



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

Hospital Regional ISSSTE Puebla

“Prevalencia e incidencia de Histerectomía post evento obstétrico, factores asociados y complicaciones en el Hospital Regional ISSSTE, Puebla de marzo de 2016 a marzo de 2019.”

Número de Registro:

289.2018

Tesis presentada para obtener el grado de Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Presenta:

Dr. Luis Felipe Bornios Galeana

Asesor Experto:

Dra. Susuri Contla Martínez

Asesor Metodológico:

MCMI José Luis Gálvez Romero



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

H. Puebla de Z. Noviembre de 2019

“Prevalencia e incidencia de Histerectomía post evento obstétrico, factores asociados y complicaciones en el Hospital Regional ISSSTE, Puebla de marzo de 2016 a marzo de 2019.”

Tesis para obtener el Diploma en la Especialidad de Ginecología y Obstetricia

Dr. Daniel Ismael Linares Palafox
Director del Hospital Regional ISSSTE Puebla

Mtro. Mario Alberto Sorcia Aguilar
Coordinador de Enseñanza e Investigación

Dr. José Alberto Díaz Anaya
Profesor titular del Curso de Ginecología y Obstetricia

Dr. Manuel García Romero
Profesor adjunto del Curso de Ginecología y Obstetricia

Dra. Susuri Contla Martínez
Asesor Experto

MCMI José Luis Gálvez Romero
Asesor Metodológico

Puebla, Puebla, noviembre de 2019.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Susuri Contla Martínez

Adscrita al servicio de Ginecología y Obstetricia, que desde el Internado médico colaboró en el gusto y orientación de esta especialidad médica, posteriormente apoyarme en mis decisiones y guiarme a lo largo de la misma.

Al Dr. MCMi José Luis Gálvez Romero

Jefe del área de investigación del Hospital Regional ISSSTE Puebla.

Por su asesoría y consejería en la realización de este trabajo, además de la disponibilidad y paciencia que siempre lo caracteriza.

Al Dr. Díaz Anaya José Alberto y mis profesores adscritos al servicio.

A mi profesor titular de la especialidad por su invaluable esfuerzo, constancia e interés por la enseñanza de mi persona y la de mis compañeros, siempre caracterizado por la disponibilidad y orientación en base a su experiencia médica y personal.

A los médicos adscritos del servicio de Ginecología del Hospital Regional ISSSTE que de alguna u otra forma fueron participes en la formación personal y profesional en el trayecto de esta residencia médica.

DEDICADO

A MIS PADRES, Gracias por el gran apoyo que me han brindado desde el inicio de mi trayectoria profesional, por la confianza, la constancia, el esfuerzo que han realizado para que este sueño se cumpla, sin ellos esta meta que hoy se llama Médico Especialista no hubiera sido posible.

A MI ESPOSA, Por ser ese apoyo incondicional, por alentarme a ser más grande, ser mejor persona e inspirarme para seguir adelante en el ámbito profesional, fuiste parte fundamental para que esta meta se logrará.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	9
Antecedentes Generales	9
Antecedentes específicos.....	14
JUSTIFICACION.....	27
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
HIPOTESIS.....	29
OBJETIVOS.....	29
OBJETIVO GENERAL	29
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
Infraestructura física y humana	30
Humanos.....	30
Materiales	30
Financieros	30
Aspectos Éticos	30
MATERIAL Y MÉTODOS	31
CRITERIOS DE INCLUSION	31
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	32
CRITERIOS DE ELIMINACION	32
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	34
ANALISIS ESTADISTICO	35
RESULTADOS	36
DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIÓN	43
RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍA.....	45

RESUMEN

Antecedentes: La Hemorragia Obstétrica es la principal causa de muerte a nivel mundial de la mujer embarazada. Hay un aumento de factores de riesgos asociados como edad materna, antecedente de cirugías uterinas, sobre distensión uterina, entre otros; que favorecen la aparición de complicaciones que aumentan la mortalidad.

La Histerectomía post-evento obstétrico cirugía que se encuentra reservada en aquellas situaciones que el tratamiento conservador para preservar el útero y la función reproductiva ha fallado, considerando una emergencia obstétrica que pone en peligro la vida.

Objetivo: Determinar las causas de hemorragia obstétrica, los factores de riesgo asociados a la realización de histerectomía post-evento obstétrico, así como complicaciones.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, longitudinal, homodémico, tipo de muestreo probabilístico. Se incluyó un grupo de 164 mujeres entre 15 y 48 años, las variables del estudio fueron: tono uterino, alteraciones en inserción placentaria, enfermedad hipertensiva, leiomiomatosis, trauma uterino, cervical o perineal y procesos infecciosos. Las variables numéricas se interpretaron en promedio y desviación estándar, las variables categóricas en frecuencia y porcentaje.

La ORP fue calculada con Chi Cuadrada con intervalo de confianza al 95% y con significancia estadística de $p < 0.05$ y factor de precisión del 1%.

Resultados: Se Analizaron 164 pacientes de marzo 2016 a 2019 con factores de riesgo para sangrado de los cuales 91 presentaron hemorragia obstetrica. El rango de edad de las pacientes estudiadas fue de 26 a 45 años con una media de 35 años. De 164 Pacientes la interrupción del embarazo 21 fueron por vía vaginal y 143 por vía abdominal, 44 paciente ameritó realización de Histerectomía Obstetrica; 44 pacientes estudiadas 43 contaban con antecedente de Cesárea y 20pacientes contaban con Aborto previo con antecedente de instrumentación.

Se consideró la presencia de Tono Uterino como factor "protector", las alteraciones placentarias y el sangrado abdominal mayor a 1000 ml. como aumento de riesgo 6 y 11 veces respectivamente para Histerectomía obstetrica con mayor relevancia significativa.

Conclusión: La Hemorragia obstetrica y los factores de riesgo influyen de manera significativa en la realización de Histerectomía post evento obstétrico, constituye el mejor tratamiento quirúrgico cuando no hay resultado en el tratamiento conservador.

Se estimó una Prevalencia del 15% (ORP 0.11-0.22) 26 nuevos casos de marzo 2016 a febrero 2018. La Incidencia de un 10% con 18 casos nuevos de marzo 2018 a marzo 2019.

En este estudio se concluye que antecedente de cirugías uterinas previas, aunado a factores de riesgo asociados, principalmente alteraciones en la inserción y penetración placentaria, alteraciones en la morfología del útero, tienen relevancia significativa para culminar en tratamiento quirúrgico definitivo.

Aunque la histerectomía en bloque presento mejor pronóstico para sangrado y estancia hospitalaria, no contó con los casos suficientes para considerar un valor estadístico. La Histerectomía seguida de una Cesárea obtuvo buenos resultados considerando el número de casos presentados. El aumento de la incidencia de casos, contribuirá en datos más significativos y estadísticos para un futuro estudio.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia obstétrica continúa siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial siendo mayor en países en vías de desarrollo. Ocurre en el 5% de todos los nacimientos y ocasiona 140,000 muertes al año, que equivalen a una muerte cada 4 minutos. La mayoría de las muertes se dan dentro de las primeras 4 horas postparto. (CENETEC, GPC, IMSS, 2017)

La hemorragia obstétrica es una condición prevenible, y representa una de las principales causas de muerte en el mundo. En estudios realizados por la OMS se revela que entre el 25 -30% de muertes maternas se deben a hemorragia obstétrica, tales muertes inician usualmente al relacionarse con el desarrollo de choque hemorrágico y sus consecuencias, especialmente la disfunción orgánica múltiple. (CENETEC, GPC, IMSS, 2017)

Antecedentes Generales

Hemorragia Obstetrica

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetrica define la hemorragia postparto como pérdida de sangre acumulada mayor o igual a 1,000 ml o pérdida de sangre acompañada de signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento.

En definiciones tradicionales de hemorragia posparto se entiende como pérdida de sangre estimada en mayor de 500 ml después de un nacimiento vía vaginal o mayor a 1,000 ml después de una cesárea. Históricamente, una disminución en el hematocrito del 10% se había propuesto como marcador alternativo a definir hemorragia posparto; sin embargo, determinaciones de hemoglobina o concentraciones de hematocrito no reflejan el estado hematológico actual y no son clínicamente útiles en el contexto de hemorragia postparto de forma aguda.

En las mujeres posparto, es importante reconocer que los signos o síntomas de pérdida considerable de sangre (taquicardia e hipotensión) a menudo no se presentan hasta que la pérdida de sangre sea sustancial que generalmente representa el 25% del volumen sanguíneo total de la mujer (aproximadamente 1,500 ml o más) ha ocurrido.

Por lo tanto, el reconocimiento temprano de la hemorragia posparto debe ser el objetivo, para mejorar los resultados perinatales adversos.

Etiología de la Hemorragia Obstétrica

Las etiologías se dividen en causas primarias o secundarias. Se produce hemorragia posparto primaria dentro de las primeras 24 horas de nacimiento, mientras que la hemorragia posparto se define

como sangrado excesivo que ocurre después de las 24 horas del parto, hasta 12 semanas después del mismo.

Para evaluar a una paciente que está sangrando, puede ser útil para considerar la Nemotecnia "las 4 T's": Tono, Trauma, Tejido y Trombina.

Imagen 1. Etiología Primaria y Secundaria de la Hemorragia Postparto

Box 1. Etiology of Postpartum Hemorrhage ↵

Primary:

- Uterine atony
- Lacerations
- Retained placenta
- Abnormally adherent placenta (accreta)
- Defects of coagulation (eg, disseminated intravascular coagulation)*
- Uterine inversion

Secondary:

- Subinvolution of the placental site
- Retained products of conception
- Infection
- Inherited coagulation defects (eg, factor deficiency such as von Willebrand)

*These include inherited coagulation defects as well as acute coagulopathies that may develop from events such as amniotic fluid embolism, placental abruption, or severe preeclampsia.

Fuente. (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017)

Edad materna avanzada

La prevalencia de la edad materna avanzada dentro de todos los embarazos se ha reportado alrededor de 1,5%; sin embargo, estas cifras pueden variar de acuerdo a la población estudiada.

En el Instituto Nacional Materno perinatal durante el periodo 2016 ocurrieron 21,983 nacimientos/año, de los cuales corresponden a edad materna avanzada ≥ 35 años de edad con 4,300 gestantes/año que representan el 19,56%; y ≥ 40 años de edad con 1222 gestantes/año que representan el 4,89%.

Tipos de parto

Las anomalías de presentación fetal la necesidad de oxitocina, duración de la dilatación superior a 12 horas, los índices de extracción instrumentada y cesárea aumentan con la edad. En todas las publicaciones se observa aumento del número de cesáreas, sobre todo en las primíparas, esto relacionado con el incremento de cesárea de inicio (decididas antes del comienzo de la dilatación) como en el aumento de cesáreas de urgencia (riesgo de pérdida de bienestar fetal). Este aumento en el índice de cesáreas es aún más marcado en mujeres que se someten a tratamiento de fertilidad (20.8% frente a 10.7%).

De manera consciente o inconsciente, en los embarazos tardíos el obstetra tiende a realizar una extracción ante la aparición de la menor complicación, conjugándose para que el índice de cesáreas aumente con la edad.

Mortalidad materna

La mortalidad materna aumenta con la edad, estadísticas europeas reportan mortalidad en el periodo de 2000-2002 en mujeres de 25-29 años de 3.8 muertes por 100,000 nacimientos, en mujeres de 40-44 años 33.3 y mayores de 45 años de 215.3 muertes por cada 100,000 nacimientos. Las causas más importantes muerte son hemorragia obstétrica, accidentes vasculares, embolia amniótica, infecciones y miocardiopatías. (OMS, UNICEF, UNFPA, el Grupo del Banco Mundial, 2015)

Antecedentes específicos

Factores de Riesgo asociados a Hemorragia Obstetrica

La hemorragia obstetrica es imprescindible, hoy en día un número de factores de riesgo bien establecidos como el parto prolongado o Coriamnionitis se han asociado con hemorragia posparto. Sin embargo, muchas mujeres sin estos los factores de riesgo pueden experimentarla.

Los principales factores de riesgo se describen en la siguiente tabla.

Tabla 1. Factores de Riesgo prenatales e intraparto de la Hemorragia Obstetrica

Etiology	Primary Problem	Risk Factors, Signs
Abnormalities of uterine contraction—atony	Atonic uterus	Prolonged use of oxytocin High parity Chorioamnionitis General anesthesia
	Over-distended uterus	Twins or multiple gestation Polyhydramnios Macrosomia
	Fibroid uterus	Multiple uterine fibroids
	Uterine inversion	Excessive umbilical cord traction Short umbilical cord Fundal implantation of the placenta
Genital tract trauma	Episiotomy Cervical, vaginal, and perineal lacerations Uterine rupture	Operative vaginal delivery Precipitous delivery
Retained placental tissue	Retained placenta Placenta accreta	Succenturiate placenta Previous uterine surgery Incomplete placenta at delivery
Abnormalities of coagulation	Preeclampsia	Abnormal bruising
	Inherited clotting factor deficiency (von Willebrand, hemophilia)	Petechia
	Severe infection	Fetal death
	Amniotic fluid embolism	Placental abruption
	Excessive crystalloid replacement	Fever, sepsis
	Therapeutic anticoagulation	Hemorrhage Current thromboembolism treatment

Fuente. (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017)

Atonía Uterina

Se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato.

Se estima que el tono (atonía uterina) causa el 70–80% de la hemorragia posparto y generalmente debe considerarse como la principal etiología de la hemorragia posparto. Las intervenciones recomendadas para la atonía uterina incluyen masaje uterino, compresión bimanual y medicamentos uterotónicos. (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017)

Los factores de riesgo asociados: sobre distensión uterina por gestación múltiple, Polihidramnios o macrosomía fetal, agotamiento muscular por parto prolongado, gran multiparidad y corioamnionitis por rotura prematura de membranas.

Imagen 2. Manejo de Paciente con diagnóstico de Atonía Uterina.

Tener dos vías parenterales permeables, de preferencia calibres 14 o 16.
Administración inmediata de oxitócicos y reposición de volumen con cristaloides, coloides y derivados hemáticos

Los agentes uterotonicos deben ser la primera línea de tratamiento para la hemorragia postparto por atonía uterina:

_Oxitocina: 20 unidades en 500 ml de solución glucosada, (la oxitocina se precipita en solución fisiológica), en otra vía permeable se puede usar solución fisiológica o ringer lactato, para reponer volúmen en infusión continúa.

_Ergometrina 0.2 a 0.5 mg intramuscular (IM), dosis única (DU) y revalorar nueva aplicación a los 10 minutos, tomando en cuenta las contraindicaciones.

_Carbetocina 100 mcg intravenosa, en bolo, DU en:

- Pacientes que tienen contraindicación para ergometrina.
- En pacientes con pobre respuesta a la oxitocina o ergometrina, previa liberación de receptores aplicando 200 ml de solución fisiológica a infusión continúa esperando de 5 a 6 minutos.

En pacientes con alto riesgo de atonía uterina deberá utilizarse de primera elección.

_Misoprostol 800 a 1000 mcg rectal dosis única.

Fuente: (CENETEC, GPC, IMSS, 2017)

Trauma Materno (uterino, cervical o vaginal)

El trauma materno está dado por laceraciones, hematomas en expansión o ruptura uterina. Vía vaginal puede estar asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa.

La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrios.

Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarró. Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas. (DR. ALDO SOLARI A. (1), 2014)

Ruptura Uterina

Se dividen en: dehiscencia (ruptura de cicatriz previa) y ruptura de útero sin cicatriz previa (por maniobras obstétricas, traumatismos, trabajo de parto prolongado con desproporción feto-materna.

El principal factor de riesgo es el antecedente de una cesárea previa 0.2%. Luego de dos cesáreas previas el riesgo se eleva a 3.7%.

Los signos clínicos son: Dolor abdominal, dolor a la palpación, pérdida de bienestar fetal, palpación fácil de partes fetales, muerte fetal, hemorragia vaginal, colapso circulatorio materno; taquicardia, hipotensión.

Si se sospecha de ruptura uterina se debe practicar una laparotomía para valorar la severidad de la misma y decidir la conducta. La histerorrafía se usa en pacientes jóvenes, que deseen preservar su fertilidad y que se encuentren hemodinámicamente estables. La

histerectomía se recomienda en pacientes añosas, con paridad satisfecha, cuando la rotura es amplia y anfractuosa o cuando existe compromiso del estado general. (Patricia Asturizaga, 2014)

Retención de Tejido Placentario

Sangrado uterino persistente, secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo que impide una contracción uterina eficaz por lo que se presenta un sangrado persistente. La conducta más adecuada es la revisión de cavidad uterina y legrado instrumentado.

Estados Hipertensivos del Embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo representan la complicación más común en el embarazo, afectando aproximadamente el 15% de los embarazos y representan casi el 18% de todas las muertes maternas en el mundo, con un estimado de 62 000 a 77 000 muertes por cada año. (CENETEC, Actualización 2017)

Tanto la morbilidad y la mortalidad materna se incrementa en paciente con embarazo complicado por preeclampsia, esta es un trastorno multisistémico cuyos criterios clínicos no han cambiado en la última década: edad gestacional mayor de 20 semanas, presión arterial mayor de 140/90 mm Hg, tira reactiva con 1+ o muestra

aislada de orina con 30mg de proteínas en dos muestras de 4 a 6 h. En ausencia de proteinuria, el diagnóstico de preeclampsia podría establecerse cuando la hipertensión gestacional es asociada con síntomas cerebrales persistentes, epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho con náusea o vómito o bien trombocitopenia con alteraciones en las concentraciones de enzimas hepáticas.

En todo el mundo causa 10 a 15% de las muertes maternas, algunas fuentes epidemiológicas reportan hipótesis causales inmunológicas, trombóticas, genéticas, mala adaptación placentaria y estrés oxidativo. (CENETEC, Actualización 2017)

Entre las condiciones relacionadas de la hemorragia obstétrica con las enfermedades hipertensivas se habla de condiciones severas, desde el aumento de la presión sistólica o diastólica que condiciona aumento de flujo sanguíneo; complicaciones asociadas con datos de severidad (hemólisis, trombocitopenia, Síndrome de HELLP) los cuales propician la aparición de coagulopatía asociada con el riesgo de aumento de sangrado intraparto o postparto. (Ruiz, 2015)

Leiomiomatosis Uterina

Los miomas uterinos son tumores uterinos benignos originados en el músculo liso. A menudo, los miomas causan un sangrado uterino anormal, dolor y presión pelviana, síntomas urinarios e intestinales y complicaciones del embarazo.

La prevalencia de leiomiomas en mujeres en edad reproductiva es difícil de establecer; se estima que varía desde 1 hasta 10%. La asociación de leiomioma uterino y embarazo tiene una frecuencia variable entre 0.09 y 3.9% de los embarazos, pero esta frecuencia muestra en la actualidad un aumento, debido a la tendencia de las parejas a retrasar la primera gestación después de los 30 años de edad, lo que eleva el riesgo de padecer miomatosis uterina conforme avanza la edad de la mujer.

En la mayoría de las pacientes se encuentra un mioma único (88%) y miomas múltiples en 12% de los casos. No existen reportes de que el tamaño y número de los miomas se asocie con aumento en la frecuencia de complicaciones en el embarazo, no obstante, los miomas de gran tamaño se asocian con aumento en el riesgo de placenta previa.

Se estima que 10% de las pacientes con miomas uterinos tendrá alguna complicación durante el embarazo. En pacientes con miomas y embarazo existe mayor riesgo de presentaciones anómalas (5.3 vs 3.1%), placenta previa (1.4 vs 0.05%), cesárea (33.1 vs 24.2%), desprendimiento de placenta (1.4 vs 0.7%), rotura prematura de membranas pretérmino, nacimiento pretérmino y muerte fetal intrauterina. (Fred Morgan Ortiz, 2011)

Alteraciones en la inserción y la penetración placentaria

Placenta Previa

Cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero. La prevalencia es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas. El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas. También hay un mayor riesgo en otros casos de cirugía uterina como miomectomía o en antecedentes de legrado o extracción manual de placenta.

Otros factores de riesgo son la edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida. La Placenta Previa supone el 20% de las hemorragias del tercer trimestre. Se considera una causa frecuente de transfusión materna y de histerectomía obstétrica, con una morbimortalidad perinatal no despreciable. (Institut Clínic de

Ginecología, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona , 2012)

No hay un claro consenso en la clasificación de la placenta previa, pero los criterios más utilizados son los siguientes:

- PP oclusiva: la placenta cubre completamente el orificio cervical interno. (OCI)
- PP no oclusiva: o Placenta marginal: la placenta es adyacente al margen del OCI pero sin sobrepasarlo.
- Placenta de inserción baja: borde placentario a menos de 2 cm del OCI

Acretismo Placentario

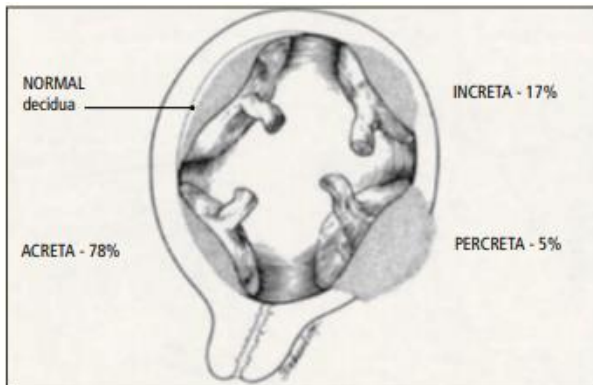
Es la inserción y adherencia anormal de la placenta al tejido uterino. Se clasifica en:

- Placenta acreta: Placenta adherida firmemente a miometrio sin plano de clivaje
- Placenta increta: Placenta invade miometrio
- Placenta percreta: Placenta penetra hasta la serosa pudiendo comprometer órganos vecinos

Entre los factores de riesgo para desarrollar un Acretismo Placentario se encuentran:

- Riesgo moderado: Edad materna avanzada, Multiparidad.
- Riesgo alto: Cicatriz de cesárea anterior, Placenta previa
- Riesgo muy alto: Coexistencia de cesárea previa y placenta previa anterior.

Imagen 3. Tipos de Acretismo Placentario



Fuente: (DR. ALDO SOLARI A. (1), 2014)

Una vez efectuado el diagnóstico de Acretismo Placentario, se debe informar adecuadamente a la paciente que la conducta a seguir es la histerectomía obstétrica, debiendo durante lo que resta del embarazo lograr las mejores condiciones nutricionales y hematológicas de la paciente, manteniendo control estricto de su gestación con reposo relativo y abstinencia sexual. Previo a la

histerectomía obstétrica, con el objetivo de disminuir el sangrado propio de esta compleja cirugía, existe la posibilidad de efectuar mediante radiología intervencionista embolización y/o colocación de balones en arterias hipogástricas. La embolización es un procedimiento aún controvertido, siendo la colocación de balones arteriales bastante más seguro y controlables sus eventuales complicaciones. (DR. ALDO SOLARI A. (1), 2014)

Histerectomía post evento obstétrico

La histerectomía, etimológicamente se forma de dos raíces griegas: isteros (útero) y ectomía (extirpación).

Considerando el momento de su realización, la histerectomía por complicaciones obstétricas se refiere a tres eventos: Histerectomía en el puerperio, Cesárea histerectomía e Histerectomía en bloque. (Illia, Presta, & López D'Amato, 2012)

En el siglo XX, en 1990, en Inglaterra, Duncan y Target recomiendan la histerectomía de primera intención como procedimiento de esterilización ante complicaciones obstétricas.

El procedimiento se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente, al aumentar el riesgo de hemorragia.

La Histerectomía obstétrica es un procedimiento reservado para hemorragias incoercibles que, a pesar de tratamiento médico en el afán de preservar el útero y la función reproductiva, pone en peligro de la vida de la paciente y amerita una resolución de emergencia. (Ramos Garcia, Ramirez Lopez , & Hurtado Estrada , Enero a Abril 2010)

La necesidad de histerectomía puede cambiar con el tiempo y es específico del contexto. Disponibilidad de transfusiones de sangre y otras intervenciones (medicamentos uterotónicos, Suturas de B-Lynch y desarterializaciones o embolización arterial) pueden haber reducido la necesidad.

Por el contrario, el aumento de la cesárea las tasas de realización a nivel mundial pueden conducir a una mayor incidencia de patología placentaria y por lo tanto histerectomía ante una hemorragia incesante, los obstetras se enfrentan a un dilema: realizar el procedimiento (equilibrando riesgos de cirugía y posibles deseos de la mujer de preservar la fertilidad) o retrasar mientras intenta otras terapias que pueden resultar en morbilidad severa o muerte. (Gillespie, 2017)

Imagen 4. Prevalencia de Histerectomía periparto de emergencia por país.

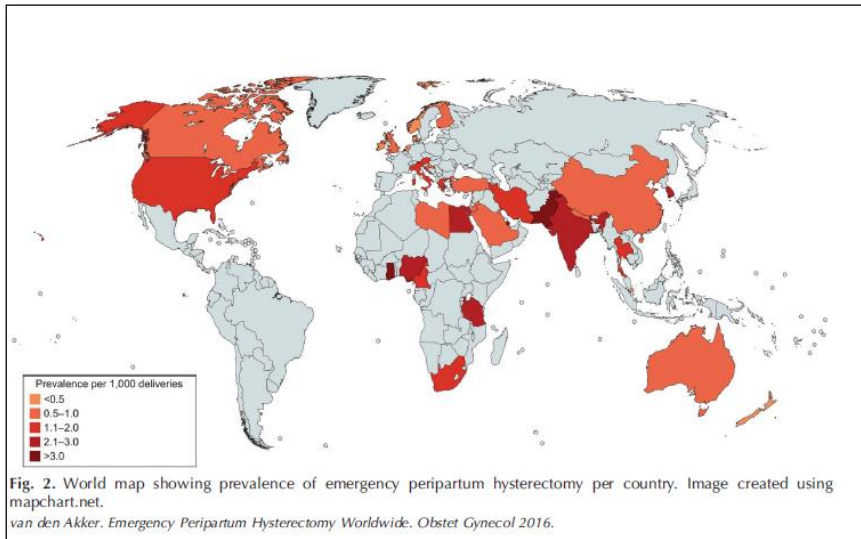
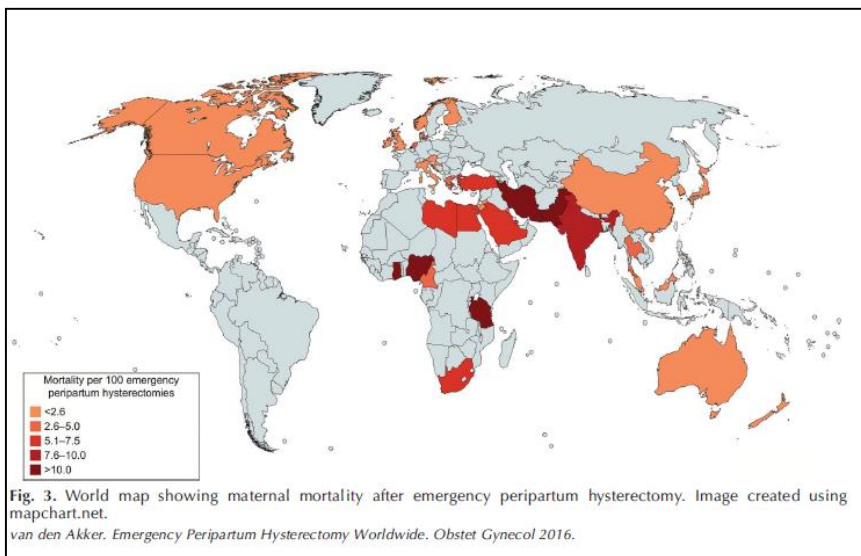


Imagen 5. Mortalidad Materna después Histerectomía periparto de emergencia por país.



Fuente: (Van den Akker, 2016)

JUSTIFICACIÓN

La realización de histerectomía post evento obstétrico es una intervención quirúrgica usada de emergencia ante un sangrado profuso, incoercible que, a pesar de tratamiento médico y técnicas para la resolución del mismo, no es posible solucionar y amerita una solución definitiva y abordar de raíz el origen de problema.

El Hospital Regional Puebla ISSSTE es un hospital de referencia médica, donde principalmente se aborda embarazo de alto riesgo, que cuentan con factores de riesgo como cirugías uterinas previas, multiparidad, historial de legrados, edad materna de riesgo; propicia el desarrollo de adherencias anómalas de la placenta, que culmine en complicaciones inmediatas posterior al alumbramiento.

El someter a pacientes a Histerectomía post evento obstétrico de urgencia y el enfrentarse a complicaciones de las cuales las más comunes: Hemorragia, Choque Hipovolémico, Politransfusión de Hemoderivados, aumenta el riesgo de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, aumento de días de estancia intrahospitalaria y a su vez aumento de costos de Hospitalización y cuidados generales; lo que repercute negativamente en los costos y presupuesto intrahospitalario.

La paciente que es sometida a Histerectomía post evento obstétrico de urgencia, pierde la capacidad funcional del órgano extirpado

(útero), en cuanto a función reproductiva de manera definitiva, así como amenorrea quirúrgica definitiva, sin excluir a mediano plazo riesgos de infección local, formación de abscesos y posibilidad de infección sistémica, a largo plazo condiciona un factor condicionante para el desarrollo de prolapso de pared anterior y cúpula vaginal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha visto un aumento de mujeres embarazadas con edad materna avanzada, que esto condiciona la aparición de comorbilidades y factores de riesgo que propician la resolución del embarazo vía abdominal. La interrupción del embarazo vía cesárea y la multiparidad son factores condicionantes para el aumento de hemorragia obstétrica, que si no recibe un tratamiento oportuno puede desencadenar mayores complicaciones desde un estado de Choque Hipovolémico, ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos e incluso la muerte.

En el Hospital Regional ISSSTE Puebla se cuenta con un aumento en la Incidencia en la presentación del embarazo de Alto Riesgo que al momento del parto culmina de realización de Histerectomía Obstétrica para preservar la vida de la paciente.

HIPOTESIS

Hipótesis de trabajo: La falta de tono uterino, las alteraciones en la inserción-penetración placentaria y la Miomatosis uterina son los principales factores predisponentes de realización de histerectomía post-evento obstétrico en el Hospital Regional ISSSTE Puebla.

Hipótesis nula: La falta de tono uterino, las alteraciones en la inserción-penetración placentaria y la Miomatosis uterina no representan riesgo para la realización de histerectomía post-evento obstétrico en el Hospital Regional ISSSTE Puebla.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estimar la prevalencia e incidencia de Histerectomía post evento obstétrico en pacientes con factores de riesgo para hemorragia obstetrica en el Hospital Regional ISSSTE Puebla en el periodo comprendido de marzo del 2016 a marzo 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las principales causas y factores determinantes que propiciaron la realización de Histerectomía post evento obstétrico.

2. Determinar las principales complicaciones asociadas con la variedad de la técnica quirúrgica, el sangrado trans y postoperatorio, los días de estancia Hospitalaria y hemotransfusión de hemoderivados.

Infraestructura física y humana

Humanos

- Dr. Luis Felipe Bornios Galeana (Tesisista).
- Dra. Susuri Contla Martínez (Asesor de Tesis)

Materiales

- Expedientes clínicos
- Material bibliográfico recopilado
- Hojas de recolección de datos
- Censos diarios de hospitalización del servicio de Ginecología y obstetricia

Financieros

Recursos propios del investigador responsable.

Aspectos Éticos

Al ser un estudio retrospectivo de prevalencia, los datos fueron obtenidos del expediente clínico, cuidando la identidad de los pacientes y con estricta confidencialidad de sus datos personales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Por el objetivo del estudio: descriptivo.

Por la participación del investigador: observacional

Por la temporalidad: longitudinal

Por la direccionalidad: retrospectivo

Por la recolección de datos: ambilectivo

Por conformación de grupos: homodémico

Tipo de muestreo probabilístico.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Mujeres embarazadas del Hospital Regional ISSSTE en el rango de ≥ 20 años
2. Primigesta o multigesta con antecedente de cirugías uterinas previas o instrumentación de cavidad.
3. Gestantes que culminaron en parto vaginal o cesárea.
4. Paciente con diagnóstico Pregestacional o prenatal por Ultrasonido de Leiomiomatosis uterina.

5. Paciente con diagnóstico o sospecha de Alteraciones en la placentación (Placentas previas o acretismo placentario)
6. Enfermedad Hipertensiva crónica, o diagnosticada en el embarazo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Gestantes con atención prenatal u obstetrica fuera del Hospital ISSSTE Puebla
2. Gestantes que culminaron en aborto (edad gestacional \leq 20 semanas) que amerito tratamiento quirúrgico definitivo (Histerectomía por aborto)

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Pacientes de los cuales no se cuenta con la información completa de sus datos.

Tabla 2. DEFINICION DE VARIABLES

Definición de las unidades de observación. Especificación del elemento típico del que se obtendrá la información sobre cada una de las variables que se están estudiando y sus características		
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
EDAD MATERNA AVANZADA	Embarazo a edad de 35 años o mayor	Mujeres con \geq 35años
HEMORRAGIA OBSTETRICA	Hemorragia peri parto o postparto que se desarrolla durante las primeras 24 horas de la atención o hasta las 12 semanas.	Sangrado Vaginal >500ml Sangrado vía abdominal >1000ml
LEIOMIOMATOSIS UTERINA	Tumor Benigno del músculo liso del útero.	Submucoso, Intramural o Subseroso Por tamaño <2cm Pequeño, 2-6cm medianos, >6 cm grandes, >20cm Gigantes.
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EMBARAZO	Variedad de procesos con existencia de hipertensión arterial durante la gestación	Tipo de enfermedad hipertensiva clasificada en esta institución.
ALTERACIONES EN LA INSERCIÓN O PENETRACIÓN PLACENTARIA	Placenta Previa: Inserción parcial o total en el segmento inferior del útero.	Previa Total, Parcial, Marginal o de Inserción Baja.
	Acretismo: Es la inserción y adherencia anormal de la placenta al tejido uterino	Acreta, Increta o Percreta

ATONÍA UTERINA O FALTA DE TONO UTERINO.	Perdida de tono de la musculatura del útero.	Ausencia o pérdida de la tonicidad uterina que conlleva a la deficiencia de la contracción miometrial y retraso a la involución del útero.
TRAUMA UTERINO, CERVICAL O PERINEAL	El trauma materno está dado por laceraciones, hematomas en expansión o ruptura uterina	Cualquier hemorragia con útero con presencia de tonicidad y ausencia de restos placentarios.
RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS	Presencia de restos de la gestación que conlleva a presencia de hemorragia	Sin tratamiento adecuado, puede conllevar a un proceso infeccioso. Puede llevar a ameritar laparotomía exploradora o pérdida del órgano.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyó un grupo de 164 mujeres entre 15 y 48 años, las variables del estudio fueron, tono uterino, alteraciones en inserción placentaria, enfermedad hipertensiva, leiomiomatosis, trauma cervical-perineal y procesos infecciosos.

Para el tamaño de muestra se consideró una prevalencia del 1 %, se estimó con IC 95%, con probabilidad de error tipo I de 0.05 y factor de precisión del 1 %.

ANALISIS ESTADISTICO

Los datos fueron procesados en programa Excel 7.0 (Microsoft), las variables numéricas fueron expresadas en promedio y desviación estándar, las variables categóricas fueron expresadas en frecuencia y porcentaje. El análisis estadístico se realizó en programa SPSS versión 22; para la diferencia de promedios se empleó t de Student para grupos independientes y se consideró significancia estadística $p < 0.05$. La ORP fue calculada con Chi cuadrada con intervalo de confianza al 95% y con significancia estadística de $p < 0.05$ y factor de precisión del 1%.

RESULTADOS

Se Analizaron 164 pacientes de marzo 2016 a 2019 con factores de riesgo para presentación de hemorragia obstetrica, 91 pacientes presentaron sangrado mayor a 500ml vía vaginal y mayor a 1000ml vía abdominal.

El rango de edad de las pacientes estudiadas fue de 26 a 45 años con una media de 35 años, con predominancia de edad materna de riesgo asociada a factores de riesgo.

De 164 Pacientes la interrupción del embarazo 21 fueron por vía vaginal y 143 por vía abdominal, como principal criterio obstétrico, el antecedente de Cesárea previa reciente o cesárea iterativa.

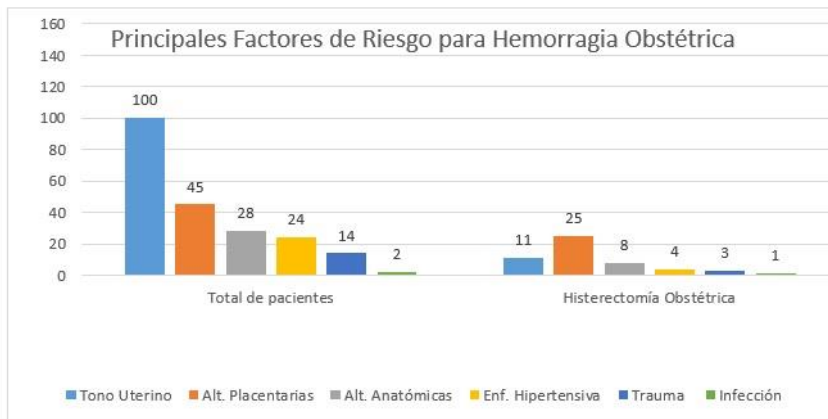
De los 164 pacientes estudiados, 44 amerito realización de Histerectomía post Evento Obstétrico en todas sus presentaciones, se describe más adelante el procedimiento realizado.

De las 44 pacientes estudiadas 43 contaban con antecedente de Cesárea y 20 pacientes contaban con Aborto previo con antecedente de instrumentación.

Factores de riesgo para hemorragia obstetrica asociados:

- Falta de Tono uterino -100 pacientes (60%)
- Alteraciones en la inserción y penetración placentaria - 45 casos (27%)
- Alteraciones anatómicas (Miomatosis uterina) - 28 casos (17%)
- Enf. Hipertensiva Asociada - 24 casos (14%)
- Trauma uterino, cervical o perineal - 14 casos (8%)
- Procesos Infeccioso – 2 casos (1%)

Imagen 6. Factores de Riesgo de Hemorragia Obstétrica en relación a Histerectomía post evento obstetrico.



En la comparativa de la tabla A (izquierda) se observa el total de número de pacientes estudiados, los principales factores de riesgo siendo el principal para desarrollo de hemorragia obstetrica el tono uterino (ausencia), en la tabla B (derecha) se observa el número de pacientes de las cuales se realizó Histerectomía obstetrica siendo la principal causa las alteraciones en inserción-penetración placentaria.

Estudio de Variables

Se consideró la presencia de Tono Uterino con un ORP de 0.1 (0.05-0.2) como factor "protector" para hemorragia obstetrica, la ausencia de alteraciones en la morfología uterina (miomatosis) ORP 0.8 (0.22–2.0) y Estados Hipertensivos ORP 0.5 (0.16-1.15) contribuyen a la ausencia de Hemorragia obstetrica. Las alteraciones en la inserción y la penetración placentaria y el sangrado abdominal mayor a 1000 ml. como aumento de riesgo 6 y 11 veces respectivamente para Histerectomía obstetrica con mayor relevancia significativa.

Tabla 3. Variables asociadas a realización de Histerectomía post evento obstétrico.

VARIABLE	ORP (IC 95%)	P*
Presencia de Tono Uterino	0.1 (0.05 - 0.2)	< 0.0001
Presencia Alt. Placentarias	6.6 (3.1 - 14.1)	<0.0001
Ausencia Alt. Uterinas	0.8 (0.22 - 2.0)	0.3
Ausencia de Estados Hipertensivos	0.5 (0.16 - 1.5)	0.22
Ausencia de Trauma Uterino-Cervical	0.72 (0.9 - 2.7)	0.63
Presencia de Procesos Infecciosos	2.7 (0.16 - 5.22)	0.45
Sangrado Vaginal >500ml	1.05 (0.35 - 3.1)	0.92
Sangrado Abdominal >1000ml	11.19 (4.3 - 28.6)	0.0001

La

ORP (razón de momios para la prevalencia) se calculó con Chi cuadrada y con significancia estadística de $p < 0.05$.

PREVALENCIA E INCIDENCIA

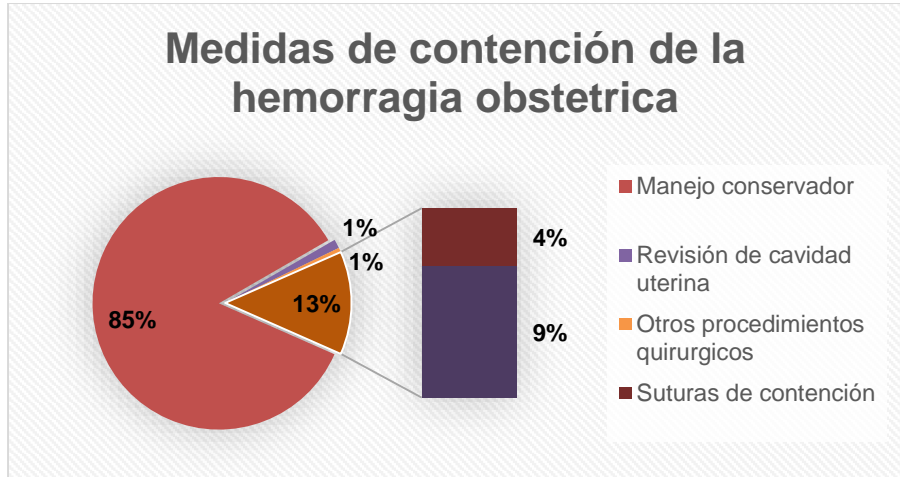
Un total de 44 pacientes que se realizó Histerectomía asociada a evento obstétrico de los cuales 26 casos de presentaron de marzo 2016 a febrero del 2018 y 18 casos de marzo 2018 a marzo del 2019.

Se estimó una Prevalencia del 15% (ORP 0.11-0.22) 26 nuevos casos. La Incidencia de un 10% (ORP 0.07-0.16) con 18 casos nuevos.

MEDIDAS DE CONTENCIÓN DE HEMORRAGIA OBSTETRICA PREVIO A LA HISTERECTOMÍA

- Manejo Conservador 148 (90%)
- Revisión de Cavidad Uterina 2 (1%)
- Pinzamiento Arterias Uterinas 1 (1%)
- Suturas Compresivas 7 (4%)
- Desarterializaciones Selectivas 16 (9%) 11Triple ligadura Tsirulnikov, 5 Ligadura de arterias Hipogástricas.

Tabla 4. Manejo Conservador previo a la Histerectomía post evento obstétrico.



Desarterializaciones Selectivas de las cuales en 11 casos se realizó Triple Ligadura técnica Tsirulnikov y 5 Ligadura de Arterias Hipogástricas.

HISTERECTOMÍA Y COMPLICACIONES ASOCIADAS

De las 44 Pacientes estudiadas 5 pacientes se Realizó Histerectomía posterior a un parto y 1 paciente se realizó Histerectomía en bloque, 29 amerito histerectomía posterior a una cesárea y 9 pacientes se decidió realizar histerectomía-cesárea por riesgo de hemorragia masiva.

Tabla 5. Comparativa de Histerectomía, Sangrado postquirúrgico y Días de Estancia.

TIPO PROCEDIMIENTO	SANGRADO	ESTANCIA UCIA	ESTANCIA TOTAL
HTA Postparto	1.620	1.6	2
HTA en Bloque	1.5	1	2
Cesárea-HTA	1.68	1.7	5
HTA-Cesárea	1.63	1.2	3

En la tabla se observa el tipo de procedimiento realizado comparando el sangrado obtenido por cada uno de los procedimientos, se observa el de menor cuantía, la histerectomía en bloque, sin embargo, no con los suficientes casos para significancia estadística, el que presento mayor promedio de sangrado fue la Cesárea-Histerectomía además de mayores días de Estancia en Terapia Intensiva y por consiguiente estancia total intrahospitalaria.

DISCUSIÓN

La Hemorragia obstetrica y los factores de riesgo influyen de manera significativa en la realización de Histerectomía post evento obstétrico, constituye el mejor tratamiento quirúrgico cuando no hay resultado en el tratamiento conservador.

La presencia de Tono Uterino con un ORP de 0.1 (0.05-0.2) sigue siendo crucial para disminuir el sangrado obstétrico, la ausencia de alteraciones en la morfología uterina (miomatosis) ORP 0.8 (0.22–2.0) y Estados Hipertensivos ORP 0.5 (0.16-1.15) contribuyen a la ausencia de Hemorragia obstetrica. Las alteraciones en la inserción y la penetración placentaria y el sangrado abdominal mayor a 1000 ml. Siguen siendo el principal factor asociado a realización de Histerectomía obstetrica.

En este estudio se observa que el antecedente de cirugías uterinas previas, aunado a factores de riesgo asociados, principalmente alteraciones en la inserción y penetración placentaria, alteraciones en la morfología del útero, tienen relevancia significativa para culminar en tratamiento quirúrgico definitivo.

Aunque la histerectomía en bloque presento mejor pronóstico para sangrado y estancia hospitalaria, no contó con los casos suficientes para considerar un valor estadístico. La Histerectomía seguida de

una Cesárea obtuvo buenos resultados considerando el número de casos presentados, ya que al limitar el sangrado desde un inicio e ir preparado para un tratamiento definitivo, disminuye las comorbilidades.

El tratamiento conservador dado por suturas compresivas y desarterializaciones, ha dado buenos resultados para disminuir el sangrado y la extirpación del órgano

CONCLUSIÓN

De las complicaciones más comunes de la gestación son las que se encuentran asociadas a la vía de interrupción del embarazo, ya que son las que pueden presentar mayor morbimortalidad para la madre.

La Hemorragia obstétrica es uno de los grandes retos de los médicos obstetras, ya que si no se cuenta con el recurso humano y médico disponible puede condicionar la complicación de la paciente y como desenlace final la muerte.

Se ha observado un aumento de factores de riesgo relacionados con la edad materna, las terapias de fertilización in vitro, así como el aumento de complicaciones asociados a procedimientos quirúrgicos

previos que condiciona que el embarazo sea de alto riesgo y lleve un control prenatal más estricto.

En cuanto la hemorragia obstetrica se desataca por ser unas de las principales complicaciones y la investigación, el diagnóstico oportuno y el tratamiento debe estar enfocado en disminuir la morbimortalidad de las pacientes.

Cuando la administración de medicamentos que coadyuvan a mejorar el tono uterino, disminuir la presencia de sangrado, así como las medidas conservadoras fallan, es importante reconocer el momento idóneo para decidir un tratamiento quirúrgico definitivo de la paciente. La Histerectomía obstetrica en un evento quirúrgico complejo, extremo en el punto de resolución, sin embargo, es importante saber cuándo es necesario realizarlo, la variedad de abordajes va depender de la familiaridad y adiestramiento del cirujano, pero el fin debe ir enfocado en disminuir el sangrado Transoperatorio, prevenir las complicaciones asociadas y mejorar las condiciones de la paciente.

El aumento de la incidencia de casos, contribuirá en datos más significativos y estadísticos para un futuro estudio.

RECOMENDACIONES

- Se debe considerar que pacientes que cuenten con factores de riesgo para hemorragia obstetrica, referir oportunamente a un hospital de tercer nivel.
- El estudio y comparativa de técnicas quirúrgicas, tiempo quirúrgico, complicaciones asociadas, daría la pauta a valorar mejores resultados obstétricos y establecer protocolos específicos para resolución de ciertas patologías.
- El establecer protocolos de actuación rápida ante una emergencia obstetrica de tipo hemorrágica, la actuación de un equipo multidisciplinario contribuye a mejores resultados perinatales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bouet, P.-E. M. (2019). Surgical treatment of postpartum haemorrhage: national survey of French residents of obstetrics and gynecology. . *BMC Pregnancy and Childbirth*.
2. Calvo Aguilar , O., Rosas Carvallar , E., Vazquez Martinez , J., & Hernandez Cuevas , J. (2016). Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, 27.
3. CENETEC, GPC, IMSS. (2017). *Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorragico en Obstetricia*. Obtenido de

cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GPC_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/Imss_162RR.pdf

4. CENETEC, I. M. (Actualización 2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en Segundo y Tercer Nivel de Atención. *Catálogo maestro de guías de practica clínica*.
5. Cuningham, Leveno, Bloom, Hauth, & Rouse. (2010). *Williams Obstetricia*. México: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.
6. DR. ALDO SOLARI A. (1), I. C. (2014). HEMORRAGIA DEL POSTPARTO. Principales Etiologías, su prevención diagnostico y tratamiento. *Revista Medica Clínica Condes*, 993-1003.
7. Fred Morgan Ortiz, B. P. (2011). Miomas uterinos durante el embarazo y su repercusión en el resultado obstetrico. *Ginecología y Obstetricia de México* .
8. Gillespie, C. S.-H. (2017). The effectiveness of a multidisciplinary, team-based approach to cesarean hysterectomy in modern obstetric practice. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
9. Illia, R., Presta, E., & López D'Amato, F. y. (2012). La histerectomía obstétrica: epidemiología, factores condicionantes, resultados perinatales y complicaciones maternas en tres centros de la Republica Argentina . *Ginecología y Obstetrica, Argentina Buenos Aires*, 12.
10. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona . (2012). *ANOMALÍAS PLACENTARIAS (PLACENTA PREVIA, PLACENTA ACCRETA Y VASA PREVIA) Y MANEJO DE LA HEMORRAGÍA EN EL TERCER TRIMESTRE*. BARCELONA ESPAÑA.
11. Lill Trine Nyfløt, I. S.-P. (2017). Risk factors for severe postpartum hemorrhage: a case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*.

12. OMS, UNICEF, UNFPA, el Grupo del Banco Mundial. (2015). *Evolución de la mortalidad materna*. Mundial: Salud Sexual y reproductiva.
13. Patricia Asturizaga, L. T. (2014). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. *Revista Médica La Paz*.
14. Ramos Garcia, R., Ramirez Lopez , G., & Hurtado Estrada , G. (Enero a Abril 2010). Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de Mexicodel 2007 al 2008. *Medigraphic*, 14.
15. Ruiz, M. T. (2015). Associação entre síndromes hipertensivas e hemorragia pós-parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 55-61.
16. Sumano-Ziga , E., Veloz Martinez, M. G., & Vazquez Rodriguez , J. G. (2015). Histerectomía programada vs. histerectomía de urgencia en pacientes con placenta acreta, en una unidad médica de alta especialidad. *Cirugía y Cirujanos*, 6.
17. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Postpartum Hemorrhage. *Practice Bulletin No. 183. Obstetrics & Gynecology*, 168-186.
18. Van den Akker, T. B. (2016). Prevalence, Indications, Risk Indicators, and Outcomes of Emergency Peripartum Hysterectomy Worldwide. . *Obstetrics & Gynecology*, 1281–1294.
19. Yulong Zhang, M. J. (2017). Emergency obstetric hysterectomy for life-threatening postpartum hemorrhage. *Medicine-Open*, 5.