

HISTERECTOMIA POST CESAREAS

Jorge M. Calderon Morales, Ricardo Ravina Alejos, Víctor Cruz Boulosa y Adolfo Gamarra.

RESUMEN

Desde el 1o. de Enero de 1981 hasta el 31 de Diciembre de 1986, se practicó 78 histerectomías post-cesárea de emergencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, (H.N.E.R.M.), como medio quirúrgico último para preservar la vida de la paciente.

Las histerectomías post-cesárea, en nuestro centro asistencial, corresponden a 8 por 10,000 partos y 5 por cada 1,000 cesáreas.

La mortalidad materna sobre 78 casos fué 3.

SUMMARY

From January 1, 1981 through December 31, 1986, 78 emergency post cesarea hysterectomies were performed at Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins as last surgical resource to preserve the life of the patient. They represent to 8 in 10,000 deliveries and 5 per 1,000 cesarean-sections.

Maternal mortality was 3 in 78 cases.

INTRODUCCION:

En la práctica obstétrica, ningún especialista está libre de enfrentarse a una complicación de una cesárea u otra patología obstétrica que lo obligue a realizar una histerectomía para salvaguardar la vida de la paciente. Casi siempre estas eventualidades son de emergencia y en menor porcentaje electivas (20) y, cuando se presentan, las pacientes no se encuentran en un estado general adecuado: muchas veces están en shock y debe tomarse una determinación radical, aún en casos de pacientes muy jóvenes y nulíparas, en donde el producto a dejado de vivir.

Horacio Storer en 1,869 (12,4) y Porro en 1,876 (14), practicaron por primera vez la histerectomía post-cesárea; la paciente de Storer falleció a las 68 horas. La evolución de esta patología a tenido muchos cambios en cuanto a indicaciones, técnicas y cuidados pre, intra y post operatorios. Si bien la indicación principal inicialmente fué la de infección, vemos como la hemorragia por diferentes causas pasa a ocupar el lugar principal a tonía uterina, placente ácreta, ruptura uterina y se van añadiendo otras indicaciones, como shock séptico, dehiscencia de histerorrafía, endometritis, tumores, carcinoma de cuello y, últimamente como medida de esterilización (16) y profilácticamente, para evitar el desarrollo de cáncer; estas dos últimas no están difundidas en nuestro medio.

El propósito de la realización de este trabajo por primera vez en este Hospital, es revisar y analizar cada uno de los aspectos de esta eventualidad, que nos permita mejorar la precisión de diagnóstico y emplear la técnica más adecuada, por lo tanto disminuir la mortalidad materna por hemorragias, sépsis, ruptura uterina y otras que no puedan ser solucionadas por conducta médica.

MATERIAL Y METODOS

Se revisó las estadísticas del Servicio de Codificación del H.N.E.R.M., según el Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, de la OPS-OMS 1978 y según la Clasificación de operaciones quirúrgicas y de otros procedimientos terapéuticos y diagnósticos de la OPS-OMS 1971, y los libros de Sala de Operaciones del Hospital. Se encontró 78 casos de histerectomías post-cesárea en el periodo de 6 años desde 1981 a 1986: sólo se pudo obtener 67 historias clínicas, encontrándose las otras en procesos judiciales inherentes a la gravedad de los casos y otras no conocidas. Se obtuvo los datos en padrones especialmente diseñados para este trabajo, considerándose los siguientes parámetros:

a) Edad, b) paridad, c) edad gestacional, d) indicación para cesárea, e) indicación para histerectomía, f) tipos de histerectomías, g) morbimortalidad, h) estancia hospitalaria, i) peso del recién nacido, j) mortalidad perinatal.

ABREVIATURAS que serán utilizadas en este trabajo:

C. ant.	= Cesareada anterior
PP	= Placenta previa
DPP	= Desprendimiento prematuro de placenta
Pl Ac	= Placenta acreta
H Post. C.	= Histerectomía post-cesárea
HAT	= Histerectomía abdominal total.
HST	= Histerectomía sub-total
RPM	= Ruptura prematura de membranas

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre enero de 1981 a diciembre de 1986 se practicó 78 H. Post. C., en el mismo lapso 96,309 partos, 15,181 cesáreas y 2,288 histerectomías electivas. (tabla No. 1). Por lo tanto, las H Post. C. en nuestro Hospital constituyen 8 por cada 10,000 partos, 5 por 1.000 cesáreas y 3.4o/o del total de histerectomía.

La incidencia comparativa de H Post. C. va desde 2 por 10.000 a 11 por 10.000 partos. (tabla No. 2).

La incidencia comparativa de mortalidad materna nos muestra cómo Steven presenta solo un caso de muerte materna en una serie de 70; en cambio Díaz presenta 24 en 139 casos lo cual significa un porcentaje elevado. Nosotros tenemos 3 muertes maternas en un total de 67 casos estudiados que corresponden a 4.47o/o ó 0.31 por cada 10.000 partos en el periodo estudiado. (tabla No. 3).

A partir del siguiente cuadro estadístico se tomará 67 casos por las razones expuestas anteriormente. Del total de casos 89.5o/o proceden de Lima, el 42o/o son cónyuges y el 58o/o aseguradas.

El grupo de edad más afectado fué el de 30 a 34 años con 22 casos (32.8o/o).

Por debajo de los 34 años corresponde a 35 casos (52.2o/o) y por arriba de los 35 años 32 casos (47.7o/o) (Tabla No. 4).

Las gestantes con 2 partos previos fueron las de mayor incidencia. 20 casos (29.8).

Las nulíparas comprenden 4 casos (5.9o/o). El mayor porcentaje de casos se agrupa entre las nulíparas y gestantes con 1 y 2 partos previos con 39 casos (58.2o/o), las múltiparas comprenden 23 casos (34.3o/o) y las grandes múltiparas 5 casos (7.4o/o).

La edad gestacional más frecuente del estudio fue entre 37 a 39 semanas con 34 casos (50.7o/o), en 2do, lugar el grupo de 40 a 42 semanas con 16 casos (23.8o/o). (Tabla No. 5).

El diagnóstico pre - operatorio más frecuente para cesárea fue cesareada anterior 36 casos (39.6o/o de los diagnósticos), seguida por PP 19 casos (17.9o/o), DPP 8 casos (7.5o/o). (Tabla No. 6).

La causa más frecuente de histerectomía fue atonía uterina 25 casos (37.3o/o); siguen placenta acreta 22 casos

(32.8o/o) y rupturas uterinas 14 casos (20.9o/o). (Tabla No. 7).

El tipo de histerectomía mas frecuente es la total con 57 casos (85o/o). Hubo 10 casos de histerectomía subtotal (15o/o). (Tabla No. 8).

MORBIMORTALIDAD MATERNA: 50 casos (74.6o/o) tuvieron anemia severa por debajo de 8 gr. de Hb.

Del total de los casos, 38 (56.7o/o) se complicaron con fiebre y 29 (43.2o/o) evolucionaron favorablemente.

Entre las complicaciones quirúrgicas más saltantes, tenemos 6 casos de fistulas (8.9o/o) y 3 ligaduras de uréter (4.4o/o).

Se produjeron 3 muertes maternas (4.4o/o) (Tabla No. 9). La estancia hospitalaria fue mayormente entre 8 y 14 días con 35 casos (52.2o/o); el rango va desde un día (muerte materna) hasta 5 meses 9 días. Tabla No. 10.

Los recién nacidos con peso menor de 2,500 gr. suman 23 (33.3o/o) y los mayores de 2,500 gr., (66.6o/o). Tabla No. 11. Son 69, en total, por dos partos gemelares.

Los recién nacidos que tuvieron evolución favorable, (vivieron durante la permanencia en el hospital y fueron dados de alta en buenas condiciones). Constituyen 41 casos (59.4o/o), de los cuales 7 (10.1o/o) tenían pesos inferiores a 2,500 gr. y 34 (49.2o/o) pesos superiores a 2,500 gr. Los niños recién nacidos neonatimuertos, nati-muertos y óbitos fetales suman 28 casos (40.5o/o), de los cuales 16 casos (23.1o/o) pesan menos de 2,500 gr. y 12 casos (17.3o/o) están por encima de 2,500 gr. (Tabla No. 12).

De 1,623 casos de diagnóstico: "Riesgo de ruptura uterina", pre - operatorio de cesáreas, sólo se confirmó 13, que constituyen menos del 1o/o, o sea, un caso de ruptura uterina por cada 125.

Por otro lado, con este tipo de diagnóstico se realizó 1,583 cesáreas, 18 histerectomías (1.1o/o), de las cuales una paciente falleció, 7 se resolvió con vacuum extractor, 2 con fórceps bajo; una de ellas falleció por ruptura uterina y hemorragia que no dió tiempo de practicar la histerectomía; un caso se resolvió con legrado uterino y en 12 casos no se realizó ninguna intervención quirúrgica y tuvieron partos normales.

De los 1,623 casos con diagnóstico de "Riesgo de Ruptura uterina", 1,547 tenían antecedentes de cesáreas anteriores. (Tabla No. 13).

DISCUSION:

Nuestra incidencia de 0.8o/o de H. Post. C., o sea 8 por cada 10,000 partos, es igual a la Prevedourakis (15) y ligeramente por debajo de Trezza (20); pero, algo más elevada que la de Franco (11) y Steven (21). Es de suponer que esta incidencia irá aumentando con el tiempo debido a que la operación cesárea va en incremento, la cual se encuentra asociada con esta patología en más del 50o/o (2, 5, 17, 19).

Con respecto a la edad de los pacientes, observamos que hay una elevación considerable a partir del grupo de edad de los 30 años hacia adelante: en cambio, esto no sucede con la paridad, donde la mayor concentración la encontramos en el grupo comprendido por nulíparas y gestantes con 1 y 2 partos previos: 39 casos (58.20/o).

Las nulíparas comprenden 4 casos: Un caso de 18 años fue cesareada por sufrimiento fetal; el recién nacido pesó 3,400 gr. y vivió; tuvo endometritis, dehiscencia de histerorrafia y evisceración; al 9no. día poste-cesárea, tuvo histerectomía abdominal total con Salpingooforectomía derecha (HAT +SOD).

El segundo caso, de 27 años, fue cesareada por Pre-Eclampsia; el RN Pesó 3,040 gr. y vivió; tuvo endometritis, se le practicó HAT + SOD.

El tercer caso, de 30 años, fue cesareada por incompatibilidad cefalopélvica; el RN pesó 3,550 gr., se infectó, pero vivió; la paciente evolucionó con pelviperitonitis y dehiscencia de histerorrafia; se le practicó HAT en 2 tiempos al 9no. día.

El 4to. caso de 40 años, se le cesareó por pre - eclampsia y RPM de 15 horas; el RN pesó 4,000 gr. y vivió; desarrolló endometritis y pelviperitonitis; el día 22 se le practicó HAT + SOB; tuvo como complicación una fístula recto vaginal que fue intervenida el día 33 post - operatorio; esta última paciente era múltipara, las tres anteriores primigestas.

Hubo un caso con 7 partos, tuvo placenta previa, el RN vivió. Y otro caso con 8 partos previos, tuvo DPP y ruptura uterina con óbito fetal.

Con relación a la edad gestacional, un 80.50/o pasó las 35 semanas de gestación; a pesar de esto, la mortalidad perinatal fué elevada (40.50/o), por las malas condiciones en que se encuentra el feto en estos casos.

Es importante tener muy en cuenta los diagnósticos pre - operatorios de cesáreas, por que podrían decidir con anticipación si una paciente tiene la indicación de cesárea histerectomía y ponerla en condiciones mínimas necesarias para evitar las complicaciones. Las cesareadas anteriores constituyen el 530/o del total de casos.

Se hizo 19 diagnósticos pre - operatorios de PP y se corroboró en 26; los DPP se confirmó en 8; hubo 3 diagnósticos de ruptura uterina pre - operatorios y en total fueron 14. Se sospechó PL. AC. en dos casos y fueron 22 casos confirmados, teniendo en cuenta que del total de pacientes con PL. AC., el 86.30/o tenían como antecedentes cesáreas anteriores y en el 63.60/o tuvieron PP. Este hecho nos debería hacer reflexionar cuando tengamos en frente a una gestante cesareada anterior y con placenta previa; debemos hacer el diagnóstico presuntivo de PL. AC., por que este caso podría ser una probable histerectomía.

Las causas de histerectomía merecen una discusión especial y detallada, porque su análisis nos permitirá hacer un diagnóstico más preciso y la conducta más adecuada, previniendo y evitando las complicaciones. No hemos tenido indicaciones para histerectomía como medio de esterilización, las cuales son frecuentes en países anglo - sajones (3, 8, 10).

Hubo 25 casos (37.30/o) de Atonía Uterina, de las cuales 10 pacientes fueron cesareadas anteriores y se encontró 10 placentas previas, 6 placentas acretas y 3 DPP. Las complicaciones por atonía uterina fueron dos fístulas vesico vaginales, una urétero vaginal y dos ligaduras de uréter, que posteriormente fueron reimplantados. Existió shock hipovolémico en 6 casos, 1 caso de útero de Couvelier. Una paciente que tuvo eclampsia, falleció (shock hipovolémico).

Ocurrió 22 casos (32.80/o) de Placenta Acreta. Se describió 14 placentas acretas, 4 placentas incretas y 4 placentas percretas.

Del total de pacientes con placentas acretas, 19 fueron cesareadas anteriores (86.30/o), de las cuales 14 tuvieron además PP; en nuestro estudio hemos encontrado 5 casos de cesareadas anteriores con PP que no tuvieron placenta acreta. Es importante anotar que 6 pacientes con placenta acreta estuvieron asociadas a atonía uterina, (5 de las cuales fueron cesareadas anteriores y 1 con Leiomiomatosis + PP); 3 pacientes con placenta acreta estuvieron asociadas con ruptura uterina (2 de las cuales fueron cesareadas anteriores + PP y 1 cesareada anterior + placenta percreta); estas 6 pacientes fueron histerectomizadas, no por los diagnósticos de placenta acreta, sino por atonía uterina y ruptura uterina, respectivamente. Entre las complicaciones tenemos 1 fístula vesica vaginal y 1 incisión de vejiga.

Encontramos 14 casos (20.80/o) de rupturas uterinas; de los cuales 8 casos fueron cesareados anteriores, 4 casos con placenta previa, 3 casos con placenta acreta y 2 casos con DPP. Todas estas rupturas uterinas se produjeron antes de la operación cesárea en estudio. Entre las complicaciones que se presentaron, tenemos un caso con shock hipovolémico + ligadura de uréter en una cesareada anterior + PL. AC., en quien tuvo que transfundirse 17 unidades de sangre.

Las Hemorragias eran 6 casos (8.90/o), no causaron atonía uterina ni se debió a PL. AC. ni ruptura uterina.

Los casos de Dehiscencia de histerorrafia se presentaron después de la operación cesárea. Algunos investigadores tienen cifras semejantes a las nuestras (2), otros no tienen casos reportados (22) y, un tercer grupo, tienen alta incidencia: 26 casos (1), 108 casos (6).

Los 4 casos en nuestro estudio tuvieron endometritis; la intervención de 3 de ellos se produjo al noveno día post cesárea; 1 de estos casos, con pelviperitonitis, el segundo tuvo evisceración; y el tercero fue en una múltipara. El cuarto caso era C. ant. 3 veces en quien se encontró absceso intrapélvico; fue histerectomizada el 12o. día post cesárea.

Tuvimos 2 casos (2.90/o) de Shock séptico, 1 caso fue C. ant. 2 veces y se encontró absceso intraabdominal; tuvo como complicación fístula vesico vaginal. El otro caso tuvo endometritis y parametritis; se le había practicado cesárea corporal.

Los 2 casos de Endometritis tuvieron pre-eclampsia y uno de ellos RPM de 15 h. El cual tuvo como complicación fístula Recto Vaginal.

El caso de Tumor de Cérnix se trató de una paciente multipara cesareada anterior una vez con leiomioma cervical.

El tipo de histerectomía que ha predominado es la HAT (85o/o) sobre la HST 15o/o), a diferencia de Steven (2) que presentó 54o/o para la HST.

Las HST se realizó 4 en placentas acretas, 2 en atonías uterinas, 2 en rupturas uterinas, 1 en dehiscencia de histerorráfía y 1 en shock séptico. HST se practicó en pacientes con PP, 5 con antecedentes de cesárea anterior, una en paciente con placenta acreta.

A pesar de que estas 8 HST podrían haber traído complicación de sangrado del muñón por la patología preoperatoria, no sucedió así: pero es recomendable realizar HAT en estos casos.

Las HST se practica sólo en casos de suma urgencia (1, 7, 13), debido a la probabilidad que tiene el muñón a desarrollar cáncer. Ermine (9) encontró 14 casos de Ca de muñón.

Entre las complicaciones quirúrgicas, hubo 3 fístulas vésicovaginales, 1 vésico uterina, 1 recto vaginal, 1 urétero vaginal, las cuales fueron resueltas posteriormente. Las ligaduras de uréter fueron en número de 3.

Las muertes maternas fueron 3 casos (4.47o/o, ó 0.31 por cada 10,000 partos). Una de las muertes maternas se trató de una paciente de 42 años, profesora, secundípara, con antecedente de aborto frustrado, que ingresó con diagnóstico de eclampsia, se le practicó la cesárea correspondiente, tuvo una hemorragia copiosa que la llevó al shock hipovolemico y no se pudo recuperar, se le practicó la histerectomía de urgencia y falleció en el post operatorio.

De los otros dos casos, no se tiene los datos por las razones expuestas anteriormente.

La estancia hospitalaria varía entre un día (caso de la muerte materna) y 5 meses 9 días - el caso de una paciente que tuvo atonía uterina + PP + P.I. inerceta + leiomiomatosis: tuvo las complicaciones siguientes: fístula vésico vaginal, encefalopatía hipóxica e isquémica, neumotórax y hemiplejía izquierda.

La estancia hospitalaria fue mayormente 8 a 14 días con 35 casos (52.2o/o).

Se observa que en las pacientes con Pl. Ac. hay un alto porcentaje (41o/o) de RN con peso por debajo de 2,500 gr.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

1. Si bien es cierto que la hemorragia por diferentes causas obstétricas es la indicación más frecuente de histerectomía, se debe hacer todo lo posible para cohibirla con métodos conservadores hasta donde sea posible, por la gran incidencia de morbimortalidad que trae consigo esta intervención, no sin pensar que la histerectomía es un recurso para salvar una vida.
2. Hacer un diagnóstico más preciso antes de la cesárea, para poder contar con el equipo necesario y realizarla en las mejores condiciones de asepsia y antisepsia; tener un conocimiento pleno de las normas de técnica operatoria, pensando que, según el diagnóstico preoperatorio, podría terminar en una histerectomía de urgencia.
3. Hacer diagnóstico de placenta acreta en pacientes con antecedente de cesárea anterior y placenta previa, con mayor razón si se agrega que el ponderado fetal es bajo. La frecuencia de placenta acreta en cesareadas anteriores en nuestra casuística fue 86.36o/o y, en cesareadas anteriores con placenta previa 63.6o/o.
4. En la patología revisada, es recomendable realizar la histerectomía total en lugar de la sub - total por el sangrado y el riesgo de desarrollo de cáncer que pueda ocurrir en el muñón.
5. Los casos deben ser evaluados por un equipo médico constituido por el gineco obstetra, médico internista, el anestesiólogo, el cirujano y el psiquiatra, y se debe trasladar a las pacientes con cuadros graves a la Unidad de Cuidados Intensivos.
6. Una sugerencia de carácter interno para nuestro hospital y tal vez para otros centros hospitalarios es la siguiente: no utilizar el Diagnóstico de "RIESGO DE RUPTURA UTERINA", por varias razones. En primer término, porque este diagnóstico no existe en el "manual de clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción de la OPS-OMS". En segundo lugar, sólo 1 de cada 125 diagnósticos de este tipo se comprobó como ruptura uterina, osea menos del 1o/o; por lo tanto, no vale la pena utilizarlo como diagnóstico pre operatorio: en su lugar, se tendría que hacer un diagnóstico presuntivo de ruptura uterina, pero más elaborado. Y en tercer

TABLA No. 1

RELACION ENTRE PARTOS, CESAREAS HISTERECTOMIA POST -CESAREA POR AÑOS

	1,981	o/o	1982	o/o	1983	o/o	1984	o/o	1985	o/o	1986	o/o	1987	o/o
Partos	14,880	100	16,145	100	16,491	100	17,287	100	15,645	100	15,861	100	96,309	100
Cesáreas	2,354	15.81	2,590	16.04	2,512	15.23	2,271	13.13	2,612	16.69	2,842	17.91	15,181	15.76
Histerectomía														
Post-Cesárea	13		17		13		10		8		17		78	0.51

lugar, al eliminar este diagnóstico inexistente mundialmente, eliminamos también una justificación para

operación cesárea, y así se contribuye en parte para que las operaciones tengan indicaciones más precisas.

TABLA No. 2

HISTERECTOMIA POST - CESAREA
INCIDENCIA COMPARATIVA

AUTORES	T.E.	(CASOS)	o/o
SABINO TREZZA Y COLS. (Córdoba - España)	12	69	0.11 o/o
PREVEDOUKARIS Y COLS. (Atenas - Grecia)	14	79	0.08 o/o
CALDERON Y COLS. (Lima-Perú-HNERM)	6	78	0.08 o/o
FRANCO Y COLS. (Lima-Perú-HMISB)	25	74	0.06 o/o
STEVEN Y COLS. (Los Angeles-USA)	5	70	0.02 o/o

T.E. : Tiempo de estudios en años
o/o : Porcentaje del total de partos.

TABLA No. 3

HISTERECTOMIA POST - CESAREA
INCIDENCIA COMPARATIVA

AUTORES	Mortalidad Materna o/o	Porcentaje de Cesáreas
DIAZ Y COLS. (Venezuela)	17.02 o/o	--
PREVEDOURAKIS Y COLS.	10.01 o/o	--
SABINO TREZZA Y COLS.	8.69 o/o	0.79 o/o
FRANCO Y COLS.	8.10 o/o	0.84 o/o
CALDERON Y COLS.	4.47 o/o	0.51 o/o
STEVEN Y COLS.	1.4 o/o	0.7 o/o

139 Casos de Histerectomías Post Cesárea en 9 años.

TABLA No. 4

HISTERECTOMIAS POST - CESAREA
1981 - 1986
EDAD

GRUPOS ETARIOS	No. CASOS	o/o
15 a 19 años	1	1.49 o/o
20 a 24 años	2	2.98 o/o
25 a 29 años	10	14.92 o/o
30 a 34 años	22	32.83 o/o
35 a 39 años	20	29.85 o/o
40 a 44 años	12	17.41 o/o
TOTAL	67	100.00 o/o

TABLA No. 5

HISTERECTOMIAS POST - CESAREA
EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	No. CASOS	o/o
22 a 24 SEMANAS	2	2.98 o/o
25 a 27 SEMANAS	5	7.96 o/o
28 a 30 SEMANAS	1	1.49 o/o
31 a 33 SEMANAS	3	4.47 o/o
34 a 36 SEMANAS	6	8.95 o/o
37 a 39 SEMANAS	34	50.74 o/o
40 a 42 SEMANAS	16	23.8 o/o
TOTAL	67	100.00 o/o

TABLA No. 6

HISTERECTOMIAS POST - CESAREA
1981 - 1986
DIAGNOSTICO PRE - OPERATORIO

Dg. Pre - Operatorio de Cesárea	No. Casos	o/o
Placenta Previa	19	17.92
Cesareada anterior 1 vez	16	15.09
Cesareada anterior 2 veces	13	11.81
D.P.P.	8	7.54
Cesareada anterior 3 veces	7	6.60
Obito Fetal	7	6.60
Shock Hipovolemico	6	5.66
Sufrimiento Fetal	6	5.66
Pre Eclampsia	5	4.71
R.P.M.	4	3.77
Ruptura Uterina	3	2.83
Presentación Podalica	3	2.83
Situación Transversa	3	2.83
Placenta Acreta	2	1.88
Eclampsia	2	1.88
Incompatibilidad cefalo Pelvica	2	1.88
Gemelar	2	1.88
Tumor Previo	1	0.94
Embarazo Prolongado	1	0.94
TOTAL	110	100.00 o/o

NOTA: Los Dg. pueden ser 2 ó 3 para una misma paciente y no excluyentes.

TABLA No. 7

HISTERECTOMIAS POST – CESAREA
1981 - 1986
CAUSAS

CAUSAS DE HISTERECTOMIAS	CASOS	o/o
ATONIA UTERINA	25	37.31 o/o
PLACENTA ACRETA	22	32.83 o/o
RUPTURA UTERINA	14	20.89 o/o
HEMORRAGIAS	6	8.95 o/o
DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	4	5.97 o/o
SHOCK SEPTICO	2	2.98 o/o
ENDOMETRITIS	2	2.98 o/o
TUMOR DE CERVIX	1	1.49 o/o
TOTAL	76 Diagnósticos 67 Casos	100.00 o/o

3 casos de ruptura uterina asociadas a placenta acreta.
6 casos de placenta acreta asociados a atonía uterina.

TABLA No. 9

HISTERECTOMIAS POST – CESAREA
1981 - 1986
MORBIMORTALIDAD MATERNA

MORBIMORTALIDAD MATERNA	No.	o/o
Anemia severa (por debajo de 8 gr. HB)	50	74.62
Fiebre	38	56.71
Síndrome depresivo	4	5.97
Hematoma de pared	4	5.97
Fístulas	6	8.95
Ligadura de ureter	3	4.47
Muerte materna	3	4.47
Infección urinaria	2	2.98
Dehiscencia de pared	2	2.98
Insuficiencia renal aguda	2	2.98
Hipertensión arterial aguda	2	2.98
Absceso residual	1	1.49
Encefalopatía hipóxica	1	1.49
Neumotórax	1	1.49
Hemiplegia izo directa	1	1.49
Hematoma retrovesical	1	1.49
Tromboflebitis	1	1.49
Hemotorax	1	1.49
Evisceración	1	1.49
Evolución favorable	29	43.28
TOTAL	124 Dx 67 casos	100o/o
Fístula Vesico Vaginal	: 3	
Fístula Vésico Uterina	: 1	
Fístula Recto Vaginal	: 1	
Fístula Uretero Vaginal	: 1	

TABLA No. 8

TIPO DE HISTERECTOMIA POST – CESAREA

Tipos de Histerectomías	Casos	o/o
H.A.T. sin SO	22	32.83
H.A.T. – SOB	16	23.88
H.A.T. – SOI	13	19.40
H.A. Sub - Total	10	14.92
H.A.T. – SOD	6	8.95
TOTAL	67	100.00 o/o

TABLA No. 10

HISTERECTOMIAS POST-CESAREA
1981 – 1986

ESTANCIA HOSPITALARIA	67	100o/o
1 a 7 días	6	8.95
8 a 14 días	35	52.23
15 a 21 días	17	17.91
22 a 28 días	4	5.97
29 a 35 días	4	5.97
36 a 42 días	2	2.98
43 a 49 días	1	1.49
50 a 56 días	--	----
57 a 63 días	1	1.49
64 a más	2*	2.98
TOTAL	67	100o/o

* 1 Paciente tuvo 5 m. 9 días de estancia hospitalaria.

TABLA No. 11

HISTERECTOMIA POST-CESAREA
1981 – 1986

PESO DEL RECIEN NACIDO

PESO	RN	CASOS	o/o
500 – 999 gr.		5	7.24
1000 – 1499 gr.		5	7.24
1500 – 1999 gr.		4	5.79
2000 – 2499 gr.		9	13.04
2500 – 2999 gr.		5	7.24
3000 – 3499 gr.		21	30.43
3500 – 3999 gr.		9	13.04
4000 – 4499 gr.		6	8.60
Sin datos		5	7.24
TOTAL		69*	100o/o

* 2 Partos gemelares.

TABLA No. 12

1981 1986

MORTALIDAD PERINATAL

Peso	RN	Evol. Fav.	Neonati- muertos	Nati- muertos	Obitos	Total o/o
500 - 999 gr.	-	-	2	2	1 5	2.24
1000 - 1499 gr.	1		2	1	1 5	7.24
1500 - 1999 gr.	2		1	-	1 4	5.79
2000 - 2499 gr.	4		3*	1	1 9	13.04
2500 - 2999 gr.	4		1	-	- 5	7.24
3000 - 3499 gr.	18		3	-	- 21	30.43
3500 - 3999 gr.	7		2	-	- 9	13.04
4000 - 4499 gr.	4**		1	-	1 6	8.69
Sin Datos	1		1	1	2 5	7.24
TOTAL		41	16	5	7 69	
		(59.42o/o)	(23.18o/o)	(7.24o/o)	(10.14o/o)	(100o/o)

* Anencefálico 1

** Cefalohematoma 1

TABLA No. 13

OPERACION CESAREA Y OTRAS

DG. PRE-OPERATORIO: RIESGO DE
RUPTURA UTERINA (RRU)
MISCELANEA
(1981 a 1986)

	CASOS	o/o
DG. Pre-operatorio (R.R.U.)	1,623	100.00
Diagnóstico confirmado	13	0.80
Cesáreas	1,583	97.53
Histerectomías	18*	1.10
Vacuum-extractor	7	0.43
Forceps Bajo	2*	0.12
L. Uterino	1	0.06
Ninguna Int. Ox.	12	0.73
Antec. Cesareadas anteriores	1,547	95.3
Otra patología asociada a R.R.U.	36	4.7

* 2 fallecieron

Rupturas UT: 0.13o/o (- 1 c/ 7.692 part.)

BIBLIOGRAFIA

1. Agüero, O., Jorge, J.D. Rev. Obstet. Ginec. Venezuela, 43: 17 1983.
2. Aller, J., Piñango, V. Rev. Obstet. Ginec. Venezuela 35: 291, 1975.
3. Berekay, D. Obstet. Gynec. 35: 120, 1970.
4. Bixby, G.H. Extirpation of the puerperal uterus by abdominal section. J. Gynec. Soc. Bost. 1: 223 1869.
5. Camara, A. SA Leytao de A. Rev. Ginec. e D Obstet. 106: 481, 1960.
6. Colmenares, A. Gichelbaum, P. Bol. Soc. Venez. Cirug. 27: 603, 1973.
7. Díaz, J. Lucenko, L. Histerectomías por complicación de la cesárea. 140-143. Rev. Obstet. Ginec. de Venez. Vol. 44 No. 2, 1984.
8. Dyer, I. Gilbert, F. Am. J. Obstet. Ginec. 65: 517 1973.
9. Ermuny, R. Vargas, G. Bol. Soc. Cirug. 20: 652, 1969.
10. Esterday, L. Clin. Obstet. Gynec. 12: 652, 1969.
11. Franco, A. Celis, A. Cesárea Histerestoma Act. méd. Per. Vol. 13: 24-26, 1986.
12. Greenmill, J.P. Friedman, E.A. Obstet. 675, 1980.
13. O'Leavy, A. Sterr, M. Am J. Obstet. Ginec. 90: 227 1964.
14. Porro, L. Della. Amputazione utero-ovar. con. compl. di taglio cesar. Mil., frat. Recnicdei, 1986.
15. Prevedaurakis, C.N.M. D. F.I.C.S. Atenas Greece 33-34 Intern Surger. Vol 59, 1974.
16. Pritchard, J. Macdonald, P. Obstet. 1979.
17. Puente, J. Dias, S. Ginec. Obstet. México, 39: 617, 1973.
18. Punnopen, R. Teisola, K. Histerectomía subtotal Emergencia Obstet. An. Chir.
19. Ruíz Velasco, V. Oreguera, J. Ginec. Obstet. México, 32: 635, 1972.
20. Sabinirezza, J. Romero, N. Histerectomía post cesárea. 257-266. Obstet. Ginec. Latinoamericanos, 1983.
21. Steven, L. Sze-ya, Y. Los Angeles. Histerectomías de emergencia por hemorragias obstétricas. Obstet. Gynec. 64: 376-380, 1984.
22. Fernández, F. Rev. Obstet. Ginec. Venez. 22: 427, 1962.