios de Labor y Partos, Séptico y Ginecología del Hospital San Juan de Dios.
 - b) Registros Médicos de las pacientes que hayan sido sometidas a Cesárea Histerectomía.
2. Recursos Humanos
 - a) Asesor Médico
 - b) Revisor Médico
 - c) Personal encargado del archivo

METODO

1. Revisión retrospectiva de los libros de sala de operaciones de Labor y Partos, Séptico y Ginecología de los años 1974 a 1983.
2. Anotación de nombres y Registros Médicos de las pacientes que fueron sometidas a Cesárea-Histerectomía.
3. Revisión de Historias Clínicas de las pacientes.
4. Clasificación y tabulación de datos según las variables siguientes:
 - Edad

- Paridad
 - Edad Gestacional
 - Número de Abortos
 - Control Pre-Natal
 - Inducción y/o Conducción del Trabajo de Parto
 - Uso de Forceps
 - Kristeller
 - Indicación Principal de la Cesárea y de la Histerectomía
 - Anestesia Utilizada
 - Tipo de Histerectomía
 - Complicaciones Trans y Post Operatorias
 - Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana
 - Apgar y Peso del recién nacido
 - Morbilidad y Mortalidad de la Madre como del recién nacido
5. Investigación Bibliográfica.

CONCEPTOS TEORICOS

CONSIDERACIONES GENERALES

La Cesárea-Histerectomía fue concebida en 1768 por Joseph Cavallini de Florencia, Italia. (4,8)

En el año de 1869, se practicó la primera Cesárea-Histerectomía por Horacio Robinson Storer. (4,16)

Se entiende por Histerectomía Obstétrica a la ablación quirúrgica del útero cuando está indicada por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. La Cesárea-Histerectomía fue ideada con el afán de disminuir la morbi-mortalidad materna debida a hemorragia y a sépsis; es un procedimiento radical y mutilante, empleado en mu je re s durante la época reproductora. (6,23)

Su empleo se indica para resolver problemas de urgencia obstétrica y como método de esterilización en al gunos países anglo-sajones. (3,25)

La superioridad de la histerectomía total sobre la sub-total, ha sido demostrada ampliamente y en la actua lidad, se acepta que debe de extirparse el cuello uterino en todas las pacientes a menos, que ésto impusiera un riesgo indebido o problemas técnicos difíciles. (5,15)

Existe dos clasificaciones respecto a la indicación de Cesárea-Histerectomía que son:

1. SEGUN SU ETIOLOGIA Y PATOLOGIA (6,12,23)

A. DURANTE EL EMBARAZO

- 1) Perforación del útero por aborto criminal.
- 2) Carcinoma.

- 3) Mola Penetrante.
- 4) Mioma intraparietal con necrobiosis.

B. DURANTE EL PARTO

- 1) Apoplejía útero placentaria.
- 2) Rotura del útero.
- 3) Grave infección amniótica.
- 4) Afibrinogenemia.
- 5) Mioma intraparietal con necrobiosis.
- 6) Carcinoma Cervical.
- 7) Acretismo Placentario.
- 8) Hemorragia incontrolable durante o en el post alumbramiento.
- 9) Atonía Uterina.

C. DURANTE EL PUERPERIO

- 1) Mioma infectado con necrobiosis.
- 2) Coriocarcinoma.
- 3) Grave infección.

La siguiente clasificación, se tomó de las clínicas Obstétricas de México de 1980 y se presenta en este trabajo, únicamente como parte de la revisión bibliográfica, ya que actualmente y en nuestro medio, se efectúa Cesárea-Histerectomía solamente en casos de extrema necesidad, como son:

- 1) Atonía Uterina Intratable,
- 2) Ruptura Uterina Irreparable,
- 3) Problemas Infecciosos severos, etc.

II. CLASIFICACION POR SU INDICACION (7,16,20,23,24)

A. INDICACIONES RELATIVAS

- 1) Cicatrices Uterinas.
- 2) Tumores ováricos bilaterales.
- 3) Tumores Uterinos.
- 4) Prolapso Uterino.
- 5) Patología Cervical (amputación, leucoplasia, etc.)
- 6) Hipofibrinogenemia Incontrolable.
- 7) Más de 40 años con varias cicatrices uterinas.

B. INDICACIONES ABSOLUTAS

- 1) Hemorragia.
 - a) Rotura uterina o dehiscencia de cicatriz previa.
 - b) Apoplejía útero placentaria.
 - c) Placenta previa en cicatriz anterior.
 - d) Acretismo placentario.
 - e) Atonía post cesárea no controlable.
- 2) Infección.
- 3) Accidentes operatorios durante la cesárea.

C. INDICACIONES ELECTIVAS

- 1) Razones Psiquiátricas.
- 2) Toxemia repetida.
- 3) Cardiopatías.
- 4) Nefropatías.
- 5) Várices recidivantes.
- 6) Esterilización.

HEMORRAGIA POST PARTO

Es la cantidad de sangre superior a 650 cc. que se pierde durante las 24 horas que siguen al alumbramiento. (12)

Es la causa más frecuente de pérdida sanguínea en obstetricia y puede ser por tres causas: 1) Atonía Uterina; 2) Desgarros Vaginales y Cervicales; y 3) Retención de Fragmentos Placentarios. (5,15)

La causa más frecuente de los casos de hemorragia post parto, lo constituye la Atonía Uterina. (12)

Se define como Atonía Uterina, a la inercia del útero, a la falta de contracción y retracción del útero después de la expulsión de la placenta, ya que normalmente la hemorragia debe detenerse cuando se expulsa la placenta y el útero se retrae. (6,12,25)

Entre las causas que nos pueden llevar a la Atonía Uterina se mencionan:

- 1) Analgesia o anestesia prolongada.
- 2) Recién nacido de más de 4,000 grs.
- 3) Embarazo múltiple.
- 4) Sobredistensión del útero.
- 5) Multiparidad.
- 6) Polihidramnios.
- 7) Trabajo de parto prolongado.
- 8) Partos precipitados.

El tratamiento de la Atonía Uterina es principalmente médico, y consiste en masaje uterino y uso de oxitócicos. (5,12)

UTERO DE COUVELAIRE

En algunos casos de desprendimiento placentario total, puede dar por resultado hemorragia que infiltre la pared uterina y luego ocurrir espasmo uterino general. En ocasiones, el sangrado miometral intrauterino extenso provoca apoplejía, el llamado Utero de Couvelaire, un órgano purpurino, color cobre equimótico y endurecido que pierde su potencia contráctil debido a ruptura de los haces musculares. (5)

Actualmente se supone que la causa del síndrome es una lesión difusa de la pared vascular con un trastorno del mecanismo de la hemostasis, esto al no responder al tratamiento médico con oxitócicos, debe de ser resuelto inmediatamente en forma quirúrgica. (5, 12, 25)

ROTURA UTERINA

Es una de las principales indicaciones de Cesárea-Histerectomía y se efectúa cuando la lesión del útero es muy extensa, teniendo que extirpar el órgano.

Las rupturas pueden clasificarse:

1. SEGUN SU CAUSA

- a) Traumáticas
- b) Espontáneas

2. POR SU GRADO

- a) Completas
- b) Incompletas

3. POR EL TIEMPO DE OCURRENCIA

- a) Prenatal
- b) Durante el parto

Dependiendo de la edad de la paciente, la importancia de la procreación y si los riesgos son aceptables a corto como a largo plazo, algunas rupturas pueden ser reparadas, aunque generalmente, es necesario efectuar Histerectomía. (5, 21)

PROCESOS SEPTICOS UTERINOS

Puede presentarse infección antes, durante o después del parto. Se ha encontrado amniotitis como causa frecuente de histerectomía en casos donde la infección está localizada en el útero. Entre los gérmenes causantes se puede encontrar:

- Estreptococos
- Enterococos
- Clostridium Welchii
- Estafilococos
- Proteus

éste último, es el que produce las formas más graves con hemólisis e insuficiencia renal. (6, 24)

LEIOMIOMA Y EMBARAZO

El embarazo puede producir modificaciones en la forma, tamaño, consistencia y localización del tumor, aumentando su volumen en relación con la hipertrofia e hiperplasia de las fibras uterinas. Pueden surgir varias complicaciones siendo la más común necrobiosis aséptica parcial o total y la posible torsión de un mioma pediculado. La disminución de tamaño de la cavidad uterina por grandes miomas podría justificar el desarrollo escaso y ocasionalmente, muerte fetal así como si-

tuación transversa y determinadas presentaciones viciosas, en especial cuando se trata de tumores previos. Durante el parto, los miomas pueden producir inercia uterina, distocia fetal o bloqueo del conducto del parto. (5, 6, 24)

En general, los miomas tienden a desprenderse en la pelvis a medida que el parto progresa y el nacimiento por vía vaginal puede ser logrado. No obstante, un mioma grande puede estar inmóvil y puede constituir una indicación para el parto por sección cesárea. (5, 25)

CANCER DE CERVIX Y EMBARAZO

El embarazo coexistente con cáncer de cérvix complica el diagnóstico y tratamiento. La identificación correcta de la extensión del cáncer puede ser más difícil durante el embarazo.

La tasa de supervivencia para el carcinoma invasor del cérvix no es muy diferente para las mujeres embarazadas y las no embarazadas dentro de un estadio dado de la enfermedad. No obstante, cuando se sabe que existe carcinoma francamente invasor, la mayoría de los clínicos apoyan la cesárea para finalizar el embarazo y prefieren efectuar la histerectomía en el post parto. (12)

CUADRO No. 1

CLASIFICACION DE PACIENTES
SEGUN EDAD, NUMERO DE GESTAS Y ABORTOS PREVIOS.

EDAD	NUMERO DE GESTAS								TOTAL		ABORTOS									
	PG		SG		3-5		6-16				0		1		2		3		4	
	c	p	c	p	c	p	c	p	c	p	c	p	c	p	c	p	c	p		
15-20	2	3.85	2	3.85	1	1.92	-	-	5	9.61	4	7.68	1	1.92	-	-	-	-	-	-
21-25	-	-	-	-	9	17.31	-	-	9	17.31	2	3.85	4	7.68	1	1.92	2	3.85	-	-
26-30	-	-	-	-	6	11.54	1	1.92	7	13.44	4	7.68	3	5.77	-	-	-	-	-	-
31-35	-	-	-	-	8	15.38	2	3.85	10	19.23	8	15.38	2	3.85	-	-	-	-	-	-
36-40	-	-	-	-	1	1.92	13	25.00	14	26.92	10	19.23	3	5.77	-	-	-	-	1	1.92
41 ó más	-	-	-	-	1	1.92	6	11.54	7	13.44	6	11.54	-	-	-	-	1	1.92	-	-
TOTAL	2	3.85	2	3.85	26	50.00	22	42.30	52	100.00	34	65.39	13	25.00	1	1.92	3	5.77	1	1.92

Fuente: Archivo General, Hospital San Juan de Dios

Referencia: c= casos p= porcentaje PG= primigesta SG= secundigesta

CUADRO No. 2

CLASIFICACION DE PACIENTES
SEGUN EDAD, PARIDAD PREVIA Y EDAD GESTACIONAL

EDAD	PARIDAD PREVIA								TOTAL		EDAD GESTACIONAL									
	Nulípara		Primípara		2-5 partos		Mayor partos				30-32 s		33-35 s		36-38 s		39-41 s		Mayor 42 s	
	c	p	c	p	c	p	c	p	c	p	c	p	c	p	c	p	c	p		
15-20	2	3.85	2	3.85	1	1.92	-	-	5	9.61	-	-	1	1.92	2	3.85	1	1.92	1	1.92
21-25	3	5.77	4	7.68	2	3.85	-	-	9	17.31	2	3.85	-	-	1	1.92	6	11.54	-	-
26-30	-	-	-	-	7	13.44	-	-	7	13.44	-	-	-	-	-	-	6	11.54	1	1.92
31-35	-	-	-	-	8	15.38	2	3.85	10	19.23	-	-	2	3.85	-	-	8	15.38	-	-
36-40	3	5.77	-	-	1	1.92	10	19.23	14	26.92	-	-	-	-	13	25.00	1	1.92	-	-
41 ó más	-	-	-	-	1	1.92	6	11.54	7	15.38	-	-	-	-	2	3.85	5	9.61	-	-
TOTAL	8	15.38	6	11.54	20	38.46	18	34.62	52	100.00	2	3.85	3	5.77	18	34.61	27	51.92	2	3.85

Fuente: Archivo General, Hospital San Juan de Dios

Referencia: c= casos p= porcentaje s= semanas.

ANALISIS DE LOS CUADROS No. 1 y No. 2

CUADRO No. 1

EDAD: Se observa que el grupo más afectado es el de 31-40 años (46.15%) lo cual nos confirma el concepto que se tiene de la paciente de alto riesgo, siendo en este caso el aumento de morbilidad en pacientes mayores de 35 años.

NUMERO DE GESTAS: en este cuadro observamos que existe relación estrecha entre los embarazos múltiples y las distocias ocurridas secundarias al mal estado del útero, que es un factor predisponente en cierto momento a este tipo de cirugía.

ABORTOS PREVIOS: se observa que la mayor parte de pacientes que se les practicó Cesárea Histerectomía, no tienen antecedentes de aborto (65.39%), de lo cual analizamos que el aborto no es causa predisponente de Histerectomía Obstétrica.

CONTROL PRENATAL: en las pacientes estudiadas encontramos 63.46% sin control prenatal y 36.54% que sí lo tuvieron. Esto viene a demostrar en forma evidente que la falta de control prenatal, eleva considerablemente la morbi mortalidad materno infantil y con un adecuado control prenatal se puede prevenir patología predisponente.

CUADRO No. 2

PARIDAD PREVIA: en este cuadro observamos que la pequeña múltipara tiene el porcentaje más alto (38.46%). Esto se debe a que este tipo de paciente (pequeña múltipara) es la que acude con más frecuencia para atención del parto.

EDAD GESTIONAL: la edad de embarazo más frecuentemente reportada fue de las 39-41 semanas, que explica que el mayor número de casos patológicos fueron en pacientes con embarazo a término.

INDICACION DE CESAREA HISTERECTOMIA: se debe mencionar que de las 52 Cesáreas Histerectomía efectuadas, 47 fueron por indicación Obstétrica (90.38%) y 5 por indicación ginecológica (9.62%); de ésta última, se reportan 4 casos por Cáncer in situ y 1 por displasia severa.

PESO DEL RECIEN NACIDO: los recién nacidos con peso de 5.1 a 7 libras, predominaron con 27 casos (51.92%), que corrobora lo expuesto en la edad gestacional, donde se indica que la mayoría de casos de Cesárea Histerectomía, se efectuaron a pacientes con embarazo a término.

CUADRO No. 3

PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

PROCEDIMIENTO	CASOS
Inducción de Trabajo de Parto	6
Conducción de Trabajo de Parto	9
Uso de Forceps	3
Kristeller	7
TOTAL	25

Fuente: Archivo General, Hospital San Juan de Dios.

El presente cuadro nos demuestra que de las 52 pacientes en estudio, 18 fueron sometidas a diferentes procedimientos:

- a) a 2 pacientes se les administró oxitocina y se aplicó forceps,
- b) a 1 paciente se le aplicó forceps y se le efectuó Kristeller,
- c) a 4 pacientes se les administró oxitocina y se les efectuó Kristeller,
- d) a 9 pacientes se les administró oxitocina y
- e) a 2 pacientes se les efectuó Kristeller.

El número total de procedimientos fue 25, pero se debe mencionar que en algunos casos a la misma paciente se le efectuó dos procedimientos diferentes.

La indicación para administrar oxitocina a las pa-
cientes fue por Corioamnioitis en 6 casos, y en los nue-
ve restantes, por disfunción uterina secundaria. De es-
te grupo de pacientes 7 presentaron Inminencia de Ruptu-
ra Uterina y a 4 de ellas se les encontró Ruptura Uteri-
na trans-operatoriamente, los 3 casos restantes presen-
taron Atonía Uterina.

El Kristeller se asoció a Ruptura Uterina en los 7
casos en los que se efectuó.

Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción -
Pelviana es otro de los procedimientos comprendidos en
este trabajo, pero no aparece en el cuadro por no haber
se efectuado en ninguno de los casos estudiados.

CUADRO No. 4

INDICACION DE LA CESAREA

INDICACION	CASOS	%
Inminencia de Ruptura Uterina + Sufrimiento Fetal Agudo	5	9.61
Inminencia de Ruptura Uterina + Desproporción Céfalo Pélvica + Sufrimiento Fetal Agudo	1	1.92
Inminencia de Ruptura Uterina	1	1.92
Placenta Previa Sangrante	5	9.61
Corioamnioitis sin Inducción	6	11.56
Corioamnioitis + Inducciones Fallidas	5	9.61
Una o más Cesáreas Anteriores	5	9.61
Cáncer in situ de Cérvix	4	7.69
Desproporción Céfalo Pélvica	2	3.85
Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta + Sufrimien- to Fetal Agudo	2	3.85
Desprendimiento Prematuro de Pla- centa Normo Inserta	1	1.92
Desproporción Céfalo Pélvica + Sufrimiento Fetal Agudo	2	3.85
Dehiscencia de Cicatriz de Cesárea	2	3.85
Previa	2	3.85
Situación Transversa	2	3.85
Enclavamiento en Posterior + In- minencia de Ruptura Uterina	1	1.92

CUADRO No. 4

INDICACION DE LA CESAREA

INDICACION	CASOS	%
Ovito Fetal + Inducción Fallida	1	1.92
Estrechez Pélvica + Sufrimiento Fetal Agudo	1	1.92
Transversa Abandonada + Inminencia de Ruptura Uterina	2	3.85
Transversa Abandonada	2	3.85
Sufrimiento Fetal Agudo + Preeclampsia Moderada + Desproporción Céfalo Pélvica	1	1.92
Sufrimiento Fetal Agudo	1	1.92
TOTAL	52	100.00

Fuente: Archivo General, Hospital San Juan de Dios.

El cuadro No. 4 nos muestra que la indicación principal de Cesárea fue Corioamnioitis con 6 casos ocupando 11.56%; en segundo lugar, lo ocupa Inminencia de Ruptura Uterina + Sufrimiento Fetal Agudo, Placenta Previa Sangrante, Corioamnioitis + Inducciones Fallidas y una o más Cesárea anteriores con 9.61%; en tercer lugar Cáncer in situ de Cérvix con 7.69%.

Se debe mencionar que no se tomó globalmente la indicación de Corioamnioitis, ya que en unas pacientes

no se administró oxitocina por presentar un cuadro severo y no tener condiciones cervicales adecuadas. Por otro lado, se mencionan 5 pacientes a las cuales sí se les administró oxitocina por ser cuadros incipientes y tener condiciones cervicales favorables para su inducción.

CUADRO No. 5

INDICACION DE LA HISTERECTOMIA

INDICACION	CASOS	%
Atonía Uterina	18	34.63
Ruptura Uterina	17	32.69
Acretismo Placentario	6	11.54
Cáncer in situ	4	7.69
Utero de Couvelaire	2	3.85
Corioamnioitis	1	1.92
Dehiscencia de Cicatriz Operatoria	1	1.92
Hipofibrinogenemia + Síndrome de Coagulación Intravascular	1	1.92
Rasgadura Segmentaria	1	1.92
Displasia Severa	1	1.92
TOTAL	52	100.00

Fuente: Archivo General, Hospital San Juan de Dios.

En este cuadro podemos ver que la indicación más frecuente es la Atonía uterina (34.63%).

Las 18 pacientes a la cuales se les efectuó Histerectomía por Atonía Uterina, fueron sometidas a Cesárea previamente por las siguientes indicaciones:

- a) Inminencia de Ruptura Uterina + Sufrimiento Fetal Agudo: 2 casos.
- b) Inminencia de Ruptura Uterina: 1 caso
- c) Corioamnioitís Sin Inducción: 4 casos.
- d) Corioamnioitís + Inducciones Fallidas: 4 casos.
- e) Transversa Abandonada + Inminencia de Ruptura Uterina: 2 casos.
- f) Transversa Abandonada: 1 caso.
- g) Desprendimiento Prematuro de Placenta Norma Inserta + Sufrimiento Fetal Agudo: 1 caso.
- h) Ovito Fetal + Inducción Fallida: 1 caso.
- i) Desproporción Céfalo Pélvica: 1 caso.
- j) Placenta Previa Sangrante: 1 caso.

RUPTURA UTERINA: (17 CASOS)

- a) Inminencia de Ruptura Uterina + Sufrimiento Fetal Agudo: 3 casos.
- b) Inminencia de Ruptura Uterina + Desproporción Céfalo Pélvica + Sufrimiento Fetal Agudo: 1 caso.
- c) Una o más Cesáreas Anteriores: 3 casos.
- d) Transversa Abandonada: 1 caso.
- e) Desproporción Céfalo Pélvica + Sufrimiento Fetal Agudo: 2 casos.
- f) Desproporción Céfalo Pélvica: 1 caso.
- g) Dehiscencia de Cicatriz de Cesárea Previa: 1 caso.
- h) Situación Transversa: 1 caso.
- i) Estrechez Pélvica + Inminencia de Ruptura Uterina + Sufrimiento Fetal Agudo: 1 caso.
- j) Enclavamiento en Posterior + Inminencia de Ruptura

- tura Uterina: 1 caso.
- k) Sufrimiento Fetal Agudo + Preeclampsia Moderada + Desproporción Céfalo Pélvica: 1 caso.
- l) Corioamnioitís + Inducción Fallida: 1 caso.

ACRETISMO PLACENTARIO: (6 CASOS)

- a) Placenta Previa Sangrante: 3 casos.
- b) Una o más Cesáreas Anteriores: 1 caso.
- c) Sufrimiento Fetal Agudo: 1 caso.
- d) Situación Transversa: 1 caso.

CANCER IN SITU: (4 CASOS)

- a) Cáncer in situ: 4 casos.

UTERO DE COUVELAIRE: (2 CASOS)

- a) Desprendimiento Prematuro de Placenta Norma Inserta + Sufrimiento Fetal Agudo: 1 caso
- b) Desprendimiento Prematuro de Placenta Norma Inserta: 1 caso.

CORIOAMNIOITIS: (1 CASO)

- a) Corioamnioitís: 1 caso

DEHISCENCIA DE CICATRIZ OPERATORIA: (1 CASO)

- a) Dehiscencia de cicatriz operatoria de Cesárea Previa: 1 caso.

HIPOFIBRINOGENEMIA + SINDROME DE COAGULACION INTRAVASCULAR: (1 CASO)

- a) Corioamnioitís: 1 caso.

RASGADURA SEGMENTARIA: (1 CASO)

- a) Placenta Previa Total Sangrante: 1 caso.

DISPLASIA SEVERA: (1 CASO)

a) Dos Cesáreas Anteriores: 1 caso.

En lo que respecta a ruptura uterina, se observa - que un 62% fue en úteros intactos y el porcentaje restante fue en pacientes con una o más cesáreas anteriores.

Como se expuso en el cuadro No. 5, no hay relación entre número de abortos y rupturas uterinas.

Las únicas dos indicaciones ginecológicas de Cesárea Histerectomía que hubo, fue por Cáncer in situ con 4 casos (7.69%) y Displasia Severa con un caso (1.92%). Actualmente, se prefiere posponer la histerectomía ginecológica en un tiempo posterior al parto, dado a la elevada morbilidad durante la cesárea.

En lo que refiere a la aplicación de la maniobra - llamada Kristeller, fue utilizada en 7 casos de ruptura uterina (41.18%).

CUADRO No. 6

TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA DURANTE LA CESAREA HISTERECTOMIA

ANESTESIA	CESAREA						TOTAL		TOTAL		HISTERECTOMIA			
	Segmentaria transperitoneal		Corpórea		TOTAL		TOTAL		Abdominal Total		Abdominal Sub Total		TOTAL	
	c	p	c	p	c	p	c	p	c	p	c	p	c	p
General	38	73.08	4	7.68	42	80.77	51	98.08	49	94.23	2	3.85	2	3.85
Epidural	6	11.54	1	1.92	7	13.46	-	-	-	-	-	-	-	-
Raquidea	3	5.77	-	-	3	5.77	-	-	-	-	-	-	-	-
Raquidea Potenciada	-	-	-	-	-	-	1	1.92	1	1.92	-	-	-	-
TOTAL	47	90.39	5	9.60	52	100.00	52	100.00	50	96.15	2	3.85	2	3.85

Fuente: Archivo General, Hospital San Juan de Dios

Referencia: c = casos p = porcentaje

ANALISIS DEL CUADRO No. 6

ANESTESIA UTILIZADA DURANTE LA CESAREA: observamos que la anestesia general fue la más utilizada - (80.77%), esto se explica ya que la anestesia epidural se contraíndica en mucha patología obstétrica como son los problemas hemorrágicos (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, rupturas uterinas), sufrimiento fetal agudo, etc.

ANESTESIA UTILIZADA EN LA HISTERECTOMIA: el cuadro nos demuestra que se utilizó anestesia general en 51 pacientes (98.08%) y en una paciente, raquídea potencializada.

La anestesia general es la indicada para estos procedimientos en los cuales la relajación es básica y no exacerba el problema hemorrágico.

TIPO DE HISTERECTOMIA: el cuadro muestra que la Histerectomía Abdominal Total, se efectuó en 50 casos (96.15%) y la sub total en dos casos (3.8%).

COMPLICACIONES TRANS OPERATORIAS: hubo 6 complicaciones de las cuales una fue por paro cardiorrespiratorio irreversible y cinco por shock hipovolémico reversible, haciendo un porcentaje de 11.54 de los 52 casos estudiados.

TIPO DE CESAREA: en el cuadro podemos observar que de las 52 cesáreas efectuadas, 5 fueron corpóreas (9.60%) y 47 fueron segmentarias transperitoneales (90.39%).

CUADRO No. 7

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

COMPLICACION	CASOS	%
Hemorragia arteria Uterina Izquierda	1	
Derrame Pleural Derecho	1	
Absceso Pélvico	1	
Absceso Cúpula Vaginal	2	
Infección Urinaria	3	
Septicemia	1	
Fístula Vesico Vaginal	1	
Infección y Dehiscencia Herida Operatoria	4	
Rash Transfucional	1	
TOTAL	15	28.85

Fuente: Archivo General, Hospital San Juan de Dios.

El cuadro No.7 muestra que la complicación más frecuente fue infección y dehiscencia de herida operatoria con 4 casos, seguida de infección urinaria con 3 casos y en tercer lugar, absceso de cúpula vaginal con 2 casos, haciendo un total de 15 casos que corresponde al 28.85% de la morbilidad post operatoria total, con respecto a los 52 casos estudiados.

La paciente que presentó hemorragia de la arteria uterina izquierda fue reintervenida por presentar hemorragia interna, y como hallazgo operatorio se encontró hemorragia del muñón de la arteria uterina izquierda.

CUADRO COMPARATIVO DE EDAD DE LA PACIENTE
CON INDICACION DE HISTERECTOMIA

Indicación de la Histerectomía	EDAD												TOTAL	
	15-20		21-25		26-30		31-35		36-40		41 ó más		TOTAL	
	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P
Atonía Uterina	3	5.77	4	7.68	4	7.68	6	11.54	1	1.92	-	-	18	34.63
Ruptura Uterina	-	-	3	5.77	2	3.85	1	1.92	8	15.38	3	5.77	17	32.60
Acretismo Placentario	1	1.92	2	3.85	1	1.92	-	-	-	-	2	3.85	6	11.54
Cáncer in situ	-	-	-	-	-	-	2	3.85	1	1.92	1	1.92	4	7.60
Utero Cervicelare	1	1.92	-	-	-	-	-	-	1	1.92	-	-	2	3.85
Cervicomicritis	-	-	-	-	-	-	1	1.92	-	-	-	-	1	1.92
Dehiscencia cicatriz operatoria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hipofibrinogenemia + SCIV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.92
Embarazo Segmentaria	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.92	-	-	1	1.92
Mioplastia Severa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.92
TOTAL	5	9.61	9	17.30	7	13.46	10	19.23	14	26.92	7	13.46	52	100.00

Fuente: Archivo General, Hospital San Juan de Dios

Referencia: C= casos P= porcentaje SCIV= Síndrome de coagulación intravascular

ANALISIS DEL CUADRO No. 9

En el presente cuadro se puede observar que la indicación más frecuente de Histerectomía fue Atonía Uterina con 18 casos (34.63%), la cual se presentó mayormente en pacientes de 31 - 35 años (11.54%).

En segundo lugar tenemos ruptura uterina, la cual se reporta en pacientes de 36 - 40 años (15.38%).

Si tomamos en cuenta la edad de la paciente podemos mencionar que el mayor número de patología fue reportada en pacientes de 36 a 40 años con 14 casos, siendo principal ruptura uterina, seguido de 10 pacientes con edad comprendida entre 31 a 35 años, presentando 6 de ellas atonía uterina.

CONCLUSIONES

1. De las pacientes en estudio, el grupo etáreo más afectado fue de 31 a 40 años (46.15%).
2. La mayoría de pacientes a quien se les efectuó Cesárea Histerectomía tenían embarazo a término - (51.92%).
3. De las 52 pacientes en estudio 18 tenían antecedentes de 1 ó más abortos (34.61%).
4. De las pacientes estudiadas, 33 no tuvieron control prenatal (63.46%) lo cual demuestra que la falta de control prenatal eleva la morbimortalidad materno infantil.
5. La indicación más frecuente de Cesárea fue Corioamnioitis (11.54%).
6. La indicación más frecuente de Histerectomía fue - por Atonía Uterina (34.63%).
7. De las 52 Cesáreas Histerectomía reportadas, 5 - fueron por indicación ginecológica.
8. La complicación post operatoria más frecuente fue infección y dehiscencia de herida operatoria con 4 casos.
9. La complicación observada en recién nacidos más frecuentemente fue Sépsis. (15.38%).
10. En los años estudiados se reporta un total de - 47,470 nacimientos, encontrando que de las 52 Cesárea Histerectomía efectuadas representan el - 0.10% de la totalidad de partos eutócicos y distócicos atendidos.

RECOMENDACIONES

1. Considero, se debería de hacer un esfuerzo por tener una mayor cobertura de la paciente obstétrica, ya que comprobamos que las pacientes que no tuvieron control prenatal y que corresponde al 63.46%, fueron más afectadas en este grupo de estudio.
2. Deberá tenerse un mayor control en el uso de Oxitócicos, forceps y maniobras obstétricas tales como Kristeller y versiones internas, pues hemos observado que en la mayoría de los casos de ruptura uterina, estos procedimientos fueron los causantes.
3. Clasificar desde su ingreso a las pacientes de alto riesgo, según su diagnóstico.
4. Hacer conciencia en las pacientes grandes múltiparas y de edad avanzada que hayan completado su familia, que adopten un método anticonceptivo o esterilizante.

RESUMEN

El presente trabajo, es un estudio retrospectivo - de los años 1974-1983, realizado en el Departamenteo de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios, sobre las principales indicaciones de Cesárea Histerectomía, encontrándose un total de 52 casos.

Para realizar este estudio, se revisó los libros - de sala de operaciones de Labor y Partos y de Séptico, así como de los servicios de Post Parto y los registros clínicos de las pacientes a las cuales se les efectuó - Cesárea Histerectomía, tomando en cuenta los parámetros siguientes:

EDAD: de las pacientes en estudio, el grupo etareo más afectado fue el de 31 a 40 años, significando - el 46.15%, siguiendo el grupo de 21 a 30 años (30.80%). Demostrando que la morbimortalidad es más alta en pacien - tes de edad reproductiva mayores de 30 años.

PARIDAD: se encontró que las pequeñas multíparas - fueron las más afectadas, corespondiendo al 38.46%, y - en menor grado el grupo de las primíparas que significa el 11.54%, demostrando que la multiparidad es un factor determinante en este tipo de patología. También se ob - servó, que la mayoría de complicaciones se presentaron en pacientes de 3 a 5 gestas, representando el 50% y el menos afectado el grupo de las primigestas y secundiges - tas, respectivamente, concluyendo, que las gestas múlti - ples es otro factor determinante para dichas complica - ciones.

EDAD GESTACIONAL: La edad del embarazo más frecuen - temente reportada fue dentro de la 39 - 41 semanas - (51.92%), que explica, que el mayor número de casos pa - tológicos fue en pacientes con embarazo a término.

NUMERO DE ABORTOS: la mayor parte de pacientes en estudio, no tenían antecedentes de aborto (65.39%).

CONTROL PRE-NATAL: en este parámetro encontramos - que de las 52 pacientes estudiadas, 19 tuvieron control pre-natal (36.54%), sin control pre-natal, 33 pacientes (63.46%). Esto demuestra, que la falta de control pre-natal eleva la morbimortalidad materno fetal.

INDUCCION Y/O CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO, USO DE FORCEPS O KRISTELLER: estos parámetros se encuentran esquematizados en el cuadro No. 3, donde encontramos - que 18 de las 52 pacientes en estudio, fueron sometidas a diferentes procedimientos.

INDICACION PRINCIPAL DE LA CESAREA: el estudio demuestra que la indicación principal fue corioamniotitis con 6 casos (11.56%), en segundo lugar, Inminencia de Ruptura Uterina + Sufrimiento Fetal Agudo, Placenta Previa Sangrante, Corioamniotitis + Inducciones Fallidas y una o más Cesáreas Anteriores (9.61%) y en tercer lugar, Cáncer in situ de Cérvix (7.69%).

ANESTESIA UTILIZADA DURANTE LA CESAREA: la anestesia general fue la más utilizada (80.77%).

INDICACION DE LA HISTERECTOMIA: la indicación más frecuente fue Atonía Uterina (34.63%), en segundo lugar, Ruptura Uterina (32.69%) y en tercer lugar fue Acretismo Placentario (11.54%). Este parámetro corresponde al cuadro número 5.

ANESTESIS UTILIZADA DURANTE LA HISTERECTOMIA: la anestesia general se utilizó en 51 pacientes (98.09%) y en una paciente, se utilizó anestesia raquídea potencializada (1.92%).

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS: la complicación - más frecuente fue infección y Dehiscencia de herida operatoria con 4 casos, seguida de Infección Urinaria con 3 casos y en tercer lugar, Absceso de Cúpula Vaginal - con 2 casos. La morbilidad en general, representa el 28.85%.

APGAR DEL RECIEN NACIDO: se encontró 29 recién nacidos con Apgar entre 8 y 10 a los 5 minutos, que corresponde al 55.77%.

PESO DEL RECIEN NACIDO: se encontró 27 recién nacidos con peso de 5.1 a 7 libras, lo que significa el 51.92%, en segundo lugar los recién nacidos con peso de 7.1 a 9 libras (19.23%). Lo que nos demuestra que la mayoría de los casos de Cesárea Histerectomía, se efectuó en pacientes con embarazo a término.

MORBILIDAD INFANTIL: la complicación más frecuente que se observó en los recién nacidos fue Sépsis, con número de 8 casos (15.38%), en segundo lugar, Prematurez con 4 casos (7.69%), Ictericia con 3 casos (5.77%) y Membrana Hialina con 2 casos (3.85%). La morbilidad infantil en total fue de 32.69%.

MORTALIDAD MATERNA: de los 52 casos en estudio, se encontró dos fallecimientos reportados: lo cual nos representa el 3.84%. Un caso fue por Paro Cardiorrespiratorio Irreversible y el otro por Septicemia.

MORTALIDAD PERINATAL: en el estudio se observa - que la mortalidad perinatal reportada es de 36.54%, lo cual corresponde a 17 mortinatos (32.69%) y 2 Ovitos Fetales (3.85%).

INDICACION OBSTETRICA O GINECOLOGICA DE CESAREA -
HISTERECTOMIA: de las 52 Cesárea Histerectomía efectua
das, 47 fueron por indicación obstétrica en un porcenta
je de 90.38 y 5 por indicación ginecológica (9.62%).

REFERENCI. BIBLIOGRAFICAS

1. Adriani, J. Analgesia and anesthesia in cesarean hysterectomy. Clin Obstet Gynecol 1969 Sept; 12:590-617
2. Arana A., J. A. Cesárea histerectomía total; reporte de 100 casos con
secutivos y revisión de la estadística mundial. Ginec Obstet Mex. --
1976 Marzo; 40(233):419-420
3. Barclay, D. L. Cesárea histerectomía en el Hospital Charity de Nueva --
Orleans; 1000 operaciones consecutivas. Clin Obstet Gynecol 1969 --
Sept; 12:635-651
4. Barclay, D. L. et al. Elective cesarean hysterectomy; a 5 year compari-
son with cesarean section Am J Obstet Gynecol 1976 Apr 15; 124(8):
900-11
5. Benson, R. C. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. México, Ma-
nual Moderno, 1979. 1080p. (pp. 964-965)
6. Chang Guerra, Carlos R. Histerectomía obstétrica; revisión de 68 casos
en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. Tesis (Mé-
dico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Mé-
dicas. Guatemala, 1982. 58p.
7. Chávez Azuela, J. et al. Morbimortalidad materna en la cesárea histerec-
tomía. Ginec Obstet Mex 1974 Mayo; 35(211):551-61
8. Durfee, R. B. La evolución de la cesárea histerectomía. Clin Obstet Gi-
necol. 1969 Sept; 12:575-6
9. Easterday, C. H. Cesarean hysterectomy at the Boston Hospital for Women
Clin Obstet Gynecol. 1969 Sept; 12:652-659
10. García Ruano, L. F. Cesárea histerectomía en un solo tiempo. Tesis (Mé-
dico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Mé-
dicas. Guatemala, 1974. 67p.
11. Hellman, L. M. y Pritchard, J. A. Obstetricia de Williams. 15a. ed. --
Mexico, Salvat, 1980. 967p. (pp. 414,715,900)
12. Morton, J. H. Cesarean hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1962 Jun 1; --
83(11):1422-32
13. Novak, Jones. Tratado de ginecología. 9a. ed. México, Interamericana,
1977. 794p. (pp. 107-114)

Edugualda

14. O'Leary, J. A. y Sterr, Ch. M. A 10 year review of cesarean hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1964 Jun 15; 90(12):227
15. Pletsch, T. D. y Sandberg, E. C. Cesarean hysterectomy for sterilization. Am J Obstet Gynecol 1963 Jan 15; 85(2):254
16. Porres Rodas, A. S. del C. La histerectomía obstétrica; revisión de 76 - casos en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias - Médicas. Guatemala, 1978. 38p.
17. Prevedourakis, C. N. Emergency cesarean hysterectomy. International Surgery 1974 Jan; 59(1):33-34
18. Ramírez Villalobos, C. J. Cesárea histerectomía. Ginec Obstet Mex 1980 Octubre; 48(288):273-81
19. Ruíz Velasco, V. et al. Cesárea histerectomía. Ginec Obstet Mex 1967 -- Oct; 22(132):591
20. Schneider, G. T. y Tyrone, C. H. Cesarean hysterectomy. Surg Gynecol -- Obstet 1970 March; 130(3):501-4
21. Schwarcz, R. et al. Obstetricia. 3a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1975. 944p. (pp. 864-865)
22. Uribe Elías, R. et al. La histerectomía como recurso en la obstetricia - actual. Ginecol Obstet Mex 1978 Feb; 43(256):113-22
23. Urzúa Leos, Miguel A. Cesárea histerectomía. Ginec Obstet Mex 1980 Oct; 48(288):261
24. Villegas.Ordóñez, Luis Carlos. Histerectomía obstétrica; revisión de 17 casos en el Hospital General de Occidente. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1982. 49p.
25. Webb, C. F. y Gibbs, J. V. Preplanned total cesarean hysterectomies. Am J Obstet Gynecol 1968 May 1; 101(1):23-7

70 Bo
Eduardo

Universidad de San Carlos de Guatemala
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 GPCA - UNIDAD DE DOCUMENTACION

Author	Title	Journal	Year	Page
O'Leary, J. A. y Sterr, Ch. M.	A 10 year review of cesarean hysterectomy.	Am J Obstet Gynecol	1964	90(12):227
Pletsch, T. D. y Sandberg, E. C.	Cesarean hysterectomy for sterilization.	Am J Obstet Gynecol	1963	85(2):254
Porres Rodas, A. S. del C.	La histerectomía obstétrica; revisión de 76 - casos en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias - Médicas. Guatemala, 1978. 38p.		1978	
Prevedourakis, C. N.	Emergency cesarean hysterectomy.	International Surgery	1974	59(1):33-34
Ramírez Villalobos, C. J.	Cesárea histerectomía.	Ginec Obstet Mex	1980	48(288):273-81
Ruíz Velasco, V. et al.	Cesárea histerectomía.	Ginec Obstet Mex	1967	22(132):591
Schneider, G. T. y Tyrone, C. H.	Cesarean hysterectomy.	Surg Gynecol -- Obstet	1970	130(3):501-4
Schwarcz, R. et al.	Obstetricia. 3a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1975. 944p. (pp. 864-865)		1975	
Uribe Elías, R. et al.	La histerectomía como recurso en la obstetricia - actual.	Ginecol Obstet Mex	1978	43(256):113-22
Urzúa Leos, Miguel A.	Cesárea histerectomía.	Ginec Obstet Mex	1980	48(288):261
Villegas.Ordóñez, Luis Carlos.	Histerectomía obstétrica; revisión de 17 casos en el Hospital General de Occidente. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1982. 49p.		1982	
Webb, C. F. y Gibbs, J. V.	Preplanned total cesarean hysterectomies.	Am J Obstet Gynecol	1968	101(1):23-7

CUADRO COMPARATIVO

	Hospital Nac. Quetzaltenango Tesis: L.C Villegas O. Revisión: 9 años 1973-1982 17 Casos	Hospital Nacional de México Revisión: 5 años 1976-1980 29 Casos	Hospital Gineco-Obstetricia Instituto Mexicano Seguro Social Revisión: 20 meses Ene '78-Sep '79 45 Casos
Principales Indicaciones de Cesárea Histerectomía	1. Ruptura Uterina 9 52.94% 2. Atonía Uterina 2 11.76% 3. Hay 6 indicaciones con simi- lar porcentaje	1. Corioamniotitis 11 36.90% 2. Atonía Uterina 10 34.48% 3. Acretismo Pla- centario 3 10.50%	1. Acretismo Pla- centario 17 40.00% 2. Atonía Uterina 13 31.10% 3. Ruptura Uterina 7 15.50%
Tipo de Histerectomía	Hist. Abd. Total 2 11.76% Hist. Abd. Subtotal 15 88.23%	Hist. Abd. Total 90% Hist. Abd. Subtotal 10%	Hist. Abd. Total 41 91.10% Hist. Abd. Subtotal 4 8.90%
Mortalidad Materna	1 Caso = 5.88%	1 Caso = 3.50%	4.50%
Morbilidad Trans Operatoria	1.07%	27.59%	22.22%
Morbilidad Post Operatoria	76.47%	13.79%	80%

CUADRO COMPARATIVO

	Hospital San Juan de Dios Tesis: L.F. García Ruano Revisión: 5 años 1969-1974 10 Casos	Hospital San Juan de Dios Tesis: M.C.V. de Siguf Revisión: 10 años 1974-1983 52 Casos	Hospital Roosevelt Tesis: C.R. Chang Guerra Revisión: 4 años 1978-1981 68 Casos
Principales Indicaciones de Cesárea Histerectomía	1. Ruptura Uterina 5 50% 2. DPPNI 2 20% 3. Corioamnioitís 2 20%	1. Atonía Uterina 18 34.63% 2. Ruptura Uterina 17 32.69% 3. Acretismo Placentario 6 11.54%	1. Ruptura Uterina 25 36.76% 2. Atonía Uterina 21 30.89% 3. PP Sangrante 8 11.76%
Tipo de Histerectomía	Hist. Abd. Total 9 90% Hist. Abd. Subtotal 1 10%	Hist. Abd. Total 50 96.15% Hist. Abd. Subtotal 2 3.85%	Hist. Abd. Total 45 60.31% Hist. Abd. Subtotal 29 39.18%
Mortalidad Materna	0 Casos = 00.00%	2 Casos = 3.84%	8 Casos = 11.76%
Morbilidad Trans Operatoria	80%	11.54%	27.94%
Morbilidad Post Operatoria	50%	28.85%	51.48%

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS
DE LA SALUD
(C I C S)

CONFORME:


Dr. Sergio Romeo Rímola Sarti
ASESOR.

SATISFECHO:


Dr. Salvador Lopez Mendoza
REVISOR.
DR. SALVADOR LOPEZ MENDOZA
MÉDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 2495

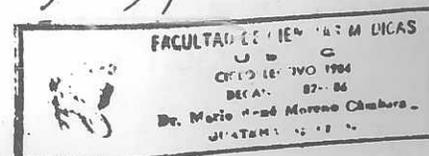
APROBADO:


DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:


Dr. Mario René Moreno Cámara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 18 de Septiembre de 1984.



Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 44).