

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ESTADO DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACION DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACION DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL**



**HISTERECTOMIA OBSTETRICA CORRELACIÓN DEL DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO  
CON EL RESULTADO ANATOMOPATOLOGICO EN EL HOSPITAL MATERNO PERINATAL  
“MONICA PRETELINI SAENZ” EN SUS 2 AÑOS DE EXISTENCIA**

**HOSPITAL MATERNO PERINATAL “MONICA PRETELINI SAENZ”**

## **TESIS**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO LA ESPECIALIDAD DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Presenta:**

**MC JUAN ANTONIO MORALES QUIROZ**

**Director de Tesis: Esp. G. O. Salvador Rivera Flores**

**REVISORES DE TESIS:**

**M. I. C. Joaquín Roberto Beltrán Salgado**

**Dr. C. S. Víctor Manuel Elizalde Valdés**

**Dr. H. Arturo García Rillo**

**M. I. C. Héctor L. Ocaña Servín**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO**

**2013**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ESTADO DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACION DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACION DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL**



**HISTERECTOMIA OBSTETRICA CORRELACIÓN DEL DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO  
CON EL RESULTADO ANATOMOPATOLOGICO EN EL HOSPITAL MATERNO PERINATAL  
“MONICA PRETELINI SAENZ” EN SUS 2 AÑOS DE EXISTENCIA**

**HOSPITAL MATERNO PERINATAL “MONICA PRETELINI SAENZ”**

## **TESIS**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO LA ESPECIALIDAD DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Presenta:**

**MC JUAN ANTONIO MORALES QUIROZ**

**Director de Tesis: Esp. G. O. Salvador Rivera Flores**

**REVISORES DE TESIS:**

**M. I. C. Joaquín Roberto Beltrán Salgado**

**Dr. C. S. Víctor Manuel Elizalde Valdés**

**Dr. H. Arturo García Rillo**

**M. I. C. Héctor L. Ocaña Servín**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO**

**2013**

## INDICE

	Pagina
I.- Resumen	1
II.- Definición	3
III.- Antecedentes Históricos	3
IV.- Marco teórico	
V.- Planteamiento del Problema	8
VI.- Justificación	10
VII.- Hipótesis	12
VIII.- Implicaciones Éticas	13
IX.- Objetivos	14
X.- Material y métodos	15
XI.- Resultados	19
XII.- Discusión	34
XIII.- Conclusiones	35
XIV.- Sugerencias	37
XV.- Bibliografía	38
XVI.- Anexos.	44

Dedicatoria:

A Dios Creador de Todo

A mi Madre

A mis Padre

A mi Amada Esposa

A mis Hijos

Agradecimientos:

A Dios Todopoderoso, creador de cuanto Hay y por quien se vive.

A mi Madre Emilia, la cual se haya ya con su Creador, por ser el amor de mi Padre y haberme dado la Vida a quien extraño tanto.

A mi Padre Adalberto, por haberme dado la vida, el cual ha sido mi apoyo toda la Vida.

A mis Hermanos, Francisco Rigoberto, José Luis, Jorge Alberto, por estar a mi lado y dispuestos a estar en mi ayuda.

A mi Amada Esposa María de Jesús.

A mis hijos Juan Antonio y Hugo Cesar, a los cuales les he robado tiempo, a fin de llegar a esta Meta.

A mis compañeros de Residencia, de los cuales tuve apoyo y confianza.

A mis Maestros Especialistas en Ginecología y Obstetricia del (Hospital Adolfo López Mateos) actual Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” por su apoyo dedicación para mi aprendizaje.

A las múltiples mujeres que en afán de ser atendidas, nos dieron a mis compañeros y a mí la oportunidad de aprender, tomar experiencias inigualables, y lograr la terminación de esta etapa en nuestra vida profesional.

A la Universidad Autónoma del Estado de México, con sus dirigentes y miembros por darme la oportunidad de terminar mi etapa de posgrado.

## Resumen.-

La Historia de la realización de Histerectomías se remonta a más de 200 años atrás, la primera cesárea Histerectomía, realizada por Porro, posteriores mejoras en Técnica, antibióticos, han llevado a esta cirugía a ser la adecuada para salvar en última instancia a pacientes en peligro de muerte tras un evento obstétrico, a cambio de su fertilidad, razón importante porque evaluar la causalidad de estas cirugías. A fin de conocer la realidad del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” en la realización de Histerectomías Obstétricas en sus primeros 2 años de existencia, su correlación de diagnóstico Prequirúrgico con resultados Histopatológico final. Se realiza un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, manejo estadístico de tendencia central e inferencial. Se tomaron los datos de las pacientes que fueron sometidas a esta cirugía durante el periodo comprendido del 01 de noviembre de 2009 al 31 de octubre de 2011, se encontraron un total de 120 casos, pudieron incluir 60 expedientes, dentro de los cuales se localiza un rango de edad de 18 a 45 años, con una media de 31 años, mediana de 32, con un 44% entre 26 a 44 años, una paridad en un 90 % de multípara, solo 10 % primíparas, escolaridad predominante en educación secundaria, control prenatal en un 89 %, pero inadecuado en un 18 %, no en 11 %, en un 80 % se intervino por vía cesárea, con diagnósticos de Atonía en 25 %, seguida de Acretismo en 21 %, retención de restos 19 %, Hemorragia Obstétrica en 18 %, placenta previa 8 %, infección 6 % con 100 % de egresos por mejoría. Encontramos origen estatal en el 93 % de los casos. Encontrando una estancia en promedio de 4.8 días. Se localiza una correlación en 55 % de los casos en los diagnósticos Prequirúrgicos y Postquirúrgicos reportados por patología.

(Palabras claves: Histerectomía Obstétrica, Acretismo, hemorragia obstétrica)

## Overview-

The history of the realization of hysterectomies dates back to more than 200 years ago, the first caesarean hysterectomy, performed by Porro, further improvements in technique, antibiotics, have led this surgery to be adequate to save ultimately to patients at risk of death after an obstetrical event, in Exchange for their fertility, important reason because assess the causality of these surgeries. In order to know the reality of the Perinatal maternal Hospital "Mónica Pretelini Sáenz" in the realization of obstetric hysterectomies in their first 2 years of existence, its diagnostic Prequirurgic with results final histopathologic correlation. He is a retrospective, observational, descriptive, study trend central and inferential statistical management. Took data from patients who underwent this surgery during the period from November 01, 2009 to October 31, 2011, a total of 120 cases were found, could include 60 records, within which lies a range of 18 to 45 years old, with an average of 31 years medium 32, with 44% between 26 to 44 years, 90% of multiparous parity, only 10 per cent Primiparous, predominantly schooling in secondary education, control prenatal 89%, but inappropriate at a 18% instead of 11%, 80% was operated by via caesarean section. With diagnoses of Atony in 25%, followed by Acretismo in 21%, retention remains 19%, obstetric hemorrhage in 18%, 8%, placenta preview, 6% infection. I have with the 100% of expenses for your improvement. State origin is found in 93% of cases. I have finding an stay at average of 4.8 days. A correlation is located in 55% of cases the diagnostic analysis and postoperative reported by pathology.

(Key words: obstetric hysterectomy, Acretismo, obstetric hemorrhage)



## DEFINICIÓN.-

Se le denomina histerectomía obstétrica la resección parcial o total del útero que se realiza de urgencia, por indicación médica, debida a una complicación del embarazo, del parto o del puerperio, o por agravamiento de una enfermedad que, preexistía y que debe ser solucionada en este período.<sup>(1)</sup> Clásicamente la excéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto o aborto incluso en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica. Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está o/ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano y de urgencia<sup>(1)</sup>.

## Antecedentes Históricos.-

Hace más de 200 años, Cavallini, en Florencia, planteó que el útero era un órgano no del todo necesario para la vida, y una generación más afortunada, podría demostrar que la matriz puede ser extraída con impunidad después de su función fundamental : la reproducción.<sup>(2)</sup>

La histerectomía obstétrica se inicia originalmente en 1768 cuando Joseph Cavallini sugiere por primera vez la cesárea-histerectomía fundamentándose en experimentos animales, aunque nunca lo llevó a cabo, fue Horacio Storer en 1869 quien realiza la primera cesárea histerectomía en una gestante con un tumor previo, aunque la paciente falleció a las pocas horas<sup>(3,4)</sup>. La primera cesárea-histerectomía con éxito fue la que realizó Eduardo Porro en Italia en una enana primípara que por curiosa coincidencia se apellidaba Cavallini desde entonces la cesárea-histerectomía se llama operación de Porro<sup>(5,6)</sup>.

La era moderna de la histerectomía se inicia en los años 40 del siglo pasado donde mejoran la técnica quirúrgica y anestésica, en 1951 Davis sostiene que la cesárea-histerectomía era "un adelanto lógico en la cirugía obstétrica actual"<sup>(3,7)</sup>.

La histerectomía obstétrica de emergencia se puede llevar a cabo junto con una cesárea (cesárea-histerectomía) o después de ella, después de un parto vaginal o aborto o incluso en el puerperio, debido a complicaciones como la hemorragia post-parto, estados infecciosos severos que llevan a una sepsis que no responda a los antibióticos y que requiera una desfocalización; por lo que las causas de histerectomías obstétricas de emergencia son la Atonía Uterina, el Acretismo Placentario, la ruptura y perforación uterinas y los cuadros sépticos puerperales y post-aborto<sup>(8,9,10)</sup>; si bien desconocemos la real incidencia, varios autores han comunicado índices de 0.5 a 1.5 por mil partos. Clark y col en 1984 revisaron 70 casos de histerectomía periparto de emergencia a causa de hemorragias obstétricas y concluyeron que el 86% se realizaron después de una cesárea y 14% después de partos vaginales, casi las tres cuartas partes de los casos se debieron a Atonía Uterina o Acretismo Placentario<sup>(10,11)</sup>. Las indicaciones para una histerectomía post-cesárea se discuten en relación con diferentes cuadros para los cuales está indicada esta operación, unos pocos incluyen la infección intrauterina, una cicatriz groseramente defectuosa, un útero marcadamente hipotónico que no responde a los oxitócicos, prostaglandinas o masaje enérgico; desgarró de los vasos uterinos principales, grandes miomas y la displasia cervical severa o el carcinoma in situ de cérvix<sup>(12)</sup>. En la enfermedad del Trofoblasto puede recurrirse a la histerectomía como tratamiento, especialmente en mujeres que han concluido con su paridad<sup>(12)</sup>. En la ruptura uterina la laparotomía exploratoria no está indicada en casos de dehiscencia cicatrizal sin hemorragia luego de un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa, sin embargo en casos de ruptura manifiesta durante una prueba de trabajo de parto con frecuencia es necesario recurrir a la histerectomía<sup>(12)</sup>. El embarazo cornual o intersticial alcanza aproximadamente el 3% de todas las gestaciones ectópicas, a causa de la mayor distensibilidad del miometrio que recubre la porción intersticial de la trompa, este se complica más tardíamente entre la octava y decimosexta semana gestacional, la hemorragia puede ser rápidamente fatal debido a que el embarazo está ubicado

entre el ovario y las arterias uterinas, en efecto los embarazos cornuales pueden ser fatales y la mujer fallecer antes de llegar al hospital. Debido a que la lesión es amplia suele ser necesaria la histerectomía, en el pasado el embarazo ectópico cervical era una forma rara de embarazo ectópico con una incidencia de 1 en 180,000 embarazos, pero la incidencia parece ir en aumento, debido en parte a las formas más nuevas de fertilización asistida pero particularmente posterior a FIV y la transferencia de embriones, en el pasado la histerectomía era la única elección disponible debido a la profusa hemorragia que acompañaba a la eliminación del embarazo cervical que incluso puede comprometer la vía urinaria<sup>(12)</sup>.

En Latinoamérica los trabajos de investigación realizados son mayormente en relación a la cesárea-histerectomía, es así que Castillo y Espinoza en el IMP reportaron 49 casos entre enero de 1993 a diciembre de 1995, encontrando como factores de riesgo la multiparidad, edad mayor a 35 años, placenta previa, HTA, cesárea previa, situación transversa, trabajo de parto disfuncional y corioamnionitis entre otros<sup>(13)</sup>. García en el Hospital Guillermo Almenara reporta que entre 1991 a 1998 el 0.33% de las cesáreas terminaron en histerectomía haciendo una incidencia de 0.94 por 1000 partos<sup>(14)</sup>. Ramírez reporta entre 1980 a 1992, 20 casos de cesárea histerectomía en los hospitales Guillermo Almenara y Centro Médico Naval entre 1980 y 1992 dando una incidencia de 1 en 1076 partos en el Hospital. Almenara y 1 en 1954 partos en el Centro Médico Naval<sup>(15)</sup>. Meza y Guarnizo en el IMP reportan 120 casos de cesárea histerectomía entre 1989 a 1993 con una incidencia de 1 histerectomía por cada 941 nacimientos<sup>(16)</sup>, Orderique en el Hospital María Auxiliadora 1988-1997 6.62 por 1000 partos<sup>(17)</sup>. Otros autores tanto a nivel nacional como en otros países reportan que entre el 0.05% hasta 1.6% de las cesáreas terminan en histerectomía<sup>(17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29)</sup>.

Navia y col. En Chile evalúan 52 casos de histerectomía obstétrica, obteniendo una incidencia de 1 por cada 2283 partos (0.44 por 1000), el 15.39% durante el 1er y 2do trimestre y el 84.61% en el 3er trimestre, la principal indicación fue la Inercia Uterina (25.00%), seguida del Acretismo (21.15%)<sup>(30)</sup>.

En relación a la inercia uterina post-parto que se manifiesta por hemorragia, la indicación de histerectomía se contempla cuando esta es excesiva, aunque algunos cirujanos inician primero con medidas médicas y luego medidas quirúrgicas conservadoras como la ligadura de las arterias uterinas y la anastomosis útero-ovárica, la sutura del sitio de implantación de la placenta, los puntos de Landauro o de Lynch<sup>(31)</sup>, y finalmente la ligadura de las arterias hipogástricas, pero ninguna de estas técnicas tiene la misma eficacia terapéutica de la histerectomía, por lo tanto en una paciente inestable o en situación clínica de una hemorragia profusa que no cede al manejo médico conservador es recomendable realizar un tratamiento definitivo como es la histerectomía<sup>(32)</sup>.

La incidencia de histerectomía periparto de urgencia ha variado mucho en informes de la experiencia de diferentes hospitales. Los estudios más recientes de Estados Unidos reportan una tasa de casi 1.5 en 1000 partos. En un estudio reciente, la incidencia de histerectomía después de una cesárea era de 8.3 en 1000 y 0.087 en 1000 después de un parto vaginal, en este estudio 94.5% de las pacientes tuvieron parto por cesárea y 66.7% de ellas tenía antecedente de esta operación. Las indicaciones de histerectomía de urgencia fueron placentación con adherencia anormal 64%, atonía uterina 21% y otras causas 17% (sepsis, fibromas y desgarros de la cicatriz uterina), las nulíparas tenían riesgo de histerectomía de 0.43 en 1000 partos y aquellas con una paridad de por lo menos cuatro tenían una tasa de 6.57 en 1000, en las mujeres que han tenido parto esta tasa aumento a 21 en 1000 si había placenta previa y 65 en 1000 si había antecedente de cesárea. Los últimos estudios reportan porcentajes crecientes del Acretismo placentario como causa de

la histerectomía periparto de urgencia y alcanzan hasta un 49.6% de las histerectomías de 1985 a 1990 y fueron la indicación más frecuente de histerectomía de urgencia en el periparto, mientras que informes previos 1978 a 1989 señalaba a la atonía uterina como la indicación más frecuente que contribuía con 43% de los casos, varios autores han especulado que los cambios en las indicaciones de la histerectomía de urgencia en el periparto tienen una relación directa con el mejor manejo médico de atonía y la mayor tasa de cesáreas por placenta previa que es un factor de riesgo establecido para la aparición de la placenta previa y Acreta <sup>(28,29,33,34,36)</sup>. Los reportes latinoamericanos consignan a la atonía uterina como la indicación más frecuente de histerectomía periparto de urgencia <sup>(15,16)</sup>, o la placentación anormal <sup>(14)</sup>. Reportes de otras realidades mencionan al Acretismo como primera causa (38.1%) <sup>(35)</sup>, como también a la ruptura uterina (35.3%) <sup>(37)</sup>.

En cuanto a la morbi-mortalidad de esta cirugía de urgencia se tiene que la morbilidad post-operatoria alcanza entre 13% al 64.7% <sup>(14,21,24,29)</sup> (dentro de ellas los procesos febriles, trastornos de la coagulación, lesiones de vía urinaria); la mortalidad materna alcanza entre el 0 al 20% <sup>(14, 22,26,27, 29,38,39, 40,41)</sup>.

Hirokyu en Japón presenta un estudio retrospectivo donde reporta 17 pacientes con histerectomía post-parto entre 1985 y 1998, con una incidencia de 1 en 6978 partos (0.014%), el 23.5% después de un parto vaginal el 76.5% después de una cesárea <sup>(35)</sup>.

Adel en Jordania reportó un estudio con 21 casos de histerectomía periparto de emergencia con una incidencia de 0.5 por 1000 partos, 19 de los cuales fueron cesárea histerectomía <sup>(37)</sup>.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los procedimientos que se utilizan, en ocasiones, hasta heroicamente, para evitar la muerte de mujeres en un periodo tan crucial como la reproducción es la Histerectomía Obstétrica<sup>(1)</sup>.

Dentro de la razón de medir la Mortalidad Materna, está el ser, una forma de diagnosticar el estado social de una sociedad.

Se conoce por la literatura y estadísticas internaciones que 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo.

La Mortalidad Materna está muy asociada a las mismas causas de la histerectomía obstétrica.

En Europa septentrional, una de cada 9 850 mujeres tienen riesgo de muerte materna; Norteamérica una de cada 6366; en Asia una de cada 54 y África una de cada 21 mujeres<sup>(42)</sup>.

Dentro de la estadística nacional el Estado de México, ocupa desde tiempo atrás el 1er. Lugar en Mortalidad Materna<sup>(43)</sup>.

Dentro de las metas de las Organización Mundial de La Salud, hacia un Nuevo Milenio, en la reunión internacional del mes de septiembre de 2000. La mayor reunión de Jefes de Estado de toda la historia marcó el comienzo del nuevo milenio con la adopción de la Declaración del Milenio.

Que fue aprobada por 189 países y se tradujo en ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que deberían alcanzarse en 2015.

En el 5º, se plantea Mejorar la Salud Materna, en reducir la razón de la mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para 2015<sup>(44,45)</sup>.

Según los datos de 2005, son pocos los países en desarrollo que se encuentran en camino de lograr el Objetivo del Milenio 5<sup>(44,45)</sup>.

Se han tenido mismas cifras en la literatura Nacional e Internacional, en la Mortalidad, que nos hace prever que dicho objetivo, no se alcanzara<sup>(44,45)</sup>.

Las administraciones actuales, se han tomado más en serio esta realidad, se han hecho cambios la infraestructura médica, Hospitalaria, teniendo un Hospital con apenas 2 años de funcionamiento:

El Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”.

Dentro de los parámetros para calificar una unidad hospitalaria, esta que exista una adecuada relación de los diagnósticos médicos, prequirúrgicos y los finales histopatológicos.

La incidencia de Histerectomía Obstétrica en los estudios analizados, varía de 0.03 a 1.5 x cada 1000 nacidos.

Y actualmente no conocemos la relación que se guarda en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, en sus primeros 2 años de funcionamiento, entre los diagnósticos prequirúrgicos y los finales por estudio Histopatológico, de las pacientes sometidas a una Histerectomía Obstétrica.

La realización de Histerectomía Obstétrica, puede llevar a cambios muy drásticos en la mujer, emocionales, sociales, el saber que ya no podrá tener hijos, ocasionar conflictos personales, emocionales, con su pareja, entre otros. Asociados a la cultura, desconocimiento de la realidad anatómica.

Es por tanto de suma importancia conocer la relación existente entre el diagnóstico prequirúrgico clínico y el final diagnóstico por estudio Histopatológico, y con ello plantear la efectividad de dichos diagnósticos y en su caso buscar alternativas, para mejoría de la relación de los diagnósticos inicial y final.

Por lo que surge la Pregunta:

¿Existe una correlación entre los diagnósticos prequirúrgicos y anatopatológicos finales en las Histerectomías realizadas en los 2 primeros años de existencia del Hospital Materno perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”?

## JUSTIFICACIÓN

Las pacientes que por razones del periodo de Embarazo, Parto y Puerperio y que sufren cualquier complicación, pueden terminar en una Histerectomía Obstétrica, como ya se ha mencionado previamente, con repercusión en su estilo de vida, con cambios en su paridad, estado emocional resultante de la no posibilidad de procreación, de pérdida de la menstruación, respecto a no estar ya completa y otras situaciones derivadas de la cultura.

Actualmente el “hospital materno perinatal Mónica Pretelini” en la ciudad de Toluca se encuentra cursando su tercer año de existencia.

Con la infraestructura totalmente renovada y acorde a las expectativas actuales de salud, aunque aún insuficiente para cubrir el mismo campo del anterior hospital.

Eso junto con la cultura, educación, política como estructura social, economía de la población del estado de México, hacia un difícil llevar la atención anticuada las mujeres embarazadas de gran parte de la población del estado.

Según estadísticas nacionales desde varios años atrás se le considera al estado de México, como el estado con mayor mortalidad materna.

De las pacientes atendidas en todo tipo de hospital y que cuente con el servicio de ginecología y obstetricia, habrá casos, que por los diagnósticos ya conocidos, tales como: hemorragia obstétrica, ruptura uterina, placenta acreta, etc., Terminen su evento obstétrico, en una histerectomía obstétrica.

Se desconoce actualmente la correlación real que existe entre los diagnósticos presuntivos, por los cuales las pacientes han estado siendo sometidas a histerectomía obstétrica, en esta institución, en su corto periodo de vida.



Ante ese hecho, se hace necesario, el presente estudio, para establecer las principales causas, su relación, con los resultados de otras instituciones, tanto a nivel municipal, estatal, nacional e internacional.

Para evaluar, la eficiencia y los diagnósticos clínicos, se requiere la correlación, entre diagnóstico previo la cirugía, y el final dado, por el estudio histopatológico.

Esta evaluación se debe hacer periódicamente, para establecer, un nivel de calidad, en la atención de las pacientes, y para establecer criterios de manejo y ofrecer el mejor servicio a los pacientes, y con ello lograr de cierta manera disminuir los factores predisponentes, de la mortalidad materna.

## HIPÓTESIS

- Si existe una adecuada correlación entre el diagnóstico prequirúrgico y el diagnóstico final histopatológico.

## IMPLICACIONES ETICAS

No se requiere Consentimiento informado adicional al que ya las pacientes han firmado al momento de su ingreso al Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, que implica consentimiento para su atención y tratamiento, ya que no es un estudio prospectivo y no se manejarán los datos personales, como nombres que puedan identificarlas individualmente al momento de su publicación, de las pacientes cuales seleccionamos los expedientes, de la lista de procedimientos quirúrgicos, y que fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica, en la sala de quirófano, ni en el servicio de anatomía patológica del Hospital Materno perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”

## OBJETIVOS

- Objetivo general

Conocer la correlación que existe, entre el diagnóstico inicial prequirúrgico y post quirúrgico de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica, con el resultado final anatopatológicos durante el período comprendido 1º de noviembre de 2009 al 31 de octubre de 2011 en el “Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”.

- Objetivos específicos

- Identificar los principales diagnósticos prequirúrgicos de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica, durante el período comprendido del 1º de noviembre de 2009 al 31 de octubre de 2011 en el “Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”.
- Conocer los principales diagnósticos finales anatopatológicos de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica, durante el período comprendido 1º de noviembre de 2009 al 31 de octubre de 2011 en el “Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”.
- Identificar la relación que existe entre los resultados obtenidos de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica, durante el período comprendido 1º de noviembre de 2009 al 31 de octubre de 2011 en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del presente estudio será observacional, transversal descriptivo y retrospectivo.

Variable	Definición. conceptual	Definición. operacional	Nivel de medición	Medición
<b>EDAD</b>	Del latín <i>aetas</i> , es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo. Años cronológicamente vividos	Grupo etario en edad reproductiva 1. 10 a 15 años 2. 16 a 20 años 3. 21 a 25 años 4. 26 a 44 años 5. 45 y más años	Cualitativa <b>ORDINAL</b>	División por grupo etario asignando  Números 1,2,3,4,5
<b>ESCOLARIDAD</b>	Nivel de estudios realizados por una persona,	1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 6. licenciatura	Cualitativa <b>ORDINAL</b>	Según el grado alcanzado  Número 1,2,3,4,5,6
<b>ORIGEN</b>	Sitio de residencia	1. Estatal 7. No estatal	Cualitativa <b>NOMINAL</b>	En 1 y 2 según origen

<b>PARIDAD</b>	Número de hijos	1. Primigesta 4. Multigesta	Cualitativa ORDINAL	En 1 y 2 según la paridad
<b>CONTROL PRENATAL</b>	Adecuado seguimiento del embarazo, con 5 consultas, toma de para-clínicos, suplementación	1. Si 2. No	Cualitativa NOMINAL	En 1 si hubo control En 2 si no lo hubo
<b>RESOLUCION</b>	Vía de terminación del embarazo actual	1. Parto 2. Cesárea 3. Legrado	Cualitativa ORDINAL	Se asigna la vía 1,2,3
<b>DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO</b>	Diagnóstico clínico anotado como causa de realización de Histerectomía obstétrica	1. Atonía uterina 2. Hemorragia 3. Acretismo placentario 4. Accidentes en el manejo de parto 5. Otros	Cualitativa NOMINAL	Se asigna A cada diagnostico los números 1,2,3,4,5
<b>RESULTADO FINAL DE LA CIRUGIA</b>	Diagnostico postquirúrgico	1. Coincide con prequirúrgico 2. No Coincide con Prequirúrgico	Cualitativa NOMINAL	Se signa 1 si coincide Y 2 si no

<b>EGRESO DE LA PACIENTE</b>	Razón final por lo que egresa la paciente	1. Mejoría 3. Defunción	Cualitativa NOMINAL	1 por mejoría 2 defunción
<b>DX HISTO-PATOLÓGICO</b>	Diagnostico expresado en la hoja de resultados histopatológicos	1. Hay relación 2. No hay relación		1 si hay relación 2 no la hay

Para lo cual se tomó el universo de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” entre 1º de noviembre de 2009 al 31 de octubre de 2011. Se revisaron a los registros de ingreso a sala de operaciones de donde se extrajeron los números de historia clínica de las pacientes, con este dato se acudió al servicio de archivo del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” y se extrajeron los datos pertinentes en una ficha patrón diseñada para este efecto, donde se consignaron la edad en años cumplidos, el estado civil, la ocupación, el grado de instrucción, el control prenatal, la fórmula obstétrica, momento de la gestación al momento de la histerectomía (trimestre gestacional o puerperio), indicaciones de la histerectomía, estado de la paciente al egreso, re-intervenciones, complicaciones post-operatorias (se considera la complicación más relevante), la estancia materna, el tipo de histerectomía practicada y el tratamiento quirúrgico de los anexos, los resultados perinatales para los casos pertinentes incluyendo el tipo de parto, vitalidad del feto al nacer. Con esta información se acudirá al servicio de Anatomía Patológica, tomando los resultados finales del estudio anatopatológico

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Se incluyeron en el estudio el 100% de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión:
  - Paciente que haya estado cursando con una gestación, aborto o se encuentre en el puerperio (hasta los 40 días) al momento de la histerectomía.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Se excluyeron las Histerectomías fuera del embarazo y puerperio

#### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Se eliminaron Expedientes incompletos en cuanto a diagnostico presuntivo por clínica y/o anatomopatológico.

Los datos así obtenidos se procesaron por computadora para lo cual se utilizara el paquete estadístico IBM SPSS versión 20.0 empleándose los análisis estadísticos pertinentes para el tipo de estudio, porcentajes, tasas, riesgo relativo.



# RESULTADOS

## RESULTADOS

Para la realización del presente estudio se obtuvo permiso de las autoridades académicas y administrativas del Hospital materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, por parte del comité de investigación tras revisar el protocolo y su presentación, dieron su aval, con el permiso correspondiente, del servicio de Unidad Tocoquirúrgica, se logró acceso a los datos de las pacientes valoradas en el servicio de urgencias, tanto a una base de datos que se entrega a estadística y a las libretas de registro quirúrgico de cada sala quirúrgica de dicha unidad.

Se tomaron los datos de las que fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica, durante el periodo comprendido en 1º de noviembre de 2009 al 31 de octubre de 2011.

Encontrándose falta de registro anteriores a noviembre de 2009, se realizaron 1289 valoraciones en noviembre y diciembre de 2009, 6210 valoraciones en 2010 y 6743 valoraciones en 2011 valoraciones en el servicio de urgencias de dicha unidad, con múltiples diagnósticos, localizando 107 eventos de urgencia en noviembre y diciembre de 2009, 287 eventos de urgencia en 2010 y 390 eventos de quirúrgicos de urgencia en 2011, entre ellos se realizaron 11, 61, y 40 histerectomías obstétricas respectivamente en los periodos estudiados con un total de 112 Histerectomías Obstétricas.

De cada uno de estos datos se realizó el llenado de hoja de recolección de datos. Obteniéndose los datos de fecha de ingreso, fecha quirúrgica, edad, paridad, escolaridad, lugar de origen, número de expediente, diagnostico prequirúrgico, postquirúrgico, días de estancia, vía de egreso.

año	valoraciones	Eventos quirúrgicos	Histerectomía obstétrica
11-12/2009	1289	48	11
01-12/2010	6210	287	61
01-11/2011	6743	390	40
	14242	725	112

**Cuadro 1.- Valoraciones de Urgencia, eventos quirúrgicos de urgencia, histerectomías obstétricas realizadas en el Hospital Materno perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”**

**Fuente: reporte de guardias urgencias y tocoquirúrgica.**

Tras obtenidos los datos anteriores, se ingresó al servicio de Archivo clínico, con la ayuda de las libretas de este y los nombres y fechas, de los cuales se obtuvieron los datos de Diagnóstico inicial Prequirúrgico, con final histopatológico, con los criterios de inclusión y exclusión, se logra un universo de 75 expedientes completos, encontrando dentro de expedientes los datos de diagnóstico final histopatológico solo en un 58% es decir 35 expedientes.

Se debieron eliminar y excluir algunos, por falta de pieza quirúrgica registrada en dicho servicio, otra más que no correspondía a diagnóstico, otra donde solo se reporta placenta como pieza quirúrgica, algunos mas no se integraron por necrosis en pieza quirúrgica. Se eliminan algunos que inicialmente se clasificaron como Histerectomía obstétrica que no lo eran, entre ellos Histerotomías en 2 casos.

Se continúa con el seguimiento de los datos buscando el restante, en el archivo del departamento de Anatomopatología de la unidad. Localizando otros 25 es decir 42 %, que completan el total de 60 expedientes completos.

Se acudió también al servicio de estadística, donde se solicitó el total de pacientes con Histerectomía Obstétrica en el periodo de estudio, localizando gran diferencia a la base de datos de la unidad Tocoquirúrgica, reportándose un subregistro importante.

Tras esta revisión se procesaron los diagnósticos prequirúrgicos, histopatológicos, así como los datos relevantes de cada paciente. En forma digital se procesaron los datos para su manejo estadístico y búsqueda de cada variable utilizamos el programa IBM SPSS versión 20.0, los resultados se expresan en cuadros y gráficas.

ACRETISMO
PLACENTA PREVIA TOTAL SANGRANTE + ACRETISMO FOCAL
PLACENTA PREVIA ACRETISMO
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA
PLACENTA PREVIA PARCIAL SANGRANTE
HEMORRAGIA OBST. DESGARRO INFUNDIBULOPELVICO
PLACENTA INSERCIÓN BAJA SANGRANTE + ACRETISMO
PLACENTA PREVIA SANGRANTE
ATONÍA UTERINA
DEHISCENCIA HISTERORRAFIA SEPSIS ABDOMINAL
CHOQUE HIPOVOLEMICO GRADO IV COMISURA SANGRANTE Y MUÑÓN SALPINGE
PLACENTA PREVIA MARGINAL
ACRETISMO
ATONIA
DECIDUITIS+ HEMATOMA PUERPERIO TARDIO
ACRETISMO PLACENTARIO
ATONIA UTERINA + HEMATOMA DISECANTE RETROPERITONEO
ATONIA UTERINA
EVISCERACION + PO HTA + PLASTIA DE PARED
DEHISCENCIA HXQX SEPSIS ABDOMINAL ATONIA UTERINA
ABSCESO DE PARED + LOQUIOS FÉTIDOS+SEPSIS DE PARED
POR ACRETISMO
ATONIA UTERINA+ HEMORRAGIA OBSTETRICA
ATONIA
ATONIA UTERINA+ HEMORRAGIA OBSTETRICA
ATONIA
ATONIA UTERINA
PLACENTA PREVIA + ACRETISMO PLACENTARIO
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA

**Cuadro 2.- Diagnósticos prequirúrgicos**  
**Fuente: libretas registró quirófano**

CHOQUE HIPOVOLEMICO GRADO IV+ DEHISCENCIA HX QX
DPPNI
PLACENTA PREVIA TOTAL SANGRANTE
PLACENTA PREVIA
PLACENTA PREVIA TOTAL +ACRETISMO
ATONIA
ATONIA
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA + MIOMATOSIS DE GRANDES ELEMENTOS
PLACENTA PREVIA
ATONIA UTERINA
ACRETISMO + HEMORRAGIA OBSTETRICA + CHOQUE HIPOVOLEMICO
SANGRADO TRASQUIRUGICO POR MIOMATOSIS UTERINA
ATONIA UTERINA/CHOQUE HIPOVOLEMICO III/HEMORRAGIA OBSTETRICA
ATONIA UTERINA
ACRETISMO PLACENTARIO.
ATONIA
ATONIA UTERINA+PLACENTA PREVIA
ATONIA UTERINA
ATONIA UTERINA
ACRETISMO
ATONIA UTERINA
ATONIA UTERINA
ACRETISMO PLACENTARIO + MIOMATOSIS UTERINA
EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL
ACRETISMO
DESGARRO CERVICAL
RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS
PLACENTA ACRETA
ATONIA UTERINA
DESPRENDIMIENTO PLACENTA

**Cuadro 3.- Diagnósticos prequirúrgicos**  
**Fuente: libretas registró quirófano**

ACRETISMO PLACENTARIO (INCRETA) INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA (A NIVEL DE CONDUCTO ENDOCERVICAL) CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS+ CUERPO AMARILLO LUTEINIZADO+ CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
PLACENTA ACRETA(INCRETA)ADENOSIS UTERIN+INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA+ CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
ENDOCERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA+CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA FOCOS DE NECROSIS HEMORRÁGICA
INFILTRADOHEMÁTICO INTRAPARENQUIMATOSO PARED ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS ENCAVIDAD CERVICITIS CRÓNICA INEINFARTOS FOCALES DE LA DECIDUA
UTERO GESTANTE CAVIDAD UTERINA CON CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA LEVE (ATONIA UTERINA)
ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS NECROSADOS EN LA CAVIDAD UTERINA QUISTES FOLICULARES QUISTES DE NABOTH CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
HX CLX UTERO GESTANTE HX QX SUTURADA PLACENTA ACRETA TIPO INCRETA CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA+ PLACENTA INCRETA + CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA QUISTES FOLICULARES + QUISTESLUTEINIZADOS CERVICITIS CRÓNICA INE
UTERO GESTANTE CERVIX AMPUTADO ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA QUISTES FOLICULARES TERATOMA MADURO QUISTICO
ENDOMETRITIS AGUDA RESTOS PLACENTARIOS NECROSADOS EN CAVIDAD UTERINA DEHISCENCIA HISTERORRAFIA
RESTOS PLACENTARIOS+ CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
HX CLX UTERO GESTANTE CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA QUISTES FOLICULARES OVARICOS
HX CLX GESTANTE PALCENTA ACRETA CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
UTERO GESTANTE CAVIDAD UTERINA CON CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA SALPINGE CONGESTION VASCULAR SUBSEROSA ATONIA UTERINA
ENDOMETRIOSIS Y MIOMETRITIS AGUDA + ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN LA CAVIDAD UTERINA
PLACENTA PREVIA + ACRETISMO TIPO INCRETA, ENDOCERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
ENDOCERVICITIS CRÓNICA AGUDIZADA Y HEMORRAGIA RECIENTE CAVIDAD UTERINA CON CORIOAMNIOITIS AGUDA
ENDOCERVICITIS CRÓNICA AGUDIZADA Y HEMORRAGIA RECIENTE CAVIDAD UTERINA CON CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA (ATONIA UTERINA)
CORIOAMNIOITIS AGUDA SUPURADA, ENDOCERVICITIS CRÓNICA QUISTICA
ENDOCERVICITIS CRÓNICA QUISTICA CAVIDAD UTERINA CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA SALPINGE CONGESTION VASCULAR SUBSEROSA CUERPO AMARILLO LUTEINIZADO ATONIA UTERINA
MIOMETRITIS AGUDA+CERVICITIS AGUDA
ENDOCERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA+CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA ATONIA UTERINA
ENDOCEVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA+CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA ATONIA UTERINA
ENDOCERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA+CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA ATONIA UTERINA
ENDOCERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA+CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA ATONIA UTERINA
ENDOCERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA+CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA ATONIA UTERINA
ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS + CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
INSERCIÓN BAJA DE LA PLACENTA A NIVEL DEL ITSMO DE LA CAVIDAD UTERINA PLACENTA ACRETA (TIPO INCRETA) CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA + CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA + LEIOMIOMA INTRAMURAL

#### **Cuadro 4.- Diagnósticos postquirúrgicos**

**Fuente: expedientes y archivo Departamento Anatomopatología**

CORIOAMNIOITIS AGUDA SUPURADA REACTIVA , FOCOS DE NECROSIS HEMORRAGICA SALPINGE CONGESTION VASCULAR SUBSEROSA CUERPO AMARILLO LUTEINIZADO
ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS + ABUNDANTES COAGULOS HEMATICOS
ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS CAVIDAD UTERINA MATERIAL HEMATICO COAGULADO EN LA CAVIDAD CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS+ INFILTRADO HEMATICO INTRAMURAL EN EL CERVIX CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
INFILTRADO HEMATICO INTRAPARENQUIMATOSO EN EL CERVIX ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
FETO DE 12 A 13 SDG SIN MALFORMACIONES CORDON AL CUELLO + LEIOMIOMATOSIS UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA + CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
PLACENTA LISADA ADHERIDA A LA CARA POSTERIOR DE LA CAVIDAD UTERINA LEIOMIOMATOSIS UTERINA QUISTES FOLICULARES CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
CARCINOMA EPIDERMOIDE EN CERVIX BORDE Qx SIN LESION TUMORAL ESCASOS RESTOS NECROSADOS CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS NECROSADOS EN LA CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESP
ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS NECROSADOS EN CAVIDAD UTERINA CERVIX AMPUTADO PARCIALMENTE PLACE NTA CON DEPOSITOS DE MATERIAL FRIBRINOIDE INTERVELLOSO
REACCION DECIDUAL CON CORIAMNIOTIS REACTIVA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
LEIOMIOMATOSIS UTERINA ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS NECROSADOS EN CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
REACCION DECIDUAL EN EL CERVIX+ ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN LA CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA
PLACENTA ACRETA TIPO INCRETA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
HX CLX UTERO GESTANTE ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
HX CLX UTERO GESTANTE ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
HX CLX DE ATONIA UTERINA HX QX SUTURADA ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS CUERPO AMARILLO LUTEINIZADO EN OVARIO CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
NO HTA ES HISTEROTOMIA PLACENTA CON MICROINFARTOS Y MICROCALCIFICACIONES
INFILTRADO HEMATICO INTRAMURAL+ADENOSIS UTERINA + ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS QUISTES DE NABOTH EN CERVIX CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
HX CLX UTERO GESTANTE ENDOMETRIO HIPERSECRETOR CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
INFILTRADO INTRAMURAL CERVICAL ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA DOS SOLUCIONES DE CONTINUIDAD EN CONDUCTO ENDOCERVICAL DE 7 CM
INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA+ PLACENTA INCRETA + CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
RESTOS PLACENTARIOS DEL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION ENDOMETRIO CON REACCION DECIDUAL DEL ESTROMA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
PLACENTA ACRETA TIPO INCRETA
HEMORRAGIA RECIENTE ENDOCERVICAL CAVIDAD CON CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA, CONGESTION VASCULAR SUBSEROSA EN SALPINGES
RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA + CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS
HX CLX UTERO GESTANTE ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS NECROSADOS EN CAVIDAD UTERINA

### **Cuadro 5.- Diagnósticos postquirúrgicos**

**Fuente: expedientes y archivo Departamento Anatomopatología**



ACRETISMO	ACRETISMO PLACENTARIO (INCRETA) INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA (A NIVEL DE CONDUCTO ENDOCERVICAL) CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
PLACENTA PREVIA TOTAL SANGRANTE + ACRETISMO FOCAL	ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS+ CUERPO AMARILLO LUTEINIZADO+ CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
PLACENTA PREVIA ACRETISMO	PLACENTA ACRETA(INCRETA)ADENOSIS UTERIN+INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA+ CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA	ENDOCERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA+CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA FOCOS DE NECROSIS HEMORRÁGICA
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA	INFILTRADOHEMÁTICO INTRAPARENQUIMATOSO PARED ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS ENCAVIDAD CERVICITIS CRÓNICA INEFARTOS FOCALES DE LA DECIDUA
PLACENTA PREVIA PARCIAL SANGRANTE	UTERO GESTANTE CAVIDAD UTERINA CON CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA LEVE (ATONIA UTERINA)
HEMORRAGIA OBST. DESGARRO INFUNDIBULOPELVICO	ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS NECROSADOS EN LA CAVIDAD UTERINA QUISTES FOLICULARES QUISTES DE NABOTH CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
PLACENTA INSERCIÓN BAJA SANGRANTE + ACRETISMO	HX CLX UTERO GESTANTE HX QX SUTURADA PLACENTA ACRETA TIPO INCRETA CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
PLACENTA PREVIA SANGRANTE	INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA+ PLACENTA INCRETA + CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA QUISTES FOLICULARES + QUISTESLUTEINIZADOS CERVICITIS CRÓNICA INE
ATONÍA UTERINA	UTERO GESTANTE CERVIX AMPUTADO ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA QUISTES FOLICULARES TERATOMA MADURO QUISTICO
DEHISCENCIA HISTERORRAFIA SEPSIS ABDOMINAL	ENDOMETRITIS AGUDA RESTOS PLACENTARIOS NECROSADOS EN CAVIDAD UTERINA DEHISCENCIA HISTERORRAFIA
CHOQUE HIPOVOLEMICO GRADO IV COMISURA SANGRANTE Y MUÑON SALPINGE	RESTOS PLACENTARIOS+ CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
PLACENTA PREVIA MARGINAL	HX CLX UTERO GESTANTE CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA QUISTES FOLICULARES OVARICOS
ACRETISMO	HX CLX GESTANTE PALCENTA ACRETA CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA
ATONIA	UTERO GESTANTE CAVIDAD UTERINA CON CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA SALPINGE CONGESTION VASCULAR SUBSEROSA ATONIA UTERINA

**Cuadro 6.- Comparativa de diagnóstico quirúrgico y Anatomopatológico primeros 15 casos**  
**Fuente: hojas de registro quirúrgico quirófano, expedientes y archivo Anatomopatología.**

DECIDUITIS+ HEMATOMA PUERPERIO TARDIO	ENDOMETRIOSIS Y MIOMETRITIS AGUDA + ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN LA CAVIDAD UTERINA
ACRETISMO PLACENTARIO	PLACENTA PREVIA + ACRETISMO TIPO INCRETA, ENDOCERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ATONIA UTERINA + HEMATOMA DISECANTE RETROPERITONEO	ENDOCERVICITIS CRONICA AGUDIZADA Y HEMORRAGIA RECIENTE CAVIDAD UTERINA CON CORIOAMNIOITIS AGUDA
ATONIA UTERINA	ENDOCERVICITIS CRONICA AGUDIZADA Y HEMORRAGIA RECIENTE CAVIDAD UTERINA CON CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA (ATONIA UTERINA)
EVISCERACION + PO HTA + PLASTIA DE PARED	CORIOAMNIOITIS AGUDA SUPURADA, ENDOCERVICITIS CRONICA QUISTICA
DEHISCENCIA HXQX SEPSIS ABDOMINAL ATONIA UTERINA	ENDOCERVICITIS CRONICA QUISTICA CAVIDAD UTERINA CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA CUERPO AMARILLO LUTEINIZADO ATONIA UTERINA
ABSCESO DE PARED + LOQUIOS FÉTIDOS+SEPSIS DE PARED	MIOMETRITIS AGUDA+CERVICITIS AGUDA
ACRETISMO	ENDOCERVICITIS CRONICA INESPECIFICA+CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA ATONIA UTERINA
ATONIA UTERINA+ HEMORRAGIA OBSTETRICA	ENDOCERVICITIS CRONICA INESPECIFICA+CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA ATONIA UTERINA
ATONIA	ENDOCERVICITIS CRONICA INESPECIFICA+CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA ATONIA UTERINA
ATONIA UTERINA+ HEMORRAGIA OBSTETRICA	ENDOCERVICITIS CRONICA INESPECIFICA+CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA ATONIA UTERINA
ATONIA	ENDOCERVICITIS CRONICA INESPECIFICA+CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA ATONIA UTERINA
ATONIA UTERINA	ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS + CERVICITIS CRONICA INESPECIFICACORIAMNIOITIS REACTIVA ATONIA
PLACENTA PREVIA + ACRETISMO PLACENTARIO	INSERCIÓN BAJA DE LA PLACENTA A NIVEL DEL ITSMO DE LA CAVIDAD UTERINA PLACENTA ACRETA (TIPO INCRETA) CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA	RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA + CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA + LEIOMIOMA INTRAMURAL

**Cuadro 7.- Comparativa de diagnóstico quirúrgico y Anatomopatológico 16° a 30° caso**  
**Fuente: hojas de registro quirúrgico quirófano, expedientes y archivo Anatomopatología.**

CHOQUE HIPOVOLEMICO GRADO IV+ DEHISCENCIA HX QX	CORIOAMNIOITIS AGUDA SUPURADA REACTIVA , FOCOS DE NECROSIS HEMORRAGICA SALPINGE CONGESTION VASCULAR SUBSEROSA CUERPO AMARILLO LUTEINIZADO
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA	ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS + ABUNDANTES COAGULOS HEMATICOS
PLACENTA PREVIA TOTAL SANGRANTE	ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS CAVIDAD UTERINA MATERIAL HEMATICO COAGULADO EN LA CAVIDAD CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
PLACENTA PREVIA	ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS+ INFILTRADO HEMATICO INTRAMURAL EN EL CERVIX CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
PLACENTA PREVIA TOTAL +ACRETISMO	INFILTRADO HEMATICO INTRAPARENQUIMATOSO EN EL CERVIX ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ATONIA	FETO DE 12 A 13 SDG SIN MALFORMACIONES CORDON AL CUELLO + LEIOMIOMATOSIS UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ATONIA	ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA + CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA + MIOMATOSIS DE GRANDES ELEMENTOS	PLACENTA LISADA ADHERIDA A LA CARA POSTERIOR DE LA CAVIDAD UTERINA LEIOMIOMATOSIS UTERINA QUISTES FOLICULARES CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
PLACENTA PREVIA	CARCINOMA EPIDERMIOIDE EN CERVIX BORDE Qx SIN LESION TUMORAL ESCASOS RESTOS NECROSADOS CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ATONIA UTERINA	ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS NECROSADOS EN LA CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESP
ACRETISMO + HEMORRAGIA OBSTETRICA + CHOQUE HIPOVOLEMICO	ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS NECROSADOS EN CAVIDAD UTERINA CERVIX AMPUTADO PARCIALMENTE PLACENTA CON DEPOSITOS DE MATERIAL FIBRINOIDE INTERVELLOSO
SANGRADO TRASQUIRUGICO POR MIOMATOSIS UTERINA	REACCION DECIDUAL CON CORIAMNIOTIS REACTIVA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ATONIA UTERINA/CHOQUE HIPOVOLEMICO III/HEMORRAGIA OBSTETRICA	LEIOMIOMATOSIS UTERINA ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS NECROSADOS EN CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ATONIA UTERINA	REACCION DECIDUAL EN EL CERVIX+ ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN LA CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA
ACRETISMO PLACENTARIO.	PLACENTA ACRETA TIPO INCRETA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA

**Cuadro 8.- Comparativa de diagnóstico quirúrgico y Anatomopatológico 31° a 45° caso**  
**Fuente: hojas de registro quirúrgico quirófano, expedientes y archivo Anatomopatología.**

ATONIA UTERINA	HX CLX UTERO GESTANTE ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ATONIA UTERINA+PLACENTA PREVIA	HX CLX UTERO GESTANTE ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ATONIA UTERINA	HX CLX DE ATONIA UTERINA HX QX SUTURADA ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS NECROSADOS EN LA CAVIDAD UTERINA CUERPO AMARILLO LUTEINIZADO EN OVARIO CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ATONIA UTERINA	RESTO PLACENTARIOS ADHERIDAS CARA POSTERIOR
ACRETISMO	INFILTRADO HEMATICO INTRAMURAL+ADENOSIS UTERINA + ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS QUISTES DE NABOTH EN CERVIX CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ATONIA UTERINA	HX CLX UTERO GESTANTE ENDOMETRIO HIPERSECRETOR CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ATONIA UTERINA	INFILTRADO INTRAMURAL CERVICAL ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA DOS SOLUCIONES DE CONTINUIDAD EN CONDUCTO ENDOCERVICAL DE 7 CM
ACRETISMO PLACENTARIO + MIOMATOSIS UTERINA	INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA+ PLACENTA INCRETA + CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL	RESTOS PLACENTARIOS DEL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION ENDOMETRIO CON REACCION DECIDUAL DEL ESTROMA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
ACRETISMO	PLACENTA ACRETA TIPO INCRETA
DESGARRO CERVICAL	HEMORRAGIA RECIENTE ENDOCERVICAL CAVIDAD CON CORIOAMNIOITIS AGUDA REACTIVA, CONGESTION VASCULAR SUBSEROSA EN SALPINGES
RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS	RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA + CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
PLACENTA ACRETA	ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS
ATONIA UTERINA	HX CLX UTERO GESTANTE ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
DESPRENDIMIENTO PLACENTA	ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS NECROSADOS EN CAVIDAD UTERINA

**Cuadro 9.- Comparativa de diagnóstico quirúrgico y Anatomopatológico últimos 15 casos  
Fuente: hojas de registro quirúrgico quirófano, expedientes y archivo Anatomopatología.**

### **Diagnósticos prequirúrgicos**

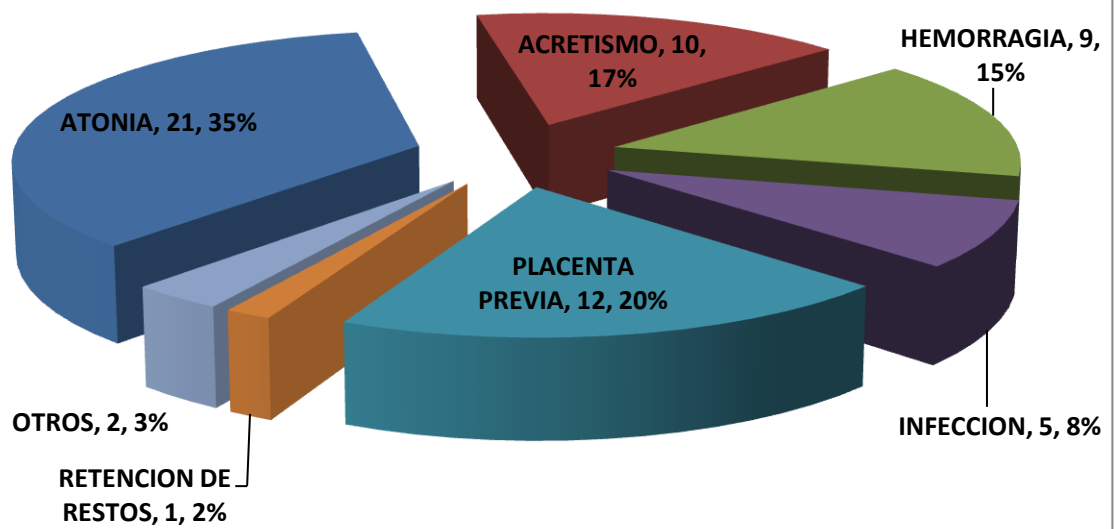
Descartando los datos del embarazo y solo teniendo en cuenta la causal del evento quirúrgico que llevo a la Histerectomía obstétrica se localizaron los siguientes diagnósticos, que son presentados en el cuadro 8:

<b>Diagnostico</b>	<b>casos</b>
<b>ATONIA</b>	<b>21</b>
<b>ACRETISMO</b>	<b>10</b>
<b>HEMORRAGIA</b>	<b>9</b>
<b>INFECCION</b>	<b>5</b>
<b>PLACENTA PREVIA</b>	<b>12</b>
<b>RETENCION DE RESTOS</b>	<b>1</b>
<b>OTROS</b>	<b>2</b>

**Cuadro 8.- Diagnósticos prequirúrgicos**

**Fuente: hojas de registro quirúrgico de salas quirófano cuadros 2,3**

## Diagnosticos prequirurgicos



**Grafica 1.- diagnósticos prequirúrgicos**  
**Fuente: Cuadro 8**

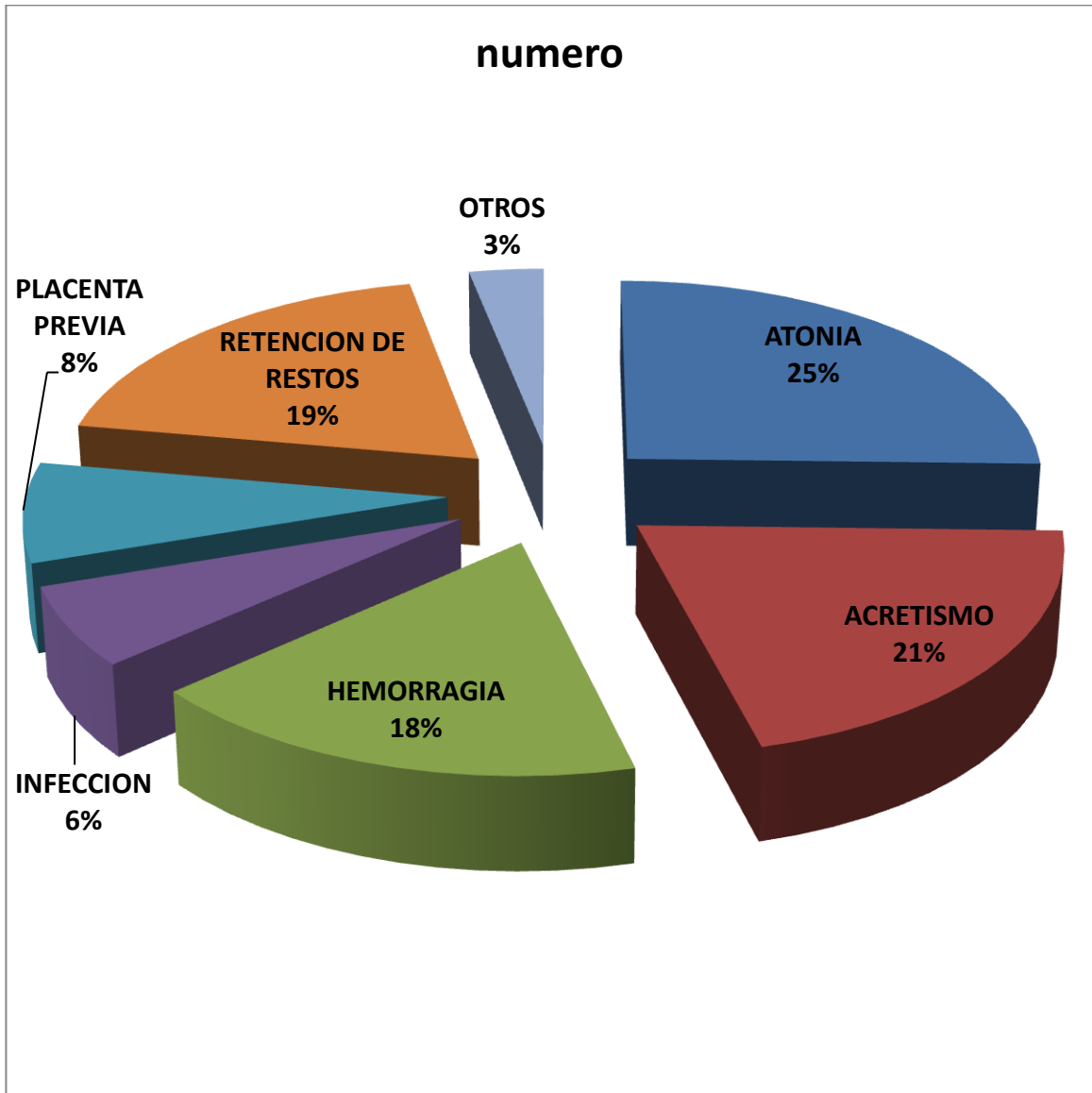
### **Diagnósticos finales Histopatológicos**

Tras la revisión de expedientes, y archivo del departamento de Histopatología, se logró recabar los resultados finales, encontrando los diagnósticos básicos, que se muestran en el siguiente cuadro:

Diagnostico final histopatológico	numero
ATONIA	16
ACRETISMO	13
HEMORRAGIA	11
INFECCION	4
PLACENTA PREVIA	5
RETENCION DE RESTOS	12
OTROS	2

#### **Cuadro 9.- diagnósticos histopatológicos**

**Fuente: expedientes y archivo Anatomopatología cuadros 4 y 5**



**Grafica 2.- Diagnostico finales Histopatológicos**  
**Fuente: Cuadro 9**



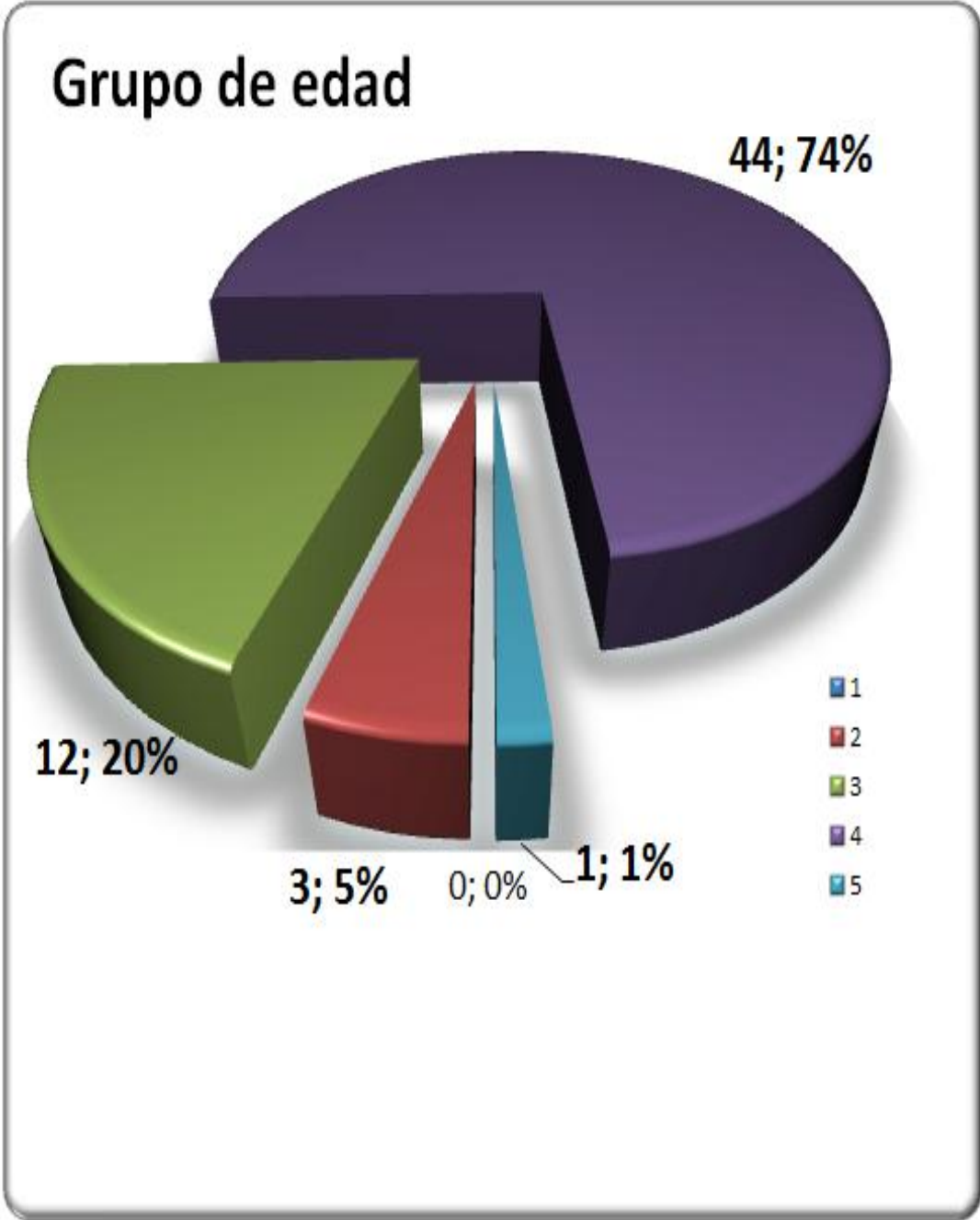
### **Distribución por Grupo Etario.**

Se encontró en el grupo de 16 a 20 años 3 pacientes (5%), de 21 a 25 años 12 pacientes (20%), de 26 a 44 años 44 (74%), de 45 y mas solo 1(1%), un rango de edad de 18 a 45 años de edad, con una media de 31.02, con desviación estándar de 6.741, con una moda en el grupo etario de 28 a 44 años con un total de 44 pacientes, concentrándose por tanto en los rangos de edad de mayor paridad, esta relación se presenta a igual en la literatura analizada, nacional e internacional, (Grafica 3).

### **Distribución por Grupo Etario.**

<b>Grupo etario</b>	<b>pacientes</b>
<b>10 a 15 años</b>	<b>0</b>
<b>16 a 20 años</b>	<b>3</b>
<b>21 a 25 años</b>	<b>12</b>
<b>26 a 44 años</b>	<b>44</b>
<b>45 y mas</b>	<b>1</b>
<b>total</b>	<b>60</b>

**Cuadro 10.- Distribución grupos de edad Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Materno perinatal Mónica Pretelini Sáenz**



Grafica 3.- Distribución grupo edad  
Fuente: Cuadro 10

### **Distribución por Origen**

En cuanto el lugar de residencia, se localizaron de origen estatal 56 pacientes que corresponde a un 93%, con solo 4 pacientes no estatales, que corresponde a 7% lo cual se observa en el cuadro 9 y Grafica 4.

### **Distribución por Origen**

<b>ORIGEN</b>	<b>PACIENTES</b>
<b>ESTATAL</b>	<b>56</b>
<b>NO ESTATAL</b>	<b>4</b>

### **Cuadro 11.- Residencia de las Pacientes**

**Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Materno perinatal Mónica Pretelini Sáenz**



**Grafica 4.- Residencia de las pacientes**  
**Fuente: Cuadro 11**

### **Distribución por Escolaridad**

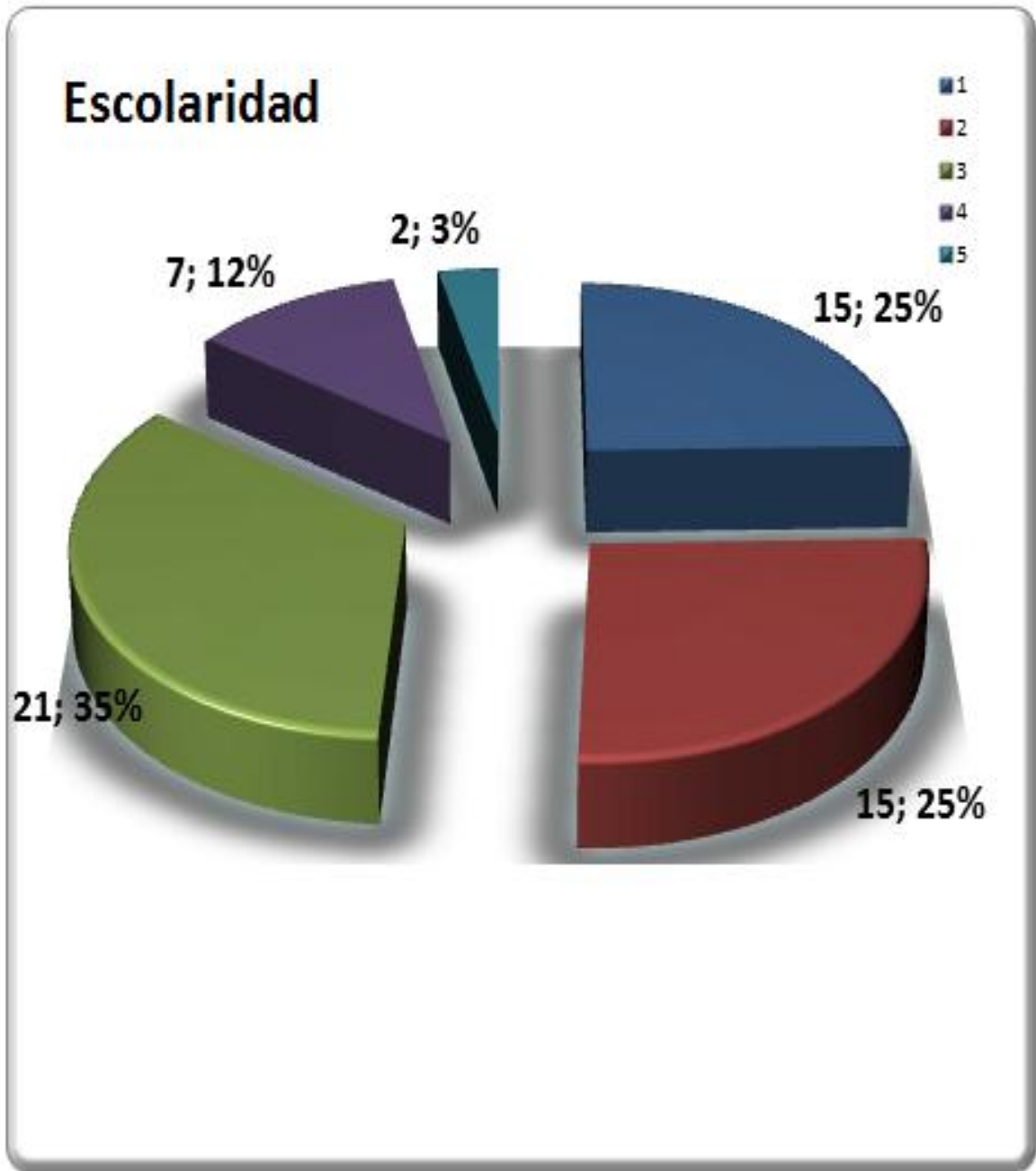
En cuanto la escolaridad se obtuvieron con escolaridad Nula en 15 pacientes con un 25%, Primaria en 15 pacientes también corresponde a 25%, Secundaria en 21 pacientes que corresponde a 35%, Preparatoria en 7 pacientes que corresponde a 12%, y licenciatura en solo 2 pacientes correspondiente a 3% ( grafica 3).

### **Distribución por Escolaridad**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>PACIENTES</b>
<b>NO</b>	<b>15</b>
<b>PRIMARIA</b>	<b>15</b>
<b>SECUNDARIA</b>	<b>21</b>
<b>PREPARATORIA</b>	<b>7</b>
<b>LICENCIATURA</b>	<b>2</b>
	<b>60</b>

### **Cuadro 12.- Escolaridad de las pacientes**

**Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Materno perinatal Mónica Pretelini Sáenz**



Grafica 5.- Escolaridad pacientes  
Fuente: cuadro 12

### **Distribución por Control prenatal**

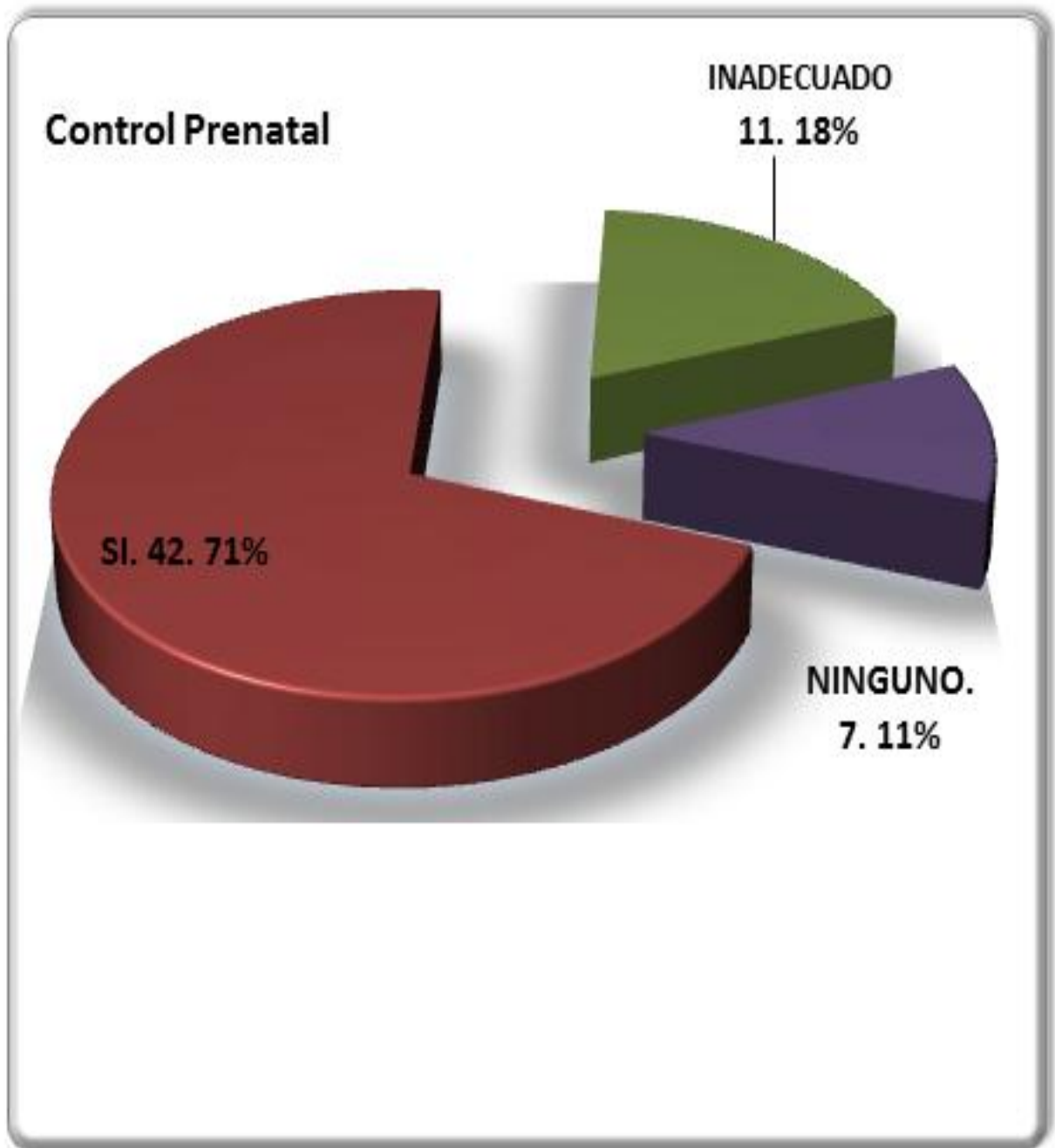
Control Prenatal adecuado en 42 pacientes correspondientes al 71%, control inadecuado en 11 pacientes que corresponde a 18%, y ninguno en 7 pacientes que corresponde a 11% (Grafica 4).

### **Distribución por Control prenatal**

<b>CONTROL PRENATAL</b>	<b>PACIENTES</b>
<b>SI</b>	<b>42</b>
<b>INADECUADO</b>	<b>11</b>
<b>NINGUNO</b>	<b>7</b>
	<b>60</b>

### **Cuadro13.- Control Prenatal**

**Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Materno perinatal Mónica Pretelini Sáenz**



**Grafica 6.- Control prenatal**  
**Fuente: Cuadro 13**



### Distribución por Paridad

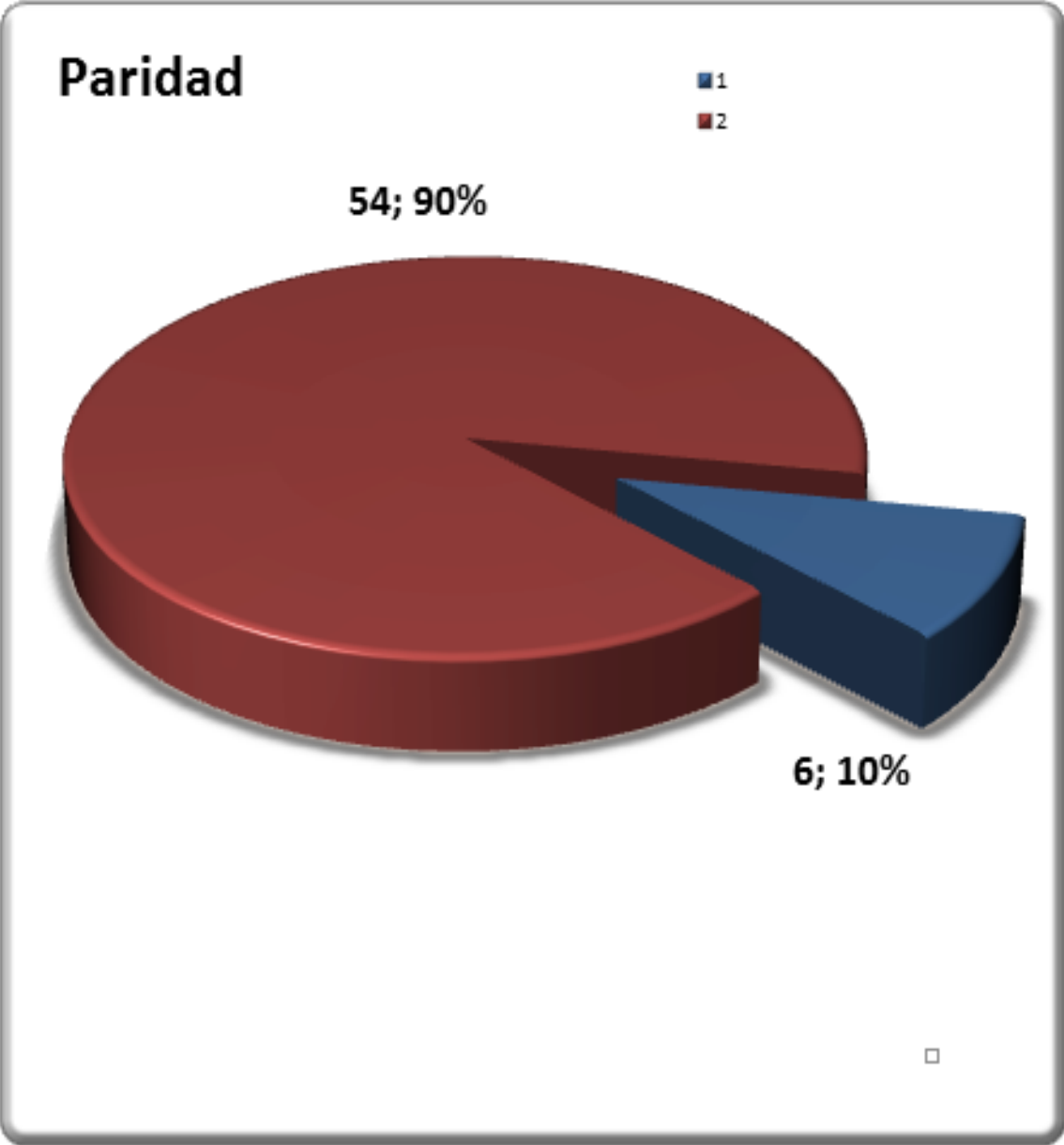
Paridad predomina con un 90% con 54 pacientes multigestas y solo 6 pacientes primigestas con 10% (grafica 5).

### Distribución por Paridad

1	Primigesta	6
2	Multigesta	54
		60

**Cuadro 14.- Primigestas vs multigestas**

**Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Materno perinatal Mónica Pretelini Sáenz**



**Grafica 7.- porcentaje de primigestas vs multigestas**  
**Fuente: Cuadro 14**

### **Distribución por número de gestaciones**

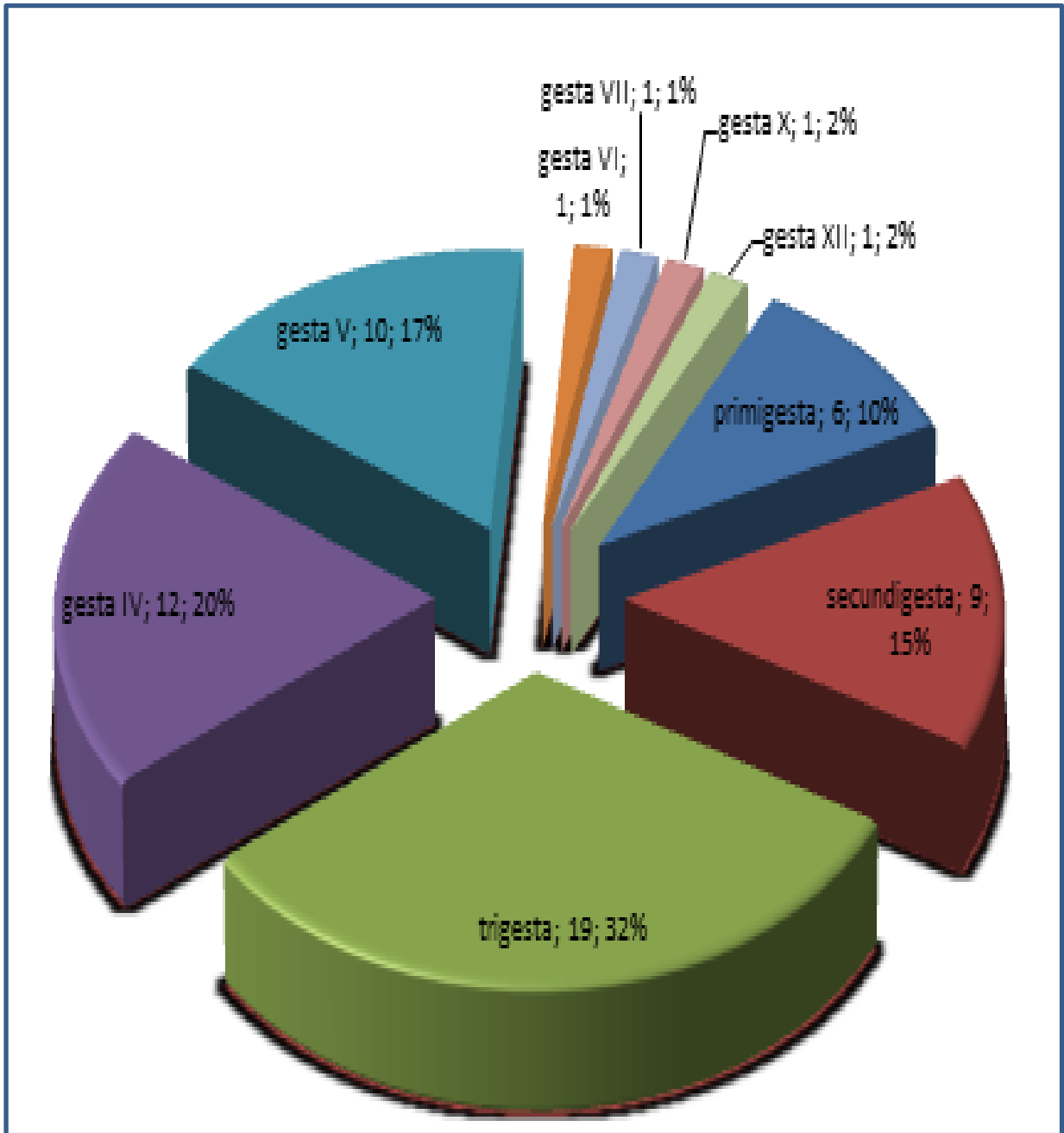
Con secundigesta 9 pacientes con un 15%, trigesta 19 pacientes con 32%, Gesta IV con 12 pacientes con un 20%, Gesta V con 10 pacientes con 17%, Gesta VI 1 paciente, Gesta VII 1 paciente, Gesta X 1 paciente, Gesta XII 2 paciente todos para un 1.5 % (grafica 6).

### **Distribución por número de gestaciones**

<b>PARIDAD</b>	<b>PACIENTES</b>
<b>PRIMIGESTA</b>	<b>6</b>
<b>SECUNDIGESTA</b>	<b>9</b>
<b>TRIGESTA</b>	<b>19</b>
<b>GESTA IV</b>	<b>12</b>
<b>GESTA V</b>	<b>10</b>
<b>GESTA VI</b>	<b>1</b>
<b>GESTA VII</b>	<b>1</b>
<b>GESTA X</b>	<b>1</b>
<b>GESTA XII</b>	<b>1</b>
	<b>60</b>

### **Cuadro 15.- Numero de gestaciones**

**Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Materno perinatal Mónica Pretelini Sáenz**



**Grafica 8 .- Gestaciones en pacientes estudiadas**  
**Fuente: Cuadro 15**

### **Distribución por días de Estancia Hospitalaria**

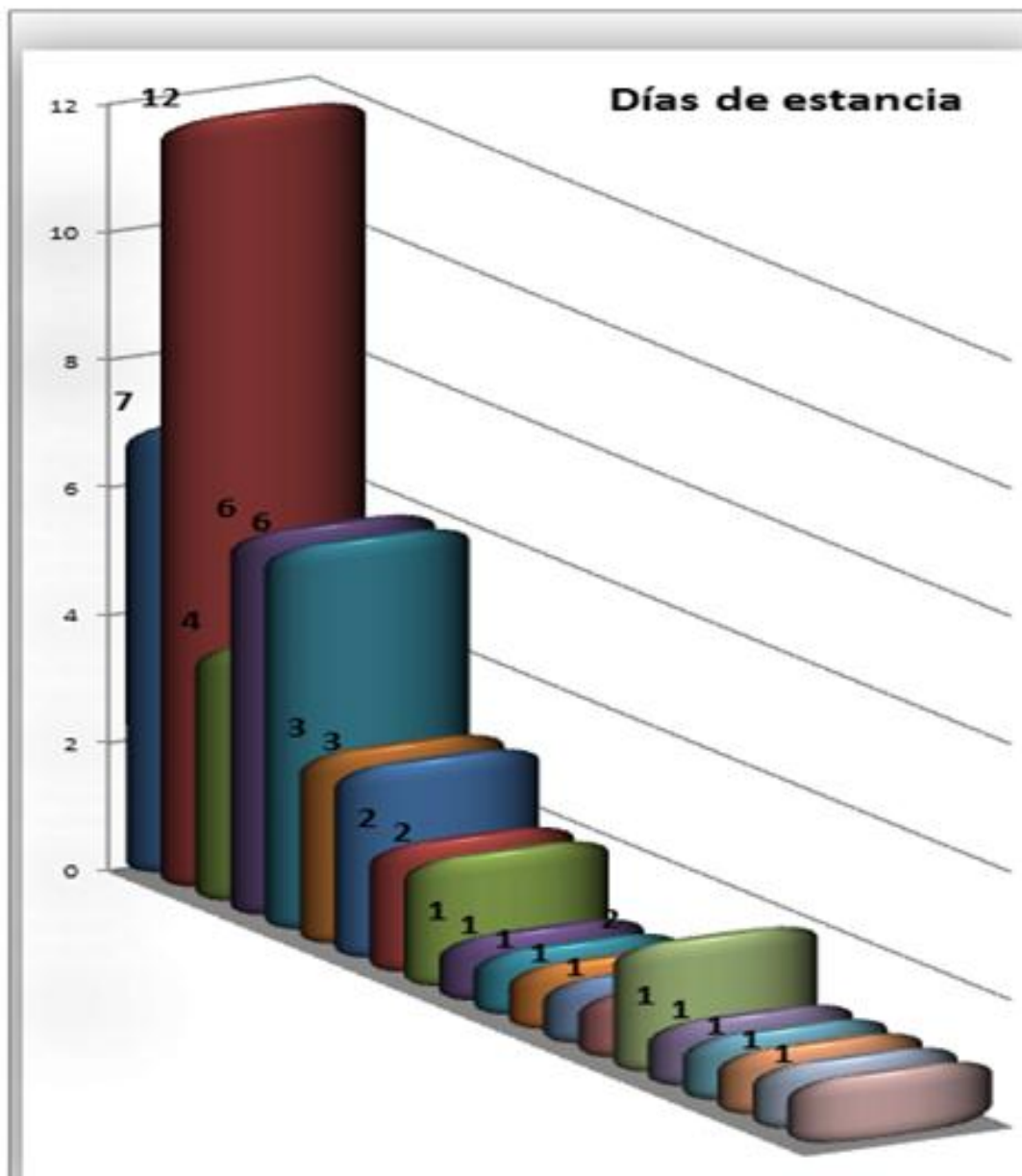
Las pacientes cursaron con variedad de estancia, la cual se localizo en los rangos de 3 días hasta 38 días, con una moda de 4 días con 12 pacientes es decir un 20%, un promedio de 4.8 días, lo cual nos habla de adecuada evolución en la mayoría de las pacientes (grafica 7).

### **Distribución por días de Estancia Hospitalaria**

<b>3</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>4</b>
<b>6</b>	<b>6</b>
<b>7</b>	<b>6</b>
<b>8</b>	<b>3</b>
<b>9</b>	<b>3</b>
<b>10</b>	<b>2</b>
<b>11</b>	<b>2</b>
<b>12</b>	<b>1</b>
<b>13</b>	<b>1</b>
<b>15</b>	<b>1</b>
<b>18</b>	<b>1</b>
<b>19</b>	<b>1</b>
<b>20</b>	<b>2</b>
<b>21</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>1</b>
<b>23</b>	<b>1</b>
<b>24</b>	<b>1</b>
<b>38</b>	<b>1</b>

**Cuadro 16.- Estancia Hospitalaria**

**Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Materno perinatal M Sáenz**



**Grafica 9.- Días de Estancia Hospitalaria**

Fuente: Cuadro 16

### **Distribución por Vía de terminación del embarazo**

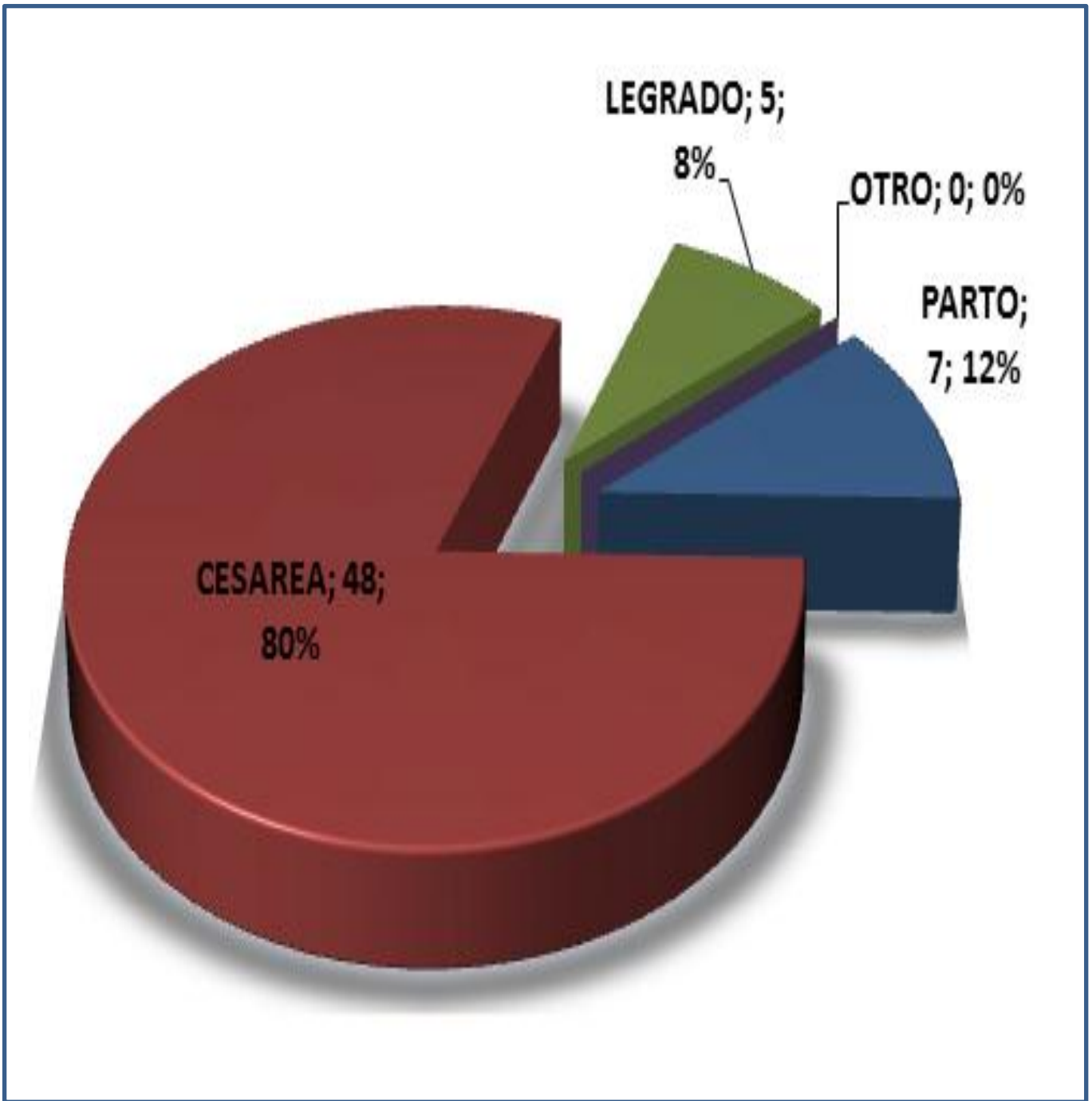
La Vía de terminación del embarazo se encontró en su gran mayoría por vía abdominal, con un 80 % (48 pacientes), con 12 % por parto (7 pacientes), por legrado 8 % (5 pacientes), lo cual coincide con las cifras nacionales e internacionales, así como se confirma su asociación a la cesárea (Gráfica 8).

### **Distribución por Vía de terminación del embarazo**

<b>VIA DE TERMINACION</b>	<b>PACIENTES</b>
<b>PARTO</b>	<b>7</b>
<b>CESAREA</b>	<b>48</b>
<b>LEGRADO</b>	<b>5</b>
<b>OTRO</b>	<b>0</b>

**Cuadro 17.- Vía de terminación del embarazo**

**Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Materno perinatal Mónica Pretelini Sáenz**



**Grafica 10.- Vía de terminación del embarazo**  
**Fuente: Cuadro 17**



### **Distribución por egreso de paciente**

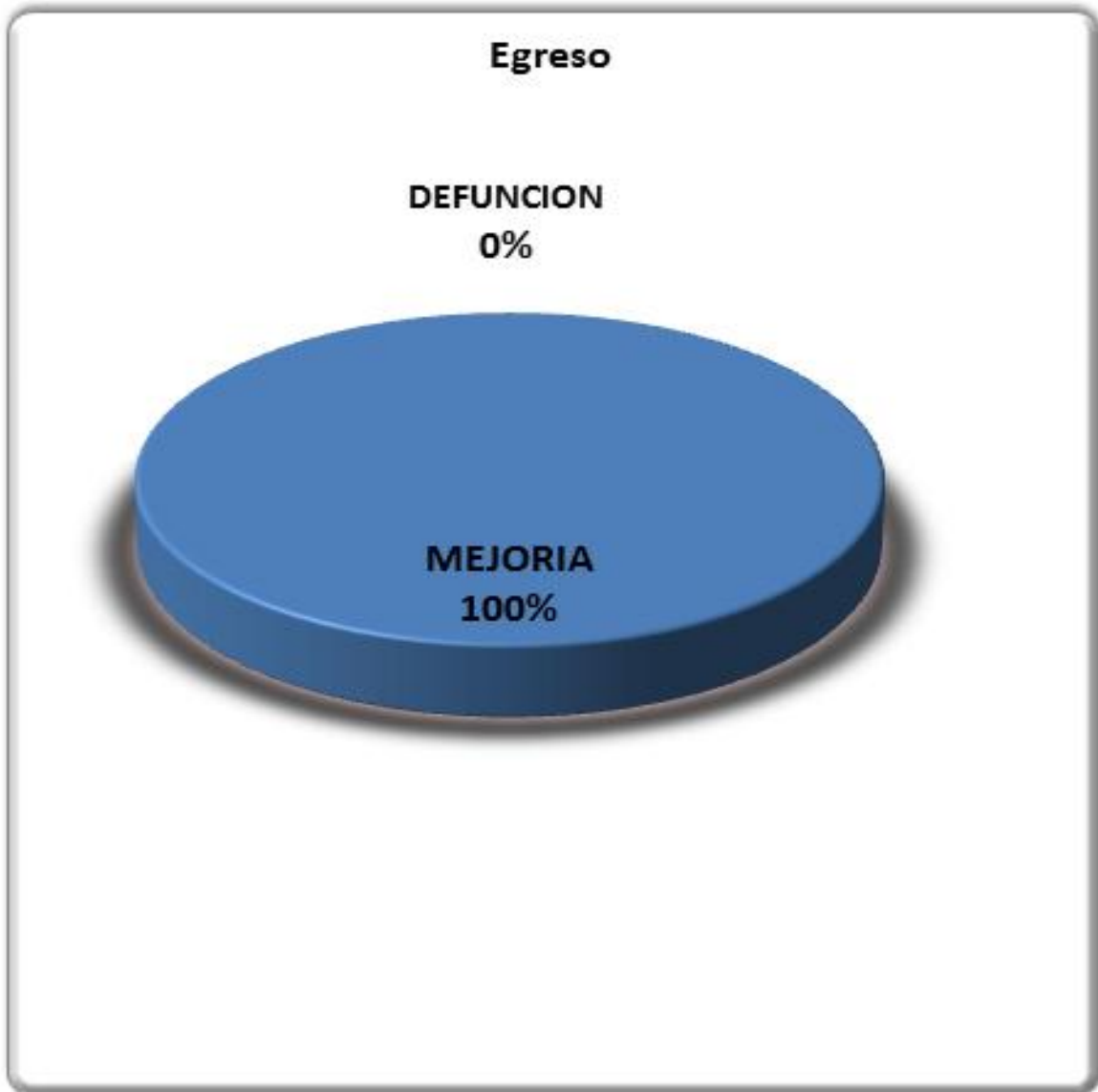
En el estudio realizado no se localizo ninguna defunción, se asocia al manejo interdisciplinario y manejo oportuno que se ha dado a las pacientes (Grafica 10).

### **Distribución por egreso de paciente**

<b>EGRESO DE LA PACIENTE</b>	
<b>MEJORIA</b>	<b>60</b>
<b>DEFUNCION</b>	<b>0</b>

**Cuadro 18.- Vía de egreso de pacientes con Histerectomía Obstétrica**

***Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Materno perinatal Mónica Pretelini Sáenz.***



**Grafica 11.- Vía de egreso de pacientes con Histerectomía**  
Fuente: cuadro 18

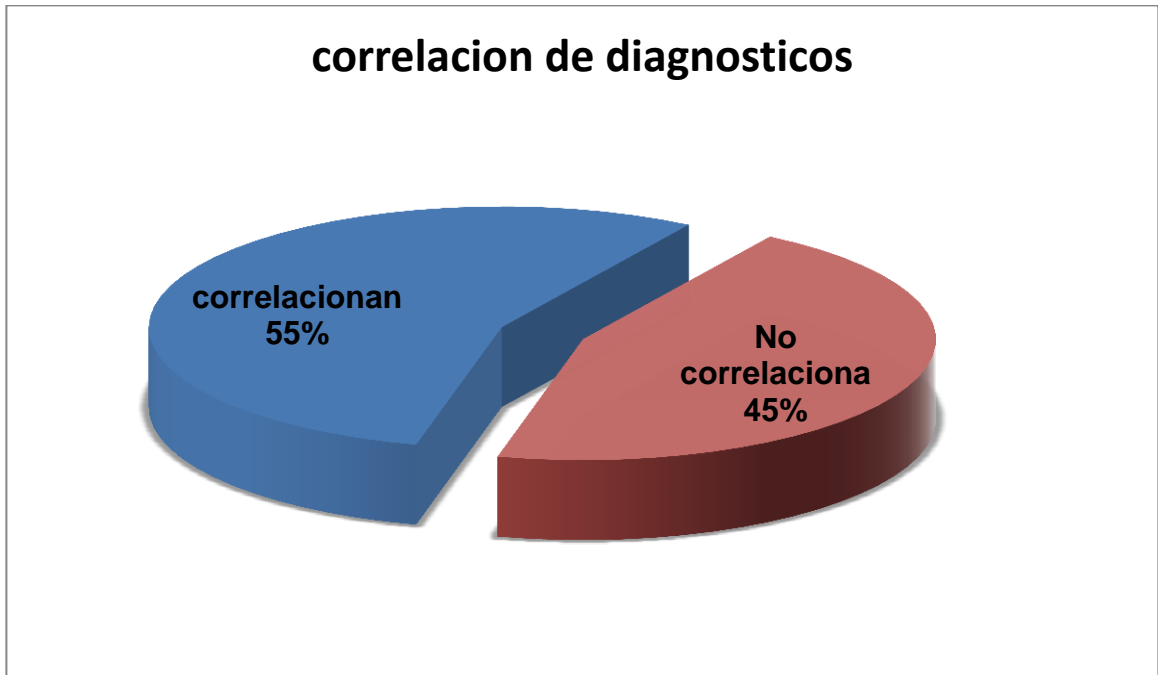
### **Correlación de diagnósticos prequirúrgicos Vs Finales Histopatológicos**

Tras la comparativa de los diagnósticos prequirúrgicos y finales Histopatológicos que se muestran en los cuadros 6 y 7 se localiza una correlación de 33 casos que efectivamente son positivos, que conforma el 55 % de los casos y los 27 restantes no correlacionan, con un 45% de los casos, encontrándose aumento en los casos de retención de restos. Como se muestra en el cuadro 19 y grafica 12.

<b>Correlacionan</b>	<b>33</b>
<b>No correlacionan</b>	<b>27</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>

**Cuadro 19.- Correlación de diagnósticos prequirúrgicos Vs Finales Histopatológicos**

**Fuente: Cuadros 6, 7, 8 y 9**



**Grafica 12.- Correlación de diagnósticos prequirúrgicos Vs Finales Histopatológicos**

**Fuente: Cuadro 19**

La obtención de los permisos correspondientes, solo se vieron obstaculizados por las propias labores académicas y administrativas, que desarrolla la institución.

La recolección de datos de las pacientes en el servicio de unidad Tocoquirúrgica, las cuales se localizaron en las libretas de registro de las salas de quirófano, se localiza una falta de uniformidad de anotación de diagnósticos, algunos confusos entre histerotomía y de histerectomía.

Esto y su registro en la unidad tocoquirúrgica, lleva a diferencias en el vaciado de información a la base de datos que se tiene en la unidad, en ocasiones siendo muy diferente en las libretas y en la base de datos digital que se tiene al final para su entrega a estadística. Al acudir al servicio de archivo clínico, se observa muy poco espacio físico para la labor de resguardo por los 5 años que se exigen de los expedientes clínicos, se maneja un sistema de depuración de archivos, con lo que se pierden los primeros expedientes realizados en la unidad, las libretas de préstamo de expedientes resultan obsoletas para su manejo, y son causante de pérdida de expedientes, no existiendo mecanismo que denote el destino de los expedientes faltantes.

De los expedientes localizados, se localizó una falta de uniformidad en cuanto elaboración de expediente, no existiendo una hoja especial para historias clínicas o nota de urgencia en algunas existe un formato que algunos médicos usan, pero aun así con datos incompletos, variando en los diferentes turnos y guardias por personal de base y becarios, faltando múltiples ocasiones llenado de datos relevantes, con la consecuente necesidad de excluir del estudio.

Los resultados de reporte Histopatológico final se localizan solo en un 50% aproximadamente.

Por su parte en el departamento de Anatomopatología, se encuentra que existieron piezas quirúrgicas, las cuales jamás llegaron a este servicio, otras mal conservadas y equivocadas, por lo que se perdieron otros expedientes al estar incompleto los criterios de inclusión.

# CONCLUSIONES

## Conclusiones.-

La Histerectomía es la cirugía más representativa y razón de ser del Ginecoobstetra, una de sus tipos, la Histerectomía Obstétrica, es el motivo del presente estudio, la cual implica la existencia de un embarazo y su resolución, y al producto de esta gestación, con consecuencias de la realización de esta para toda la vida de una Mujer, su vida reproductiva, su familia y el entorno.

Como urgencia y como última alternativa se desprende la importancia de su adecuado y oportuno diagnóstico.

Como se observó en la revisión de antecedentes históricos, y bibliográfica, los resultados obtenidos en el presente estudio correlacionaron a su contraparte nacional e internacional, sin cambios significativos en sus resultados y afortunadamente sin muertes maternas.

Ante el número tan elevado de expedientes no localizados, se debe buscar un sistema para evitar la pérdida de estos. Así como llevar la normativa de mantener por 5 años.

También se localizó, que algunas piezas quirúrgicas, por alguna razón no llegaron al servicio de Histopatología de la unidad. Esto sugiere no mecanismo adecuado de su envío, que luego se deja a los becarios y estos por ser no responsables directos simplemente no los entregan o los extravían.

Se tiene que señalar que el mayor diagnóstico localizado en prequirúrgico, como lo es la atonía uterina, tras la revisión de la literatura puede llegarse a la conclusión, que por ser un evento dinámico, solo es posible diagnosticarlo en el momento del evento y no se hayan datos específicos que puedan mostrarse histopatológicamente, en esta misma revisión se localizó, que solamente pueden observarse datos inespecíficos tales con elongación de fibras y pérdida de su estructura normal, que se puede denominar como



corioamnionitis aguda reactiva, así como aumento de las dimensiones uterinas, sin poder tener una escala que pueda ser reproducida.

En cuanto a la finalidad del estudio se concluye que un 55 % de los casos si existe adecuada correlación de diagnósticos prequirúrgicos y finales Histopatológicos, con adecuada correlación a algunos estudios internaciones, a nivel Latinoamérica y Nacional.

Existiendo aun problemática para manejo estadístico de lo reportado a nivel nacional por importantes subregistro de casos, como se encontró en este estudio.

De lo cual se desprenden varias sugerencias como más adelante se describen,

Sugerencias.

1. Realizar un formato adecuado y oficializado para llenado de Historia clínica, que optimice la toma de datos en el servicio de urgencias del Hospital Materno perinatal Mónica Pretelini Sáenz.
2. Organizar un sistema automatizado de reporte de pacientes a su ingreso y dentro de la base de datos final.
3. Utilizar adecuada codificación de los diagnósticos prequirúrgicos, para evitar el subregistro de casos en el servicio de estadística.
4. Utilizar adecuadamente el sistema de computación que se tiene en el servicio de archivo y en su caso digitalizar los expedientes a eliminar por espacio físico, y lograr la norma de mantenerlos 5 años.
5. Evitar perdida de piezas quirúrgicas por no cuidado de su entrega y retorno de resultados.
6. Codificar los resultados histopatológicos, para evitar ambigüedad en el resultado final a reportar.
7. Buscar una estandarización de hallazgos histológicos y macroscópicos para diagnostico anatomopatológico.

# BIBLIOGRAFIA

## Bibliografía.-

1. Aller, J. Moreno-Iztúriz, J. Romero: Cesárea, Histerectomía Obstétrica e Histerorrafía en: *Obstetricia Moderna*. 3a Ed. : Editorial McGraw-Hill-Interamericana, 2009:571-583
2. Fuentes L., Enríquez B. Histerectomía puerperal. Estudio de 14 años. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2005;31(1)
3. Young, J H: *The History of cesarean section*. Lewis. London. 1944.: 93.
4. Storer, H. R.: Successful removal of the uterus and both ovaries by abdominal section; the tumor, fibro-cistyc, weighting thirty - seven pounds. *Amer. J. Med. Sci.* 1869; 51:110.
5. Porro, E.: Dell' amputazione útero-ovárica come complemento di taglio cesáreo. *Ann. Aniv.. Med. E Chir.* 1876; 237:289.
6. Larry C. Gilstrap, F. Gary Cunningham, J. Peter VanDorsten *Operative obstetrics*. McGraw-Hill EUA, 2002;272:292
7. Davis, M E: Complete cesarean hysterectomy; logical advance in modern obstetric surgery. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 1951;62:838.
8. Stubblefield, P, Grimes, D, *Glob. Septic Abortion: Prevention and Management*. *libr. women's med.*, (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843 /GLOWM. 10438
9. Rock, JA.; Jones, H W. *Te Linde: Ginecología quirúrgica*, décima edición 2008. Editorial Lippincott Williams & Willkins. 824:834.
10. Foley M R.: *Cuidados Intensivos en Obstetricia*. Manual práctico. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1999; 32:49.

11. Clark SL, Yeh SY, Pelan JP, et al: Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1984; 64:376.
12. Cunningham, Williams H: *Obstetricia*. 22° Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2006; 499:502, 615:616, 637,724.
13. Béjar C J: *Histerectomía de emergencia durante la gestación, en el Instituto Materno Perinatal: Incidencia y Factores Asociados (Enero 1999 - Diciembre 2000)*, Instituto Materno Perinatal; Lima, 2001  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana, 2001.
14. Briceño C, Alaña F, Briceño L, Placenta percreta: *Rev Obstet Ginecol Venez* 2002;62(4):273-277
15. Ramírez L: *Cesárea histerectomía en el Hospital Almenara Irigoyen y Centro Medico Naval durante los años 1980 - 1992*. ME/WQ/430/R21. Biblioteca Facultad de Medicina San Fernando. UNMSM. Lima.
16. Meza M, Guarnizo E: *Cesárea histerectomía en la Obstetricia actual. Instituto Materno Perinatal (ex Maternidad de Lima) 1989 - 1993*. ME/WQ/430/M49. Biblioteca Facultad de Medicina San Fernando. UNMSM Lima.
17. Orderique L. Chumbe O.: *Cesárea histerectomía en el Hospital Maria auxiliadora. Ginecología y Obstetricia*. 1998; 44(1); 61:64.
18. Chang: *Histerectomías en obstetricia tesis Bachiller*. Universidad Mayor de San Marcos, Lima Perú. 1964.
19. Alcántara R: *Cesárea histerectomía. Obstetricia y ginecología* 1991 vol; 21:24.
20. Wang DF: *Analysis of hysterectomies in 118 obstetric cases*. Chung-Hua-Fu-Chan 1991. Vol 26. 221:251.

21. Rebollo A.F. Herrero. La cesárea histerectomía en la obstetricia actual  
Toko Gin Practica 1989. Vol 48; 587:589.
22. Espinoza Gonzáles A. Histerectomía obstétrica. Rev. Chilena Obst  
ginecol 1988 vol 53(6). 329:333.
23. Ahued- Ahued J. Cesárea histerectomía. Ginecol. Obstetricia Mex.  
1987 vol 55. 47:52.
24. Bergnan C. And col: Ten years experience with cesarean hysterectomy  
Am. J. Obstetric Gynec. 1991 vol 164. 107:109.
25. Ortuño O., Domingo y col.: Morbi-mortalidad materno fetal en la  
operación cesárea 1983 - 1986. Gac. Med. Boliv. 1988;12(2); 51:55.
26. Arana, J: Cesárea histerectomía total. Reporte de 100 casos  
consecutivos y revisión de la estadística mundial. Gine. Obst. Mex.  
1976; 40:419.
27. Ortega A. S. Y col.: Cesárea histerectomía. Rev. Boliv. Ginecol  
Obstetric 1982; 6 (2); 20:21.
28. Stanco, LM y col.: Emergency peripartum hysterectomy and associated  
risk factors. Am J Obstet Ginecol. 1993; 168 (3Pt. 1); 879:883.
29. Zelop ZM, y col. Emergency peripartum hysterectomy Am J Obstet  
Gynecol. 1993; 168 (5); 1443:1448.
30. Navia F. y col.: Histerectomía Obstétrica. Rev Chil Obstet Ginecol  
2000, 65 (5); 385:388.
31. Santibáñez A.: Técnica B-Lynch para el control de la hemorragia  
puerperal masiva: Reporte de seis casos en el Hospital San Bartolomé.  
Lima Peru. Gynaecia. Junio- Agosto Vol. 1 N° 1 25:26.

32. Schwarcz-Sala-Duverges. Obstetricia. Quinta Edición. Buenos Aires El Ateneo 1995. 607:608.
33. Zorlu G. et al: Emergency hysterectomy in modern obstetric practice. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77; 186:190.
34. O'Brien J. et al: The management of placenta percreta: Conservative and operative strategies Am J. Obstet Gynecol 1996. Vol 175 (6) 1632:1638.
35. Adel T. et al.: Emergency peripartum hysterectomy at the princess badea teaching hospital in north jordan. J Obstet Gynaecol. Res. 1999. Vol 25 (3) 193:195.
36. Grases y col: Acretismo placentario. Progresos de Obstetricia y ginecología 1998. Vol 41 (3). 173:177.
37. Hiroyuki Y. et al : Emergency postpartum hysterectomy in obstetric practice. J Obstet Gynaecol. Res 2000. Vol 26 (5) 341:345
38. Diaz Bolaños, J y col.: Histerectomías por complicación de la cesárea. Rev Obstet Ginecol Venezuela 1984; 44(2): 134:139.
39. Korejo, R. Y col: Obstetric hysterectomy five year experience. J Pak. Med. Assoc. 1995; 45,86:88.
40. Ortiz Roca, A Tesis Bachiller: Cesárea histerectomía en el Hospital General base Cayetano Heredia, 10 años de estudio retrospectivo 1984.
41. Gupta U. y col.: Emergency hysterectomy in obstetrics a review of five years. Asian-Oceania-J Gynecol- Obstetri. 1994;20 (1). 1:5.

42. World Health Organization, 2007 La mortalidad materna en 2005: las estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. Geneva, [http://www.who.int/reproductive health/publications/maternal\\_mortality\\_2005/index.html](http://www.who.int/reproductive_health/publications/maternal_mortality_2005/index.html)
43. Langer, A, (1994). "La mortalidad materna en México: La contribución de aborto inducido" en Ortiz, A. (ed.) Razones y pasiones en torno al aborto. México: Edomex/Population Council, Pp. 149-153.
44. Organización Mundial de la Salud, Programas y Proyectos, "Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente", Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna, artículo en línea (disponible en internet) [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/mdg/es/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/index.html) (acceso 21/11/11)
45. Objetivos de desarrollo del Milenio Informe 2008 NACIONES UNIDAS NUEVA YORK, 2008  
[http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2008/MDG\\_Report\\_2008\\_Es.pdf](http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2008/MDG_Report_2008_Es.pdf)

# ANEXOS



Hoja de Captura:

Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz"

Hoja de recolección de Datos para el trabajo de Tesis:

HISTERECTOMIA OBSTETRICA CORRELACIÓN DEL DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO CON EL RESULTADO ANATOMOPATOLOGICO EN EL HOSPITAL MATERNO PERINATAL "MÓNICA PRETELINI SÁENZ" EN SUS 2 AÑOS DE EXISTENCIA.

Que Presenta el MC Juan Antonio Morales Quiroz para obtención del Diploma de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Nombre \_\_\_\_\_ de  
Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ de  
Ingreso: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ de Realización \_\_\_\_\_ de Histerectomía  
Obstetrica: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años Origen: estatal ( ) No estatal ( ) Escolaridad: ( ) P S B L

Paridad: primi( ) Multi ( ) Atención Prenatal: sí( ) no ( )

Via de resolución: parto ( ) cesárea ( ) legrado ( )

Diagnostico  
prequirurgico: \_\_\_\_\_

—

Diagnostico  
Postquirúrgico: \_\_\_\_\_

Diagnostico

Histopatológico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—

Egreso de paciente: mejoría ( ) Defuncion ( )