

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**

**HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE.**

**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**



**TESIS**

**Para optar al título de  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Comportamiento epidemiológico de la operación histerectomía obstétrica  
en el hospital Alemán Nicaragüense, Managua, Enero 2013 - Diciembre  
2014.**

**Autora:** Dra. Tamauritania Belén Calderón Vallejos.

Residente de IV de Ginecoobstetricia.

**Tutora:** Dra. Alma Iris Ortiz Melendez.

Ginecoobstetra. HAN.

Managua, Marzo, 2015.

## **Dedicatoria**

A **Dios padre celestial, y María santísima** por brindarme sabiduría, fortaleza, protección, y el entendimiento que necesite durante mis estudios y poder superar las dificultades para concluir mi especialidad.

A mí querida **tía Rosa Calderón Mayorga (qepd)**, por brindarme su amor siempre.

A mis **sobrinos Rolando y María Rosa** por llenarme de cariño y ternura.

## **AGRADECIMIENTO**

A **Dios**, fuente de luz y sabiduría. Su amor incondicional me ha guiado por la vida intentando ser merecedor de su compasión infinita.

A la **Dra. Alma Iris Ortiz**, por haber sido mi tutora en este trabajo investigativo, su dedicación y esmero con las pacientes es un ejemplo a seguir. Su empeño por la docencia para con los residentes.

A mis Maestros **Dra. Martha Daria Villagra y Manuel Ruiz Tenorio** por su especial cariño, los cuales han compartido conmigo sus conocimientos, su ejemplo y dedicación son un modelo a seguir.

A mis **compañeros Residentes**, por todo su apoyo incondicional en los turnos para salir siempre adelante, ante cualquier obstáculo y adversidad.

Al personal de enfermería, técnicos, administrativos, etc. Todos ellos de una forma u otra contribuyeron a la culminación de mi preparación como médico especialista.

Al personal de estadística por brindarme su apoyo con los expedientes para realizar mi monografía.

A las pacientes del estudio, pieza fundamental del presente trabajo. Ellas son la razón de ser de nuestra especialidad.

## RESUMEN.

El objetivo de este estudio fue describir el comportamiento epidemiológico de la histerectomía obstétrica en hospital alemán nicaragüense, enero 2013 a diciembre 2014. El estudio fue de corte transversal Descriptivo retrospectivo. La población fueron todas las pacientes a las cuales se les realizó histerectomía en periodo de estudio.

La fuente de información fueron los expedientes clínicos. Se usó el software SPSS versión 18.0. Se solicitó permiso a la dirección del hospital para el acceso de los expedientes y de otras estadísticas. Además, se aseguró el anonimato y confidencialidad de la información.

La mayoría de pacientes tenían entre 20-34 años, urbanos, multigestas, embarazos a término y CPN insuficiente. Más del 50% tenían una cesárea anterior. La principal indicación de la histerectomía obstétrica en el presente estudio fueron la hemorragia postparto (atonía uterina) con el 56%, seguido de la Endometriometritis en un 20% y el acretismo placentario con un 13%. En cuanto a la vía de terminación del embarazo el 80% fueron cesáreas, y 20% partos vaginales. De las cuales el 51% fueron cesáreas de emergencias.

El 93.2 % de las pacientes fueron remitidas a un servicio de cuidados intensivos y 2 de las pacientes fallecieron por diversas causas en su estancia. En 28,8 % se presentaron complicaciones post histerectomía de las cuales la más frecuente fue la anemia, y el shock. y un 76,3% de las pacientes requirió transfusión de glóbulos rojos.

Se recomienda Insistir en la captación precoz al control prenatal, disminuir el índice de cesárea a nivel hospitalario, y promover la aplicación de protocolos de manejo de hemorragia post parto, orientados al manejo conservador, tales como ligadura de las hipogástricas, sutura de B-Lynch y embolización arterial selectiva.

**Palabras claves:** *histerectomía obstétrica, indicaciones, complicaciones.*

## **Opinión del tutor.**

En nuestro medio la histerectomía de urgencia por causas obstétricas ha sido objeto de atención priorizada, por su repercusión sobre la morbimortalidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida. Sin embargo desconocemos en nuestro medio la verdadera incidencia de histerectomías obstétricas.

Con este estudio que realizó la Dra Tamauritania Calderón se pretende dar a conocer en nuestro medio la incidencia de la histerectomía obstétrica y su comportamiento epidemiológico, sus indicaciones y complicaciones inmediatas.

Es de suma importancia para el país y para las autoridades del ministerio de salud conocer el comportamiento de la histerectomía obstétrica, siendo esta una medida salvadora cuando el obstetra se enfrenta a una hemorragia postparto, siendo esta la principal causa de muerte materna en Nicaragua.

Además los resultados reportados serán una pauta para otras investigaciones y valorar la posibilidad del adiestramiento de las medidas conservadoras.

## INDICE

Dedicatoria

Agradecimientos

Resumen

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS	10
MARCO TEÓRICO	11
DISEÑO METODOLÓGICO	27
RESULTADOS	32
DISCUSION	34
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS	39
ANEXOS	41

- Ficha de recolección de datos
- Cuadros y gráficos.

## INTRODUCCIÓN

Se denomina histerectomía obstétrica a la resección parcial o total del útero, realizada generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por complicación de una enfermedad preexistente.(1-3)

La histerectomía obstétrica es uno de los procedimientos quirúrgicos que ha producido más controversias, desde su aparición hasta nuestros días. Generalmente es utilizada como último recurso para resolver situaciones o complicaciones obstétricas, en caso que otras medidas han fallado.(1-3)

Con el advenimiento de nuevas tecnologías y con el avance científico técnico en el campo de la Medicina, la histerectomía obstétrica ha ido disminuyendo en frecuencia como simultáneamente han mejorado sus resultados.(4-6)

A nivel internacional, en Europa la incidencia reportada en la actualidad por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0,1 y 0,9 %. En EUA varía entre 0.13 y 0.15%, en Shangai 0.54%, en Taiwán 0.36% y en México 1.72%.(7-11)

En nuestro medio la histerectomía de urgencia por causas obstétricas ha sido objeto de atención priorizada, por su repercusión sobre la morbimortalidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida. Sin embargo desconocemos en nuestro medio la verdadera incidencia de histerectomías obstétricas, desconocemos realmente la magnitud de las complicaciones y los determinantes de las complicaciones y secuelas.

La hemorragia obstétrica y sus complicaciones son la primera causa de mortalidad materna en Nicaragua, Si se quiere reducir ésta, es fundamental instaurar medidas para lograr que todos los hospitales en que se atienden partos cuenten con la infraestructura y los recursos acordes con la gravedad de la situación y que

dispongan del personal calificado. Para ello, es necesario, como primer paso, el identificar los factores de riesgo y la incidencia de este evento en nuestros hospitales, así como el poder establecer la mejor técnica y manejo de las Complicaciones.

La histerectomía obstétrica es el procedimiento que potencialmente busca preservar la vida de una mujer, y la hemorragia postparto es la causa directa para su realización.

La histerectomía obstétrica es usualmente efectuada como el último recurso en el manejo de una hemorragia obstétrica masiva. La mayoría de las muertes maternas ocurren dentro de las 24 horas posteriores al parto, siendo la causa más frecuente el sangrado excesivo. El sangrado grave o hemorragia es la principal causa de muerte materna en todo el mundo; al menos una cuarta parte de todas las muertes maternas se deben a hemorragias.

El propósito general de este estudio es conocer la frecuencia de este procedimiento quirúrgico, características obstétricas, indicaciones y complicaciones asociadas, especialmente en situaciones de urgencia en las pacientes atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense.

## **ANTECEDENTES**

### **Estudios en Latino América**

Fuentes y Henríquez Publicaron en el 2005 un estudio descriptivo retrospectivo que tuvo por objetivo caracterizar los casos de histerectomía puerperal presentados entre Mayo de 1989 a diciembre del 2002 en el hospital general docente "Julio Trigo López" de la Habana Cuba. Los autores identificaron 99 casos durante el período de estudio, estimando una incidencia acumulativa de 21,8 por 100 000 nacimientos. Se encontró que la cesárea se destaca como proceder de riesgo en el 55,7 % de los casos.

Las causas fundamentales que llevaron a estas pacientes a la histerectomía fue la atonía en un 28,2 % de los casos, seguida por la infección en un 25,2. Sólo el 25,2 % de las pacientes histerectomizadas presentaron alguna complicación en el posoperatorio. La tasa de mortalidad materna por histerectomía puerperal fue muy baja en este período de estudio, para el 1,1 por cada 10 000 nacimientos.(12)

Castro y Soria publicaron en el 2006 un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal que tuvo por objetivo determinar las principales indicaciones, complicaciones y factores asociados de la Histerectomía posparto en el hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor" de Guayaquil Ecuador, entre el 2003 y el 2004. El Universo lo constituyen 176 pacientes a quienes se les realizó histerectomía Posparto. Del Universo se tomó una muestra de forma aleatorizada de 89 pacientes tomando como referencia 5% de error y una confiabilidad de 95%.

Las principales indicaciones fueron el acretismo placentario (26%), y la atonía uterina (14%). La complicación más frecuente fue la anemia (25%) seguida de hemorragia (23%). Los factores asociados más importantes fueron edad materna avanzada, la operación cesárea como vía de finalización del embarazo. Los

autores concluyeron que en la actualidad la histerectomía posparto se realiza como el último esfuerzo quirúrgico para detener una hemorragia incoercible.

Pérez y colaboradores publicaron en el 2008 llevaron a cabo un estudio en México de tipo observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo con relación a las histerectomías obstétricas que se realizaron en el Hospital General «Ignacio Zaragoza» y el Hospital Ángeles México, durante el periodo de enero de 2005 a diciembre de 2006. El objetivo principal fue el identificar las diferencias en el manejo y la incidencia relacionada con la histerectomía obstétrica en ambos hospitales.

Otros datos considerados fueron: Indicaciones y tipos de histerectomía, complicaciones y días de estancia hospitalaria, así como ciertas características maternas tales como edad, paridad e historia obstétrica. Se realizaron 19 histerectomías obstétricas totales y seis subtotales que corresponden al 76 y 24%, respectivamente. Entre los resultados obtenidos, se observa que la atonía uterina fue la indicación más común (44%), seguida de placenta acreta (28%).(14)

Reveles y colaboradores publicaron en el 2008 una investigación que tuvo por objetivo identificar la incidencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en una población de alto riesgo en México. Los autores llevaron a cabo un estudio transversal, retrospectivo, investigando casos ocurridos entre el 1 de julio del 2004 y 30 junio del 2006, en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS. Entre los principales resultados los autores estimaron una incidencia de histerectomía obstétrica de ocho casos por cada mil consultas obstétricas.

El promedio de edad de las pacientes fue de  $31.1 \pm 5.1$  años. El 72.8% tenía antecedentes de cesárea. La principal indicación fue placenta previa vinculada con acretismo placentario (33%), seguida de hipotonía uterina (22.3%).

Las complicaciones fueron: choque hipovolémico (56.3%) y lesión vesical (5.8%). No hubo muertes maternas. Los autores concluyeron que el antecedente de cesárea induce mayor incidencia de histerectomía obstétrica en mujeres con embarazo de alto

riesgo, ya que se relaciona con trastornos en la placentación, como la placenta previa, que incrementa la posibilidad de hemorragia y, por ende, la morbilidad y mortalidad maternas.(15)

Suárez y colaboradores publicaron en el 2011 un estudio descriptivo de corte transversal, en el que estimaron la incidencia y exploraron las características clínicas y obstétricas de casos de gestantes en los que se realizó histerectomía obstétrica entre enero del 2007 y diciembre del 2009, en el Hospital Ginecobstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara, Villa Clara Cuba. Se revisaron los expedientes de 71 pacientes. Los autores detectaron que se realizó una histerectomía obstétrica cada 463 partos.

El promedio de edad de las pacientes fue de 33,8 + 6,78 años. El 78,6 % tenía antecedentes de cesárea. Predominó la histerectomía total abdominal en el 63,3 % de la muestra y en 27 pacientes se realizaron ligaduras de las arterias hipogástricas, 38 %. Se requirió el ingreso en la terapia intensiva en un 69 % de las pacientes histerectomizadas. No se reportaron muertes maternas vinculadas con las histerectomías obstétricas en estos tres años en la provincia.

Los autores concluyeron que la histerectomía obstétrica es una opción terapéutica asociada a la morbilidad obstétrica extremadamente grave, donde el accionar oportuno, con dominio técnico y cumpliendo las indicaciones pertinentes se convierte en una herramienta que garantiza la vida de muchas pacientes en momentos críticos.(11)

Nodarse y colaboradores publicaron en el 2013 un estudio descriptivo retrospectivo cuyo propósito fue caracterizar los casos de histerectomía obstétrica postparto, en gestantes atendidas en el Servicio de Partos del Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro", entre el 1ro. de enero de 2009 y 31 de diciembre de 2010. Los autores estudiaron 19 casos ocurridos en el período de estudio.

El mioma uterino se observó en el 26,3 % de los casos; el 31,6 % fueron nulíparas; hubo predominio de pacientes con cesárea primitiva en un 42,1 %; el 66,7 % de los casos de histerectomía fue debido a atonía uterina y fue necesario el uso de prostaglandinas en el 31,6 % de los casos. Los autores concluyeron que las complicaciones relacionadas con la cesárea y la atonía uterina siguen constituyendo las causas fundamentales de indicación de la histerectomía obstétrica.(10)

Casas-Peña y colaboradores publicaron en el 2013 un estudio que tuvo por objetivo determinar la frecuencia, las indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica (HO) en pacientes a quienes se les realizó histerectomía por indicación obstétrica, desde el 1 de enero de 2006 y el 31 de mayo de 2010 en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia, institución de tercer nivel de atención que recibe población de los regímenes vinculado, subsidiado y contributivo del departamento del Cauca y el suroccidente colombiano.

Durante el período de estudio se realizaron un total de 49 histerectomías obstétricas. En el mismo periodo 8.167 pacientes tuvieron recién nacido vivo. La incidencia de la histerectomía obstétrica fue de 5,9 por 1000 nacidos vivos. Las indicaciones más frecuentes fueron atonía uterina (43,37%) y anomalías de la inserción placentaria (18,24%). Hubo una alta tasa de mortalidad perinatal (32,6%). La complicación más frecuente fue la anemia en un 76,3% de las pacientes; no hubo mortalidad materna asociada. Los autores concluyeron que la principal indicación de Histerectomía obstétrica fue la atonía uterina seguida de

anormalidades de la inserción placentaria, ruptura uterina, miometritis, abrupcio placentae y aborto séptico. La Histerectomía obstétrica representa una opción de manejo oportuna y segura para la hemorragia posparto que no ha respondido a los tratamientos farmacológico y quirúrgico convencionales.(16)

## JUSTIFICACIÓN

Ciento cincuenta millones de mujeres quedan embarazadas al año en los países en desarrollo y de estas, 585 mil mueren por causas vinculadas al embarazo, parto y el puerperio. Esta situación se manifiesta a nivel mundial en una muerte cada minuto, una cada 20 en América Latina y el Caribe y en Nicaragua una cada dos días.

La toma de conciencia de que una muerte materna afecta directamente la estabilidad familiar y la de los miembros de la comunidad, constituye un problema de salud, de consecuencias negativas por lo cual la OMS ha desarrollado una serie de actividades encaminadas a disminuir las tasas de mortalidad materna a escala mundial.<sup>13</sup>

La hemorragia obstétrica constituye una de las causas de muerte materna y dentro de ella, la hemorragia posparto es la más relevante.<sup>(9, 11)</sup>

Al fallar el tratamiento médico ante una hemorragia obstétrica, se indica el tratamiento quirúrgico, y dentro de éste la histerectomía obstétrica. Este procedimiento está asociado a un incremento de la morbimortalidad materna pero indicada de forma correcta y oportuna, y realizada por manos hábiles y expertas, apoyadas en el uso de sangre, hemoderivados y potentes antimicrobianos, se logra disminuir notablemente la mortalidad materna.

Esta operación, aunque afecta posteriormente la capacidad reproductiva y puede provocar otras secuelas, constituye un arma de gran valor para el obstetra cuando es necesario realizarla ante una emergencia como medida salvadora. En nuestro medio no escapamos de esta problemática, por lo que es de vital importancia contar con información confiable sobre el comportamiento epidemiológico relacionado con este procedimiento, su frecuencia, sus indicaciones y complicaciones.

La información generada por este estudio será de gran utilidad para el personal médico y los servicios de gineco-obstetricia en nuestros hospitales, ya que la histerectomía obstétrica es una cirugía habitualmente urgente y de riesgo vital que pone a prueba las habilidades del equipo quirúrgico a cargo de la resolución de esta grave complicación. Siendo además que la histerectomía obstétrica es un evento que busca preservar la vida de la mujer.

Con el firme propósito de que los resultados de este esfuerzo investigativo permitirá replantear, definir y actuar no solamente a nivel local sino a nivel nacional en esta problemática de la salud.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál fue el comportamiento epidemiológico de la operación histerectomía obstétrica en el hospital Alemán Nicaragüense, de la ciudad de Managua, Enero 2013 a Diciembre 2014?

## **Objetivos.**

### **Objetivo general**

Conocer cuál fue el comportamiento epidemiológico de la operación histerectomía obstétrica en el hospital Alemán Nicaragüense, Managua. Enero 2013 a Diciembre 2014.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas y Gineco – obstétricas de las pacientes.
2. Identificar factores maternos asociados a la histerectomía obstétrica.
3. Determinar cuáles fueron las indicaciones y complicaciones inmediatas de histerectomía obstétrica en las pacientes en estudio.
4. Estimar la incidencia de histerectomía obstétrica, en el período en estudio.

## MARCO TEÓRICO

### 1. Generalidades

Clásicamente la exéresis 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/a sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano y de urgencia. La histerectomía obstétrica, considerada desde hace un tiempo como única alternativa terapéutica en el manejo de patologías hemorrágicas y/o sépticas con el fin de salvar la vida de la paciente, está siendo cada vez más infrecuente por el desarrollo de procedimientos quirúrgicos, mejores condiciones de asepsia, mayor disponibilidad de antibióticos y optimización del uso de sangre y hemoderivados. (9, 11)

La histerectomía obstétrica se inicia originalmente en 1768 cuando Joseph Covallini 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. La primera cesárea-histerectomía con éxito fue la que realizó Eduardo Porro en Italia en una enana primípara que por curiosa coincidencia se apellidaba Covallini desde entonces la cesárea-histerectomía se llama operación de Porro.(9, 11)

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"

### 2. Causas (indicaciones) de histerectomía obstétrica

Esta sección es una adaptación de las siguientes referencias: (11, 13, 16-18)

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

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.

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; desgarro de los vasos uterinos principales, grandes miomas y la displasia cervical severa o el carcinoma in situ de cervix. En la enfermedad del trofoblasto puede recurrirse a la histerectomía como tratamiento, especialmente en mujeres que han concluido con su paridad.

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. 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 mas 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 180000 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.

La que se realiza durante la cesárea es conocida como operación de Porro y consiste en practicar una cesárea seguida de histerectomía total o subtotal. La histerectomía obstétrica es una intervención que se realiza, en la mayoría de los casos, de emergencia con el fin de solucionar una complicación obstétrica.

La hemorragia obstétrica es el resultado de uno o de una combinación de cuatro procesos básicos: atonía uterina, retención de restos placentarios, traumatismo del tracto vaginal o anomalías de la coagulación, aunque este último proceso es raramente la causa primaria.

Si bien las intervenciones específicas se realizaran en función de la causa subyacente de la hemorragia, varios pasos básicos son esenciales en el manejo inicial y continuo de cualquier paciente con complicaciones hemorrágicas obstétricas.

Bonnar describe un plan de manejo de cinco pasos para hemorragia masiva obstétrica:

1. Organización de un equipo multidisciplinario.
2. Restauración del volumen sanguíneo a través de un acceso venoso de gran calibre utilizando líquidos y sangre.
3. Corrección de los defectos de la coagulación con productos sanguíneos y factores de coagulación.
4. Evaluación de la respuesta hemodinámica al tratamiento y evaluación de laboratorio.
5. Reparación de la causa subyacente de la hemorragia.

El tratamiento médico comprende 2 categorías principales:

Medicamentos que provocan contracción uterina.

Medicamentos que promueven la coagulación.

El tratamiento de primera línea ante la hemorragia secundaria a atonía uterina es administración de uterotónicos como: Oxitocina intravenosa de 10 a 40 unidades en solución de Ringer lactato a goteo rápido o 10 unidades intramusculares.

Con dosis de mantenimiento, si hay buena respuesta de 10 a 20 unidades en 1000 cc de solución cristaloides para 6 hrs.

Alcaloides del cornezuelo de centeno (metilergonovina).

La vía intramuscular es la vía de elección con dosis de hasta 0.2 mg Este medicamento está contraindicado en pacientes con enfermedades hipertensivas.

**Prostaglandinas.**

La prostaglandina F2a 15- metilada es un análogo del carboprostol es un potente uterotónico que tiene acción prolongada. Puede ser administrada en una dosis de 250 microgramos por vía intravenosa, intramuscular o se inyecta directamente al miometrio La dosis puede repetirse cada 15 a 20 minutos hasta un total de 2 mg.

El misoprostol es una prostaglandina relativamente nueva y cara, análoga de la prostaglandina E1 es usado como un medicamento para la maduración cervical en la inducción del parto, además de ser un potente uterotónico. A una dosis de 400 microgramos hasta 1 miligramo.

La administración de hemoderivados puede salvar la vida sin embargo no es inocua. Debe ser administrada solamente para determinados casos.

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

La terapia quirúrgica puede dividirse en 4 grupos:

1. Los que disminuyen el suministro de sangre al útero.
2. La que extirpa a el útero
3. La encaminada a causar contracción uterina o compresión del mismo.
4. El taponamiento de la cavidad uterina.

## **LIGADURA BILATERAL DE ARTERIAS HIPOGÁSTRICAS.**

La ligadura de la arteria iliaca interna (hipogástrica) se debe realizar solo por un cirujano experimentado que familiarizado con la anatomía de la pelvis y lo más importante, con el trayecto retroperitoneal de los uréteres.

Este procedimiento es eficaz en tal vez dos tercios de los casos en mujeres que desean mantener su fertilidad; si este procedimiento falla, es importante proceder a la histerectomía.

Puede realizarse una incisión en peritoneo posterior, el cual se disecciona con cuidado y se identifica la ramificación de la arteria iliaca común en sus ramas internas y externas.

La arteria iliaca interna se toma con una pinza de Allis y se tracciona suavemente. A continuación, se debe utilizar un instrumento de punta roma, como una pinza Mixer para evitar lesionar los vasos, especialmente la vena iliaca interna.

La punta de la pinza debe ser pasada en dirección medial a lateral para reducir aun mas una lesión vascular, posteriormente se pasa una seda libre del 1 por debajo de la arteria de 2 a 3 cm distal a la bifurcación, poniéndose una segunda ligadura con el mismo material; la sutura se anuda, pero no se corta.

Es preferible ligar la división anterior porque la ligadura puede disminuir la cantidad de flujo colateral. Tiene un índice de éxito del 45 al 55%.

### **Técnica de sutura de B-Lynch.**

El primer punto se coloca a unos 3cm por debajo del borde de la histerotomía y a 3cm del borde lateral uterino, saliendo a 3cm por arriba de la histerotomía y a 4cm del borde uterino. Descrita originalmente su realización en 2 tiempos, dado el tamaño de la aguja, es posible en algunos casos hacerlo en un tiempo. Se lleva la sutura en sentido ascendente y se coloca el punto posterior que penetra en cavidad y que se da al mismo nivel que la histerotomía, a unos 4cm a cada lado del borde uterino, donde empieza el ligamento ancho.

La sutura que debe quedar a cierta tensión comprimiendo el útero, se deja a unos 4cm del cuerno uterino para evitar un posible deslizamiento lateral de la misma.

Finalmente, se procede a la colocación del punto nuevamente sobre el segmento uterino, de manera similar al realizado en el lado contralateral, a 3cm por arriba del borde de la histerotomía y a 4cm del borde lateral uterino.

Se intenta guardar una simetría en la colocación de la sutura para poder así ejercer una presión uniforme sobre el útero.

Este hilo de sutura debe quedar también a tensión y a 4cm del otro cuerno uterino. Obtendremos así la compresión uniforme deseada.

Una vez completado el procedimiento, se puede optar por el anudado de la sutura o el cierre previo de la histerotomía. Aquí, se decide iniciar el cierre de la histerotomía antes, con una sutura continua cruzada previamente a la compresión final y al anudado de la sutura de B-Lynch. Con la ayuda de una compresión manual se traccionan ambos cabos, ejerciendo una compresión uniforme.

## **HISTERECTOMÍA (OBSTÉTRICA).**

Se realiza histerectomía Extra facial con técnica de Richardson modificada Puede ser una histerectomía total o subtotal según sea el caso. Ya que los cambios vasculares del embarazo demanda una modificación de la técnica, el flujo de sangre del útero es enorme y los errores menos aceptables. La cirugía puede llevar a una situación peligrosa para la vida en una histerectomía obstétrica.

La tasa de morbilidad materna por histerectomía obstétrica oscila entre 0 y 45%, algunas de estas complicaciones son hemorragia postoperatoria, laceraciones vesicales, hematoma del ligamento ancho, lesión ureteral, fistula vesico-vaginales, recto-vaginales y eventos tromboembólicos.

La mortalidad se correlaciona mejor con las complicaciones específicas que con la histerectomía propiamente dicha y oscila entre 0.78%.

Este procedimiento no planeado se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, como única alternativa terapéutica en el manejo de la hemorragia y la sepsis, después de grandes esfuerzos conservadores e inútiles.

Modificada su frecuencia por las medidas de prevención en el seguimiento de los casos de riesgo, seguirá siendo utilizada en futuras generaciones, en el manejo sobre todo de la hemorragia postparto.<sup>1,2</sup>

Entre los factores de riesgo que con mayor frecuencia han sido identificados están los antecedentes de cesárea (aumenta 10 a 12 veces su probabilidad), edad mayor de 35 años, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y antecedentes de hemorragia en el parto anterior con un riesgo relativo de 9,3.<sup>3-5</sup>

Si bien desconocemos la real incidencia, varios autores han comunicado índices de 0,6 hasta 6,2 por mil partos, en diversos estudios realizados en el mundo.<sup>3-9</sup>

Las principales causas de histerectomías obstétricas reportadas son: ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa con una incidencia calculada de 12 %, placenta acreta con 4,1 %, placenta previa 0,5 %, abrupto placentario 23,5 %, atonía uterina 23,5 %.<sup>3-6</sup> El embarazo ectópico cornual o intersticial que constituye el 3 % de todas las gestaciones ectópicas es otra de las causas, aunque menos frecuente, al igual que el ectópico cervical, una forma rara con una incidencia de 1 en 180000 embarazos, pero que parece ir en aumento.<sup>7-11</sup>

Para las pacientes sin paridad completa el uso no tan reciente de las prostaglandinas y el masaje uterino propuesto por la OMS, han demostrando su efectividad,<sup>2,3,5</sup> reduciendo drásticamente la histerectomía por hemorragia, sin tener que llegar a las conductas quirúrgicas mutilantes. Ligaduras vasculares

(hipogástricas, uterinas), sutura de B-Lynch y embolización arterial selectiva, son utilizadas, como medidas alternativas para preservar la integridad uterina.

Si bien la histerectomía de emergencia no tiene comentarios, la que se practica en ausencia de emergencia y la electiva son muy controversiales. La ventaja es que se puede solucionar un problema ginecológico con una sola intervención, un sólo riesgo y a un costo discretamente mayor.

La desventaja es el tiempo quirúrgico más largo, una morbilidad mayor y el Requerir un mejor entrenamiento quirúrgico.

### **Técnica quirúrgica**

La técnica es la de la cesárea convencional, seguida de una histerectomía con la técnica que sea más familiar para el cirujano. Suele ser una intervención técnicamente difícil de realizar por la gran vascularización, el edema de las estructuras y los cambios anatómicos del útero grávido y de sus estructuras de sostén.

También puede suceder que no se realice la identificación del límite entre el cuerpo y el cuello uterino por la alteración anatómica, lo que puede impedir la extracción total del útero.

La hemostasia debe ser cuidadosa y se deben emplear, por lo menos, dos suturas por cada vaso principal.

La manipulación de las estructuras debe ser cuidadosa porque el tejido suele estar friable y son frecuentes las lesiones de los paquetes varicosos y de la vejiga.

Antes de cerrar el abdomen se debe hacer un control final de la hemostasia; si el sangrado es en capa, se dejan materiales antihemorrágicos y el drenaje de la cavidad debe ser realizado con drenes activos.

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

Se puede dividir de acuerdo a la magnitud de la cirugía teniendo en cuenta la porción del útero o elementos que se extirpan, se puede clasificar.

TOTAL: extirpación de todo el útero. Útero y cuerpo con o sin anexo (trompa – ovario) histerectomía total con salpingo-forectomía), derecha o izquierda, bilateral.

SUBTOTAL: amputación del útero a nivel del cuello, después de ligar las arterias uterinas. Realizando la amputación por debajo del orificio cervical interno. En forma rápida cuando se encuentran en dificultades operatorias o cuando el anestesiólogo informa del estado crítico de la paciente.

AMPLIADA: extirpación quirúrgica del útero más el tercio superior de la vagina indicada en el Ca. In situ carcinoma intraepitelial estadio 0 preinvasor.

RADICAL: extirpación del útero la técnica más utilizada es la de WERTHEIM. Histerectomía total + salpingo-forectomía bilateral (anexos), + linfadenectomía (vaciamiento ganglionar y linfático) pélvica y retroperitoneal + omentectomía (extirpación epiplón) + apendicetomía (extirpación de la apéndice cecal).

Existen dos técnicas para realizar una histerectomía abdominal y son:

LA TÉCNICA EXTRAFACIAL: Es la elección para extraer el útero. Cuando en el procedimiento quirúrgico se realiza por displasia grave o extensa, carcinoma in situ o carcinoma microinvasivo del cérvix o carcinoma de endometrio.

Los motivos para seleccionar este procedimiento son:

1. Facilitar técnicamente la extracción del 1/3 superior de la vagina. (histerectomía ampliada), donde puede aparecer enfermedad persistente o recurrente.
2. Asegurar la extracción de la red lacunar subserosa de linfáticos que rodean todo el cérvix y drena el endocervix.

LA TÉCNICA INTRAFACIAL (SUBFACIAL). Es la extracción total del útero, debido a enfermedad benigna. Este método resulta técnicamente simple y está diseñado para proporcionar una protección máxima contra la lesión de los uréteres, vejiga y recto; se consigue una cúpula vaginal elástica y bien sostenida y una longitud sin afectación, con un traumatismo mínimo a las estructuras que se hallan por encima de la cúpula vaginal y su aporte sanguíneo.

EQUIPO: laparotomía, cirugía mayor.

ACCESORIOS: pinzas uterinas de heany

Rollos abdominales (si son usados en la institución)

Tirabuzón (en caso que este muy grande el útero)

Caucho de sección.

Electro bisturí.

Portalámparas

Compresas

Mecha vaginal

SUTURAS: catgut cromado 1 o vicryl 1 con aguja ct1. Para ligar los ligamentos, Pedículos uterinos, Angulo cúpula vaginal. Fascia o aponeurosis Seda 0 ligadura #0 para el pedículo uterino, ligar a lado del útero Prolene 2/0 ks para piel.  
Hoja de bisturí # 20

## TÉCNICA QUIRURGICA

### EXTRAFACIAL

- Bajo anestesia general.
- Asepsia y antisepsia. Colocación de sonda vesical
- Colocación de campos (se describió en la cesárea).
- Incisión mediana infraumbilical o planestil.

### PLANOS DE UNA INCISIÓN INFRAUMBILICAL

- Piel: bisturí # 4 hoja 20.
- Tejido celular subcutáneo (TCS), hemostasia con Kelly o electro bisturí.
- Fascia de los rectos anteriores: ojal con bisturí, se toman los bordes con pinzas allis, y se continúa con tijera de metzenbaum o con electro. Se incide la vaina anterior de los rectos, se divulsiona quedando expuesta la vaina posterior. Se debe pasar los separadores de farabeuf para mayor exposición y visualización.
- Con Kelly se levanta la vaina posterior de los rectos y el peritoneo parietal, ojal con bisturí, se continúa con tijera de metzenbaum, algunos antes de cortar con pinzas Rochester toman los bordes y continúan con tijera, en este momento se encuentra abierta la cavidad abdominal.

- Se expone el campo operatorio colocando compresas húmedas, separador abdominal con su valva, rollos abdominales (si la institución los utiliza o con dos compresas unidas para rechazar las asas las asas intestinales), se coloca la paciente en TREN DE LEMBURG.
- INSICIÓN DE PFANNESTIEDL:  
Es una incisión transversa, disimula la cicatriz porque sigue el surco hipogástrico (estética). Hay mayor morbilidad debido a que tiene una zona cruenta más amplia.

#### PLANOS:

- piel bisturí #4 hoja 20
- T.C.S. hemostasia con electro bisturí si es necesario con Kelly corta.
- Fascia: ojal con bisturí en sentido transverso se toman los bordes con pinzas allis. Dos arriba en el colgajo superior, se continúa con electro o tijera de metzenbaum, se cambian las pinzas de allis para el colgajo o borde inferior y se continúa con electro o metzenbaum.
- se divulsiona los músculos recto anterior para exponer el peritoneo parietal.
- 
- El peritoneo parietal se pinza con Kelly corta, se hace un ojal con bisturí los bordes se pinza con Rochester y se continua la incisión con tijera de metzenbaum o algunos no colocan las pinzas de Rochester solo las pinzas de Kelly y continua abriendo con la tijera de metzenbaum recuerde que se abre en sentido longitudinal.
- Una vez abierta la cavidad abdominal se procede a exponer el campo operatorio algunos colocan el separador abdominal si es el caso o con la valva del separador un deaver, se coloca compresas para proteger las paredes laterales, rollo abdominal (si la institución lo utiliza). Posición de TREN DE LEMBURG.
- Colocación de pinzas de Rochester en los cuernos uterinos

- Doble pinzamiento con pinza de Rochester sección (tijera de metzenbaum) ligadura con (cromado 1 o vicryl 1 con aguja ct1). Reparo de un extremo de la sutura con pinza Kelly corta del LIGAMENTO REDONDO (este ligamento mantiene unido al útero a la pared lateral de la pelvis)
- Se abre el LIGAMENTO ANCHO se visualiza y rechaza el uréter.
- En caso que se deban extirpar la trompa y el ovario se hace un ojal en la parte avascular del ligamento ancho; se hace triple pinzamiento con Rochester sección (tijera de metzenbaum) y liga (con cromado 1 o vicryl 1) cuando se hace con anexectomía el ligamento INFUNDIBULOPELVICO.
- (Vasos ováricos arteria y vena)
  
- Cuando se hace sin anexectomía se pinza (Rochester triple) sección (tijera metzenbaum) y liga (con cromado 1 o vicryl 1) el paquete formado por el ligamento útero ovárico, la trompa y parte del ligamento ancho.
- Se abre la hoja anterior del peritoneo visceral a nivel del surco vesico-uterino con tijera de metzenbaum y disección sin garra larga o rusa , se rechaza la vejiga hacia abajo hasta alcanzar la pared vaginal anterior con torunda y compresa húmeda doblada en 4
- 
  
- Se incide la hoja posterior del peritoneo visceral, con pinza disección rusa o disección sin garra larga y tijera de metzenbaum a nivel del istmo uterino rechazando el recto.
- Pinzamiento (pinza uterinas) sección (tijeras de metzenbaum) ligadura (cromado 1 o vicryl 1) y reparo (Kelly corta) de los LIIGAMENTOS UTEROSACROS.
- Pinzamientos triple (2 pinzas uterinas, 1 Rochester) sección (tijera de metzenbaum) ligadura (cromado 1 o vicryl 1) de los PEDÍCULOS UTERINOS estos nunca se reparan. Algunos cirujanos utilizan seda 0.
- Pinzamiento (uterinas) sección (tijera metzenbaum) ligamento (cromado 1 vicryl 1) y repara (Kelly corta) de los LIGAMENTOS CARDINALES.

- pinzamiento (p. uterinas) sección (tijera metzenbaum) ligadura (cromado 1 o vicryl 1) y reparo (Kelly corta) de los ángulos de la cúpula vaginal o al nivel conveniente 1/3 superior de Vagina en histerectomía abdominal ampliada. Exeresis de la pieza. Los bordes de la cúpula se pinzan con allis, tantas como sean necesaria.
- Hemostasia de los bordes de la cúpula vaginal con cromado 1 o vicryl 1 en sutura continua o con puntos en X con cromado 1 o vicryl 1.
- Revisa la hemostasia de la zona cruenta. Puntos de transfixión con cromado 2/0 o 0 o vicryl 0.
- Suspensión de la cúpula vaginal, utilizado los ligamentos antes reparados (redondos, uterosacros, cardinales). Se aplican a la cúpula ya sea con transfixión usando la aguja que se deja de las suturas y se anudan entre si.
- Peritonización de la zona con cromado 0 o 2/0 vicryl. Se une las dos hojas del peritoneo visceral.
- Se retiran los rollos. El separador si se coloco se hace el recuento de compresas y se procede al cierre de la cavidad.

#### INTRAFACIAL (SUBFACIAL)

- bajo anestesia general o regional.
- Asepsia y antisepsia
- Colocación de la sonda vesical (Foley).
- Colocación de campos.
- Conteo de compresas.
- Incisión mediana o planestil.
- Abordaje de la cavidad abdominal.
- Exploración de la cavidad y exposición del campo operatorio.
- Pinzamiento doble (Rochester) sección (tijera de metzenbaum) ligadura cromado 1 o vicryl 1, reparo con Kelly corta de los LIGAMENTOS REDONDOS.

- Se abre el ligamento ancho, se visualiza el uréter y se rechaza hacia abajo.
- Se hace un ojal en la parte avascular del LIGAMENTO ANCHO, pinzamiento triple (Rochester) sección (tijera metzenbaum) ligadura cromado 1 o vicryl 1. Ligamento infundíbulopélvico (cuando se hace anexectomía).
- Cuando no se extrae los anexos, se hace pinzamiento triple (Rochester) sección (tijera de metzenbaum). ligadura cromado 1 o vicryl 1, del paquete formado por la trompa. El ligamento ureterovárico, y parte del ligamento ancho.
- Se abre la hoja anterior del peritoneo visceral con pinza rusa y tijera metzenbaum a nivel del surco vesicouterino.
- Se rechaza la vejiga hacia abajo con torunda y compresa húmeda.
- Pinzamiento triple (dos pinzas uterinas, 1 Rochester) sección (tijera de metzenbaum) ligadura cromado 1 o vicryl 1 del pedículo uterino, aproximadamente a 1.5 cms por encima de la cúpula vaginal.

El peritoneo y la porción de la fascia paracervical que envuelve el cérvix y que se extiende entre los dos vasos uterinos ligados justo por encima de los extremos proximales de los ligamentos uterosacros, se incide superficialmente con tijera de metzenbaum y se va pinzando con pinza de allis.

- El manguito fascial cortado se separa de la pared posterior del cérvix con tijeras. Los extremos proximales de los ligamentos uterosacros no se cortan ni se ligan solo se desplazan hacia atrás.
- La fascia paracervical anterior se incide al mismo nivel de la fascia posterior. También se toman con pinzas de allis y se retrae mientras se hace la disección de la fascia de la superficie cervical.

- Se continúa liberando el cuello uterino de la cúpula vaginal. Los ligamentos cardinales tampoco se cortan, ni se ligan estos se desplazan junto con la fascia paracervical. Algunos cirujanos hacen puntos separados con cromado o vicryl 1.
- Se revisa la hemostasia. No se hace suspensión de la cúpula puesto que los ligamentos cardinales y uterosacros no se cortaron.
- Peritonización con cromado 2/0 o 0 o vicryl 1.
- Se retiran los rollos o compresas, separador si se colocó.
- Recuento de compresas.
- Cierre por planos.

## DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de estudio:** Fue de corte transversal Descriptivo retrospectivo.

**Área de estudio:** Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, Enero 2013 a diciembre del 2014.

**Población de estudio:** fue el total de pacientes a las cuales se les realizo histerectomía obstétrica en el Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, de Enero 2013 a Diciembre del 2014.

**Muestra:** : Para el presente estudio de investigación se realizo un muestreo no probabilístico donde se considera al 100% de la población a las que se les realizaron histerectomía obstétricas por una complicación del parto ya sea por vía vaginal o por vía abdominal en el Hospital Alemán Nicaragüense. Enero 2013 – Diciembre 2014.

**UNIDAD DE ANALISIS:** Paciente post histerectomía obstétrica.

### **Criterios de inclusión:**

Paciente que se le realizo histerectomía obstetrica.

Pacientes cuyo expediente estuviera disponible al momento de la recolección de datos.

### **Criterios de exclusión:**

Pacientes cuyo expediente no estuviera disponible al momento de la recolección de datos.

### **Calculo de incidencia de histerectomía:**

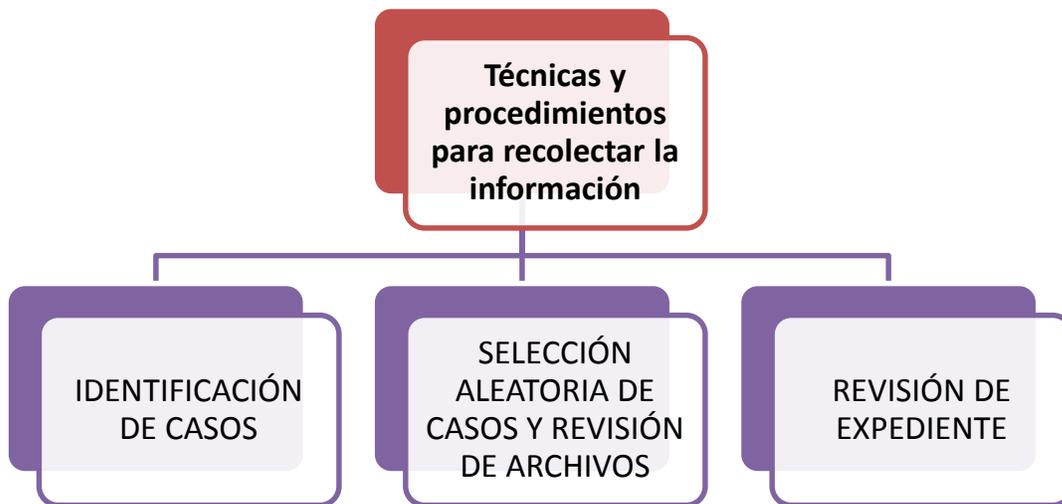
Total de histerectomía

----- X 1000 nacidos vivos.

Total de nacidos vivos

### **Recolección de la información:**

Se solicito autorización a la directora del hospital para tener acceso a las estadísticas. La fuente de información fue secundaria, a través de los expedientes clínicos. Inicialmente se identificarán todas las pacientes a quienes se les realizo histerectomía obstetrica y luego se seleccionaron los expedientes para que la investigadora procediera a llenar las fichas de recolección de datos (Ver anexo).



### **Análisis**

Se uso el software SPSS versión 18.0. El análisis descriptivo se basará en razones, porcentajes, promedio, mediana, rango y desviación estándar.

### **Aspectos éticos**

Se solicito permiso a la dirección del hospital para el acceso de los expedientes y de otras estadísticas. Además, se aseguro el anonimato y confidencialidad de la información. El único identificador de las pacientes será el número de expediente, para propósitos de completar información, corregir errores o para auditoria de la calidad de la recolección de información si fuese necesario. Los datos fueron obtenidos para sugerir, mejorar el manejo y resultados maternos y fetales.

## Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Escala
Edad	Años cumplidos de una persona, desde su nacimiento hasta la fecha del estudio.	< 20 20 a 34 ≥ 35
Procedencia	Lugar donde actualmente vive la paciente.	Rural Urbana
Escolaridad	Se considerará baja una escolaridad primaria o ninguna, y alta secundaria o superior.	Baja Alta
Estado civil	Condición de cada persona en relación con su cónyuge.	Soltera Acompañada/casada
Periodo intergenesico.	. Es el tiempo comprendido entre dos nacimientos consecutivos de la misma madre. -Número de visita a la unidad de	< De 2 Años > De 2Años
Controles prenatales	Número de controles prenatales realizados durante su embarazo.	Ninguno 1-3 ≥ 4
Edad gestacional	Tiempo en semanas desde la fecha de última regla y el nacimiento.	< 37 37-41 ≥ 42
Antecedentes obstétricos	Historia previa de la paciente relacionado al número de gestas, abortos, partos y cesáreas previas.	Gestas previas Abortos Partos vaginales Cesárea
Inicio del trabajo de parto	Clasificación del parto según el comienzo del parto. Parto espontáneo:	Espontáneo Inducido-estimulado

	cuando no es necesario realizar maniobras quirúrgicas para su expulsión. Parto inducido: cuando es necesario inducir las contracciones del trabajo del parto mediante medicación exógena.	
Vía del parto	Vía por la cual ocurre el nacimiento.	Vaginal Cesárea
Tipo de cesárea	Es el momento en que se toma la decisión para realizarla.	Electiva Urgencia
Factores asociados al evento quirúrgico.	Características maternas generales, durante el embarazo, parto y operatorios, que incrementan el riesgo de histerectomía obstétrica.	Cesárea anterior. SHG. Placenta previa CPN insuficiente. Corioamnioitis. Anemia. Diabetes. Infección de vías urinarias. Gemelar.
Indicaciones de cesáreas.	Causa por la que se realiza el procedimiento quirúrgico.	Absolutas Relativas
Momento de la realización de histerectomía	Se refiere a las circunstancias de actuación: la primera y la más importante, como último recurso de hemostasia, denominada histerectomía de urgencia o de necesidad	Cesárea- Histerectomía.  Histerectomía – Post Cesárea.  Histerectomía- Post Parto Vaginal
Indicaciones	- Atonía Uterina.	

Son Patologías que ponen en riesgo la vida de la Paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotura Uterina.</li> <li>- Acretismo Placentario.</li> <li>- Útero de Couvelaire</li> </ul>	<p>Si Presentó No Presentó Si Presentó</p> <p>No Presentó Si Presentó No Presentó</p> <p>Presentó Si Presentó No Presentó</p>
Egreso materno	Condición de paciente al egresar de unidad hospitalaria.	Viva Muerta
Peso del recién nacido	Peso del recién nacido registrado al momento del nacimiento expresado en gramos.	< 2500 2500-3999 ≥ 4000

Causa de muerte materna	Causa básica de defunción basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 revisión.	Se especificará
Complicaciones de la cirugía.( histerectomía obstétrica)	Complicaciones que presentan las pacientes durante y posterior a la cirugía.( histerectomía obstétrica)	<p>Anemia.</p> <p>Hemorragia masiva.</p> <p>Transfusión masiva.</p> <p>Lesión vesical.</p> <p>Lesión intestinal.</p> <p>Fistulas vesico-vaginales.</p> <p>Experiencia del cirujano.</p>

## Resultados

En este período se efectuaron 60 histerectomías, estas pacientes reunieron los criterios de inclusión para ser consideradas dentro del estudio.

Las principales características socio-demográficas de las pacientes que se les realizó histerectomía obstétrica en Hospital Alemán Nicaragüense, durante enero 2013 a diciembre del 2014 fueron: adultas entre 20-34 años de edad (68%), seguido de las menores de 20 años (18.3%) y en un menor porcentaje las mayores de 35 años (13.3%), procedencia urbana (90%) (Cuadro 1).

Las principales características Gineco-obstétricas fueron: el 32 % tenían un parto anterior, embarazos a término (83%). El 61.7% de las pacientes tuvieron control prenatal insuficiente; además el 41 % tenía un periodo intergenesico corto. (Cuadro 2).

La mediana de partos previos fue 2, en un rango entre 0 y 9; 15,8% de las pacientes tenían más de 4 partos previos; el 33% tenía una cesárea previa, y 18% más de una cesárea previa, con un máximo de tres cesáreas. (Cuadro 2).

En cuanto a la vía de terminación del embarazo el 80% fueron cesáreas, y 20% partos vaginales. De las cuales el 51% fueron cesáreas de emergencias Y 17% cesáreas programadas. (Cuadro 3).

Las principales indicaciones de las cesáreas de las pacientes fueron cesárea anterior en un 39%, seguido de sufrimiento fetal agudo y placenta previa con 16%; y en menor porcentaje producto Macrosómico, pélvicos y desproporción céfalo pélvica. (Cuadro 4)

Los principales factores asociados presentados por las pacientes en estudio fueron el síndrome hipertensivo gestacional en un 31%, seguido por el antecedente de cesáreas 18%, placenta previa 6% y la Corioamnionitis 8% y en una menor proporción anemia, diabetes e infección de vías urinarias. (Cuadro 5).

La principal indicación que llevó a la realización de la histerectomía obstétrica en el presente estudio fueron la hemorragia postparto (atonía uterina) con el 56%, seguido de la Endometriometritis en un 20% y el acretismo placentario y hematoma de histerorrafia con un 13% para ambos. (Cuadro 6)

Se presentaron complicaciones post histerectomía de las cuales la más frecuente fue la anemia, (30%) y el shock (23%), seguido de lesión vesical e lesión intestinal en un menor porcentaje. El momento de indicación de histerectomía fue después de la cesárea (35%), y 23 % en las primeras 24 horas, y posterior al alumbramiento 16%. En cuanto al tipo de histerectomía solo una paciente se le realizó histerectomía subtotal. (Cuadro 7)

La incidencia de la histerectomía obstétrica absoluta durante el periodo de estudio correspondió a 4.7 por cada 1,000 nacidos vivos.

El 93.2 % de las pacientes fueron remitidas a un servicio de cuidados intensivos, El 76,3% de las pacientes requirió transfusión de glóbulos rojos y 2 de las pacientes fallecieron, de las cuales una fue inmediata por una hemorragia masiva, y la otra fue por sepsis. (Cuadro 8).

No se realizó manejo conservador en las pacientes en estudio.

## DISCUSIÓN

La edad promedio de las mujeres a quienes se les realizó Histerectomía obstétrica coincide con los hallazgos de Briseño Pérez (16) en Venezuela en 2009, investigación en la cual estudiaron mujeres entre los 16 y 45 años, el 28,9% de las pacientes fueron entre 20 y 34 años, y Ramos et al. (17) en donde la media de la edad fue de 29,9 años (límites entre 17 y 40 años) según su estudio publicado en el 2010 realizado en el Instituto Materno Infantil del estado de México del 2007 al 2008. Observamos que generalmente las complicaciones obstétricas según la literatura, se dan en los extremos de la vida, en nuestro estudio se presentó en las mujeres en edad reproductiva (20 – 34 años), esto debido a que la mayoría de la población en estudio estaba en ese rango de edad. En relación a la procedencia, la mayoría eran del casco urbano, porque el hospital se encuentra dentro del casco urbano.

En los casos de Histerectomía obstétrica analizados, la mayoría correspondía a embarazos a término (65,79%), en pacientes multigestas, que presentaron un periodo intergenesico menor de 2 años y con CPN insuficiente (61.7%); lo cual no coincide con las cifras del MINSA, que reporta un cumplimiento de CPN en un 59% de las pacientes. todo esto son factores asociados para presentar hemorragia postparto coincidiendo con la literatura internacional. En cuanto al antecedente de aborto no se observó ninguna relevancia.

Según Briseño Pérez, Venezuela 2009 informan el antecedente de cesárea en 82,9% de los casos, y la presentada por el presente estudio fue de 51%; siendo esta menor a pesar de ser un país más pobre.

La terminación del embarazo se observó que el 80 % fue cesárea, tanto por urgencia (51.7%) como programada (28.3%), en menor proporción los partos que fue el 20 %. Siendo la indicación más frecuente de cesárea: cesárea anterior 39.6 %, sufrimiento fetal agudo 16.7%, placenta previa 16,6% y pre eclampsia/eclampsia 8.3%.Coincidiendo con la literatura internacional, que

describe que hay mayor riesgo de complicaciones cuando se realiza un nacimiento por vía cesárea que un parto vaginal; además las

Pacientes con cesáreas anteriores tienen factores potenciales para presentar acretismo placentario, placenta previa, lo que conlleva a hemorragia postparto.

En cuanto a los factores asociados se observó que 31.7% se presentó en pacientes que tenían síndrome hipertensivo gestacional, 6.7% placenta previa, 8.3% Corioamnionitis, encontrándose también otros datos como embarazo gemelar, pacientes con anemia e infecciones de vías urinarias en un 3.3%. Los cuales son factores de riesgo esperados para la presencia de una hemorragia postparto según la literatura.

La indicación más frecuente de Histerectomía obstétrica reportada por diferentes autores (21-25) es la hemorragia postparto (atonía uterina), lo cual coincide con nuestros datos, en donde la principal indicación que llevó a la realización de la histerectomía obstétrica fue la hemorragia postparto (atonía uterina) con el 56%, a pesar que se cumple con el 100% del manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP), pero esto no evita la presencia de esta debido que las pacientes presentaban factores asociados. Seguido de la Endometriometritis en un 20% y el acretismo placentario y hematoma de histerorraxia con un 13% para ambos. Y a diferencia de lo reportado por Casas Peña en Colombia, en segundo lugar se encuentran las anomalías de inserción placentaria, en nuestro estudio se encuentra en tercer lugar de presentación, siendo superada por causas infecciosas como es la Endometriometritis. Y a lo publicado por Reveles en el 2008 en México donde la principal indicación de histerectomía obstétrica fue el acretismo placentario, seguido de hemorragia postparto (atonía uterina).

De igual forma coinciden con lo reportado por Fuentes y Henríquez en el 2005 un estudio realizado en hospital de la Habana Cuba donde la principal indicación fue la hemorragia postparto, seguido por causas infecciosas como en nuestro estudio.

En nuestro estudio la tasa de incidencia de histerectomía obstétrica fue de 4.7 por 1,000 nacidos vivos, lo cual coincide con el estudio q fue publicado por Casas – Peña en el 2013 donde se estudio un periodo de 4 años en hospital san José de Popayán.

Colombia y la incidencia de histerectomía obstétrica fue de 5.9 por 1000 nacidos vivos. Cabe señalar que a pesar de ser un país pobre la incidencia es similar.

Dentro del momento de histerectomía encontramos que la mayoría se realizo en el puerperio inmediato (75%) y el 25 % en puerperio mediato, observándose que se realizo histerectomía en tiempo y forma evitándose así complicaciones mayores como muerte materna.

El ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, la anemia posoperatoria y transfusión masiva como complicación inmediata presentan datos similares a los consignados en el estudio de Rodríguez (22). Y además coinciden con lo reportado por fuentes y Henríquez donde la principal complicación fue la anemia. Se presentaron del total de 60 pacientes 2 muertes y 58 egresaron vivas.

## CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes tenían entre 20 – 34 años; con edad media de 27 años. De procedencia urbana. Con embarazos a término, con multiparidad, antecedentes de cesáreas previa y controles prenatales insuficiente.
2. En cuanto a la vía de terminación del embarazo se observó un mayor porcentaje de partos por cesárea que partos vaginales.
3. Los principales factores maternos asociados observados en este estudio fueron síndrome hipertensivo gestacional, cesáreas anteriores, Corioamnioitis y placenta previa. Encontrándose también en menor proporción embarazo gemelar, anemia e infección de vías urinarias.
4. Las indicaciones más frecuentes de histerectomía obstétrica fueron la hemorragia post parto debido a atonía uterina; seguido de Endometriitis, acretismo placentario y hematoma de histerorrafia. Y las complicaciones con mayor frecuencia fueron anemia y transfusión masiva. Se reportaron dos casos de muerte materna en periodo de estudio.
5. La incidencia de la histerectomía obstétrica absoluta durante el periodo de estudio correspondió a 4.7 por cada 1,000 nacidos vivos. El manejo conservador no fue realizado por falta de experiencia para realizar ligadura de las arterias hipogástricas, sutura de B- Lynch y embolización arterial selectiva.

## RECOMENDACIONES

1. Insistir en la captación precoz al control prenatal a las pacientes de alto riesgo por parte de la atención primaria y referencia adecuada a nivel secundario con el fin de llevar un adecuado control prenatal para detección precoz de problemas potenciales y planificación familiar definitiva en pacientes multíparas.
2. Disminuir el índice de cesárea a nivel hospitalario, ya sea de urgencia o programadas, para evitar las complicaciones descritas por las mismas. De igual manera implementar el parto vaginal posterior a una cesárea cumpliendo con las normas según protocolo para su realización.
3. Promover y aplicar los diferentes tratamientos conservadores que existen e ir a la vanguardia en cuanto a los manejos con los que cuentan otras instituciones y/o países; en conjunto, recibir el adiestramiento de las múltiples técnicas de aplicación de estos procedimientos, tales como la ligadura de las arterias hipogástricas, sutura de B – Lynch, y la embolización arterial selectiva; ya que esto se verá reflejado en menor morbimortalidad materna en manos hábiles y expertas.

## Bibliografía.

1. Abdul-Kadir R, McLintock C, Ducloy AS, El-Refaey H, England A, Federici AB, et al. Evaluation and management of postpartum hemorrhage: consensus from an international expert panel. *Transfusion* 2014;54(7):1756-68.
2. Hodges KR, Davis BR, Swaim LS. Prevention and management of hysterectomy complications. *Clin Obstet Gynecol* 2014;57(1):43-57.
3. McLintock C, James AH. Obstetric hemorrhage. *J Thromb Haemost* 2011;9(8):1441-51.
4. Kuczkowski KM. A review of current anesthetic concerns and concepts for cesarean hysterectomy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2011;23(6):401-7.
5. Pacheco LD, Gei AF. Controversies in the management of placenta accreta. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011;38(2):313-22, xi.
6. Su CW. Postpartum hemorrhage. *Prim Care* 2012;39(1):167-87.
7. Ibrahim M, Ziegler C, Klam SL, Wieczorek P, Abenheim HA. Incidence, indications, and predictors of adverse outcomes of postpartum hysterectomies: 20-year experience in a tertiary care centre. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(1):14-20.
8. Macharey G, Ulander VM, Kostev K, Vaisanen-Tommiska M, Ziller V. Emergency peripartum hysterectomy and risk factors by mode of delivery and obstetric history: a 10-year review from Helsinki University Central Hospital. *J Perinat Med* 2014.
9. Korejo R, Nasir A, Yasmin H, Bhutta S. Emergency obstetric hysterectomy. *J Pak Med Assoc* 2012;62(12):1322-5.
10. Nodarse Rodríguez A, Capote Arce R, Cuevas Hidalgo E, Borrego López J, Martínez Cernuda I, Couret Cabrera MP. Comportamiento epidemiológico de la histerectomía obstétrica. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2013;39(2):128-134.
11. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Corrales Gutiérrez A, Cairo González V, Pérez Viera S. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2011;37(4):481-488.

12. Fuentes Gonzalez L, Enríguez Domínguez B. Histerectomía puerperal: Estudio de 14 años. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2005;31(1):0-0.
13. Castro Paredes MG, Soria Alcívar M. Indicaciones, complicaciones y factores asociados de la histerectomía posparto. *Maternidad "Enrique C. Sotomayor"*. *Revista Medicina* 2006;11(3):205-210.
14. Pérez Méndez JL, Vázquez López A. Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza» y en el Hospital Ángeles México. Análisis comparativo. *Ene* 2008;53(1):10-14.
15. Reveles Vázquez JA, Villegas Rivera G, Hernández Higareda S, Grover F. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(3):156-60.
16. Casas-Peña RL, Pérez-Varela IL, Chicangana-Figueroa GA. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de cohorte. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2013;64(2):121-125.
17. Nooren M, Nawal R. Obstetric hysterectomy: a life saving emergency. *Indian J Med Sci* 2013;67(5-6):99-102.
18. Porreco RP, Stettler RW. Surgical remedies for postpartum hemorrhage. *Clin Obstet Gynecol* 2010;53(1):182-95.
19. Bassey G, Akani CI. Emergency peripartum hysterectomy in a low resource setting: a 5-year analysis. *Niger J Med* 2014;23(2):170-5.
20. Sahin S, Guzin K, Eroglu M, Kayabasoglu F, Yasartekin MS. Emergency peripartum hysterectomy: our 12-year experience. *Arch Gynecol Obstet* 2014;289(5):953-8.
22. Wise A, Clark V. Challenges of major obstetric haemorrhage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2010;24(3):353-65.
23. Palova E, Borovsky M. [Peripartum hysterectomy - review]. *Ceska Gynekol* 2012;77(3):229-32.
24. MINSAs. Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas. Normativa 109. Managua. Abril 2013.

**ANEXOS**

## Ficha de Recolección de Datos

### Comportamiento epidemiológico de la operación histerectomía obstétrica en el hospital Alemán Nicaragüense, Managua, Enero 2013 - Diciembre 2014.

#### DATOS GENERALES:

1. No. Ficha: \_\_\_\_\_
2. No. Exp: \_\_\_\_\_
3. Edad (años): \_\_\_\_\_
4. Municipio de residencia: \_\_\_\_\_
5. Procedencia:        a) Urbano        b) Rural \_\_\_

#### II. DATOS GÍNECO-OBSTETRICOS:

6. Semanas de gestación: \_\_\_\_\_
7. Paridad: \_\_\_\_\_
8. Gestas: \_\_\_\_\_
9. Aborto: \_\_\_\_\_
10. Cesáreas anteriores: \_\_\_\_\_
11. Período intergenésico: mayor 2 años        menor de 2 años
12. Número de controles prenatales: \_\_\_\_\_
13. Factores de riesgo de pacientes al ingreso:
14. Patologías asociadas:
15. Terminación del embarazo:        a) parto        b) cesárea
16. Embarazo:        a) Único        b) Gemelar
17. Indicaciones de cesárea: \_\_\_\_\_
18. Nivel científico técnico del cirujano:
  
19.        Tipo de anestesia:        a) General \_\_\_\_\_        b) Regional \_\_\_\_\_
20. Complicaciones : \_\_\_\_\_
21. Indicación de histerectomía : \_\_\_\_\_

22. Momento de indicación d HTA: \_\_\_\_\_

23 Complicación de HTA : \_\_\_\_\_

24 Tipo de HTA :

Total.

Subtotal

25 Ingreso a uci de adultos:      si -----      no -----

26 Recibió transfusiones      si -----      no -----

27 Condición de egreso materno:    viva              muerta

**III. DATOS PERINATALES:**

28 Sexo:              a) Femenino              b) Masculino

29 APGAR del recién nacido    a) Al minuto \_\_\_\_\_    b) A los cinco minutos: \_\_\_\_\_

30 Peso del recién nacido (gramos): \_\_\_\_\_

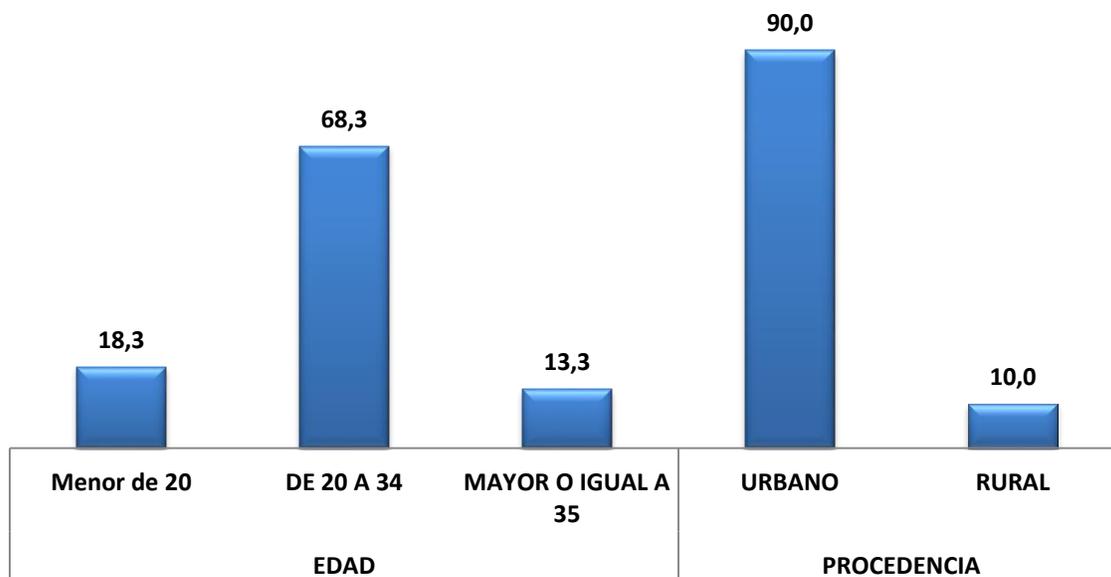
## Gráficos

**CUADRO 1:** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO

Características sociodemográficas	Total (n=60)	
	No.	%
Edad		
< 20	11	18.3
20 - 34	41	68.3
≥ 35	8	13.3
Procedencia		
Urbano	54	90
Rural	6	10.0

**FUENTE:** EXPEDIENTE LÍNICO

**GRÁFICO 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO**



FUENTE: CUADRO 1

**CUADRO 2: CARACTERÍSTICAS GINECOOBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO**

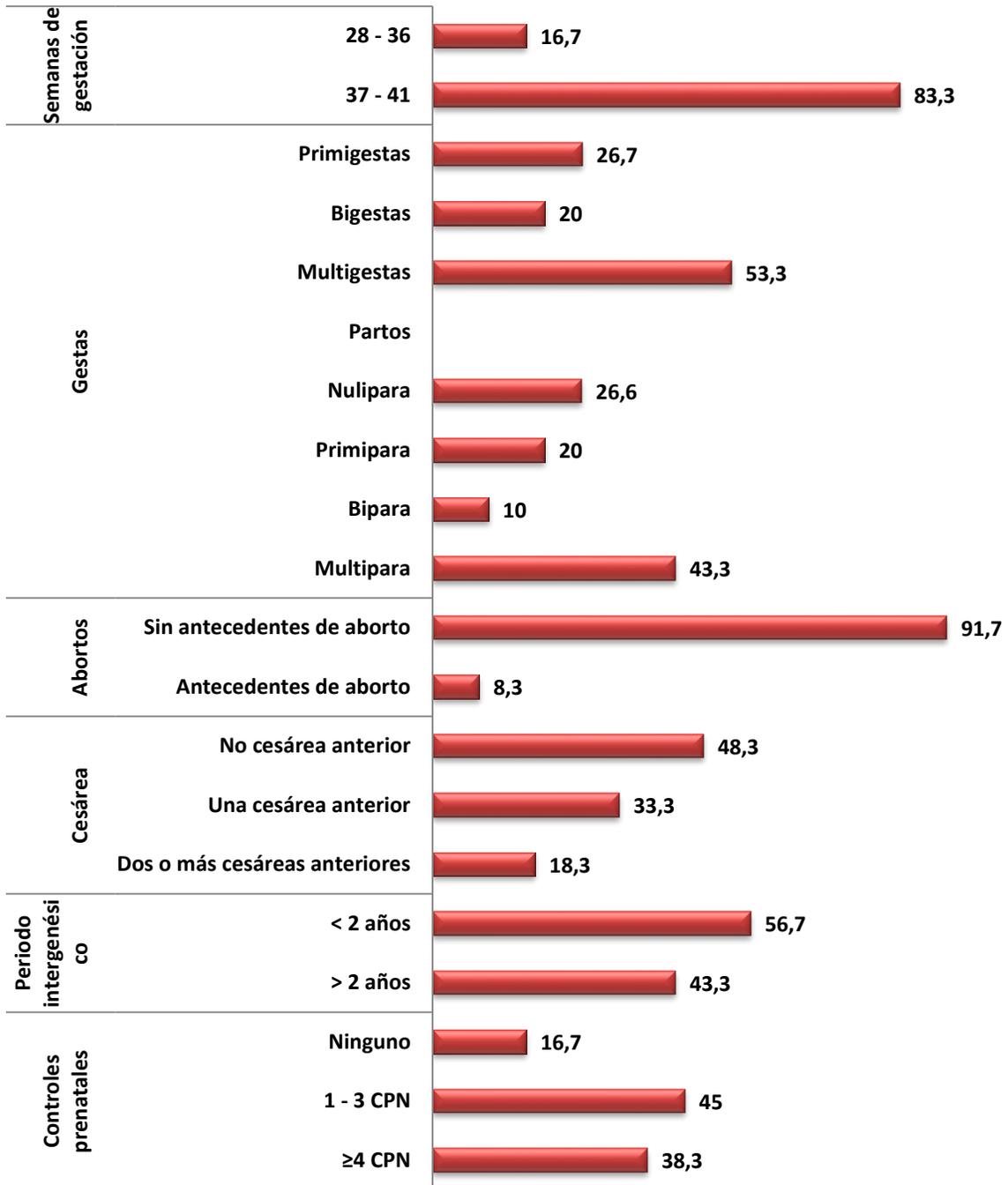
FUENTE:  
CLÍNICO

---

		TOTAL (n=60)		
<b>Semanas de gestación</b>		No.	%	
28 - 36		10	16.7	
37 - 41		50	83.3	EXPEDIENTE
<b>Gestas</b>				
Primigestas		16	26.7	
Bigesta		12	20.0	
Multigestas		32	53.3	
<b>Partos</b>				
Nulípara		16	26.6	
Primípara		12	20	
Bipara		6	10	
Multípara		26	43.3	
<b>Abortos</b>				
Sin antecedentes de aborto		55	91.7	
Antecedentes de aborto		5	8.3	
<b>Cesárea</b>				
No cesárea anterior		29	48.3	
Una cesárea anterior		20	33.3	
Dos o más cesáreas anteriores		11	18.3	
<b>Periodo intergenésico</b>				
< 2 años		34	56.7	
> 2 años		26	43.3	
<b>Controles prenatales</b>				
Ninguno		10	16.7	
1 - 3 CPN		27	45.0	
≥4 CPN		23	38.3	

---

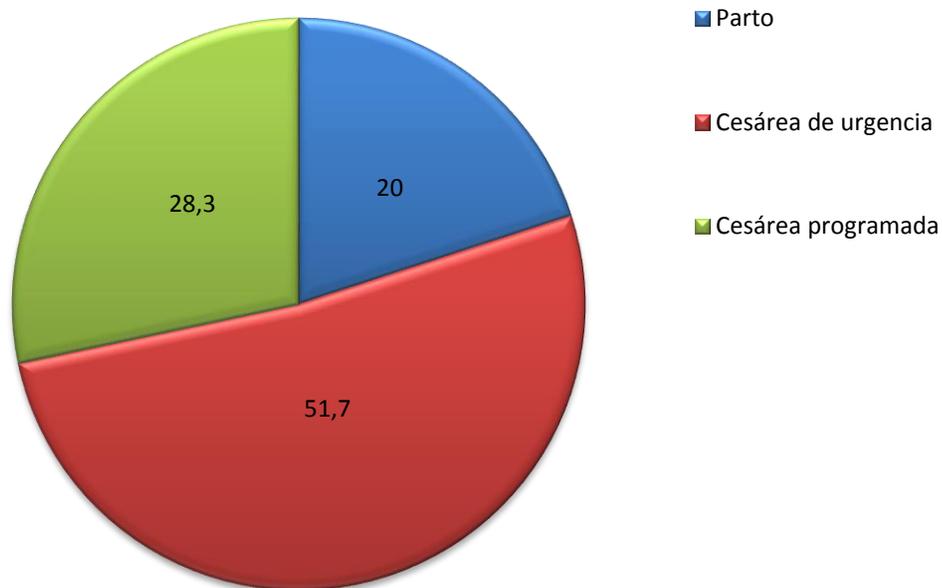
**GRÁFICO 2: CARACTERÍSTICAS GINECOOBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO**



**CUADRO 3: TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO**

Terminación del embarazo	Total (n=60)	
	No.	%
Parto	12	20.0
Cesárea de urgencia	31	51.7
Cesárea programada	17	28.3

**FUENTE:** EXPEDIENTE CLÍNICO

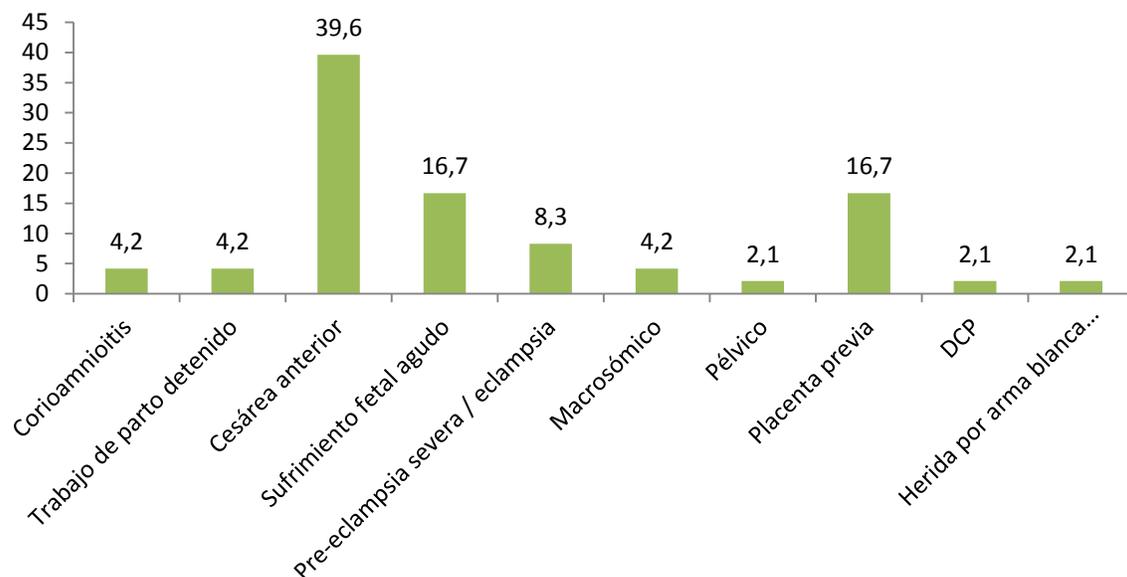


#### **CUADRO4: INDICACION DE CESAREAS EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO**

<b>INDICACIÓN DE CESÁREA</b>	<b>TOTAL (n=48)</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
Corioamnioitis	2	4.2
Trabajo de parto detenido	2	4.2
Cesárea anterior	19	39.6
Sufrimiento fetal agudo	8	16.7
Pre-eclampsia severa / eclampsia	4	8.3
Macrosómico	2	4.2
Pélvico	1	2.1
Placenta previa	8	16.7
DCP	1	2.1
Herida por arma blanca penetrante en abdomen	1	2.1

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

**Grafico 4:** INDICACION DE CESAREAS EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO



**CUADRO 5: FACTORES ASOCIADOS PRESENTES EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO**

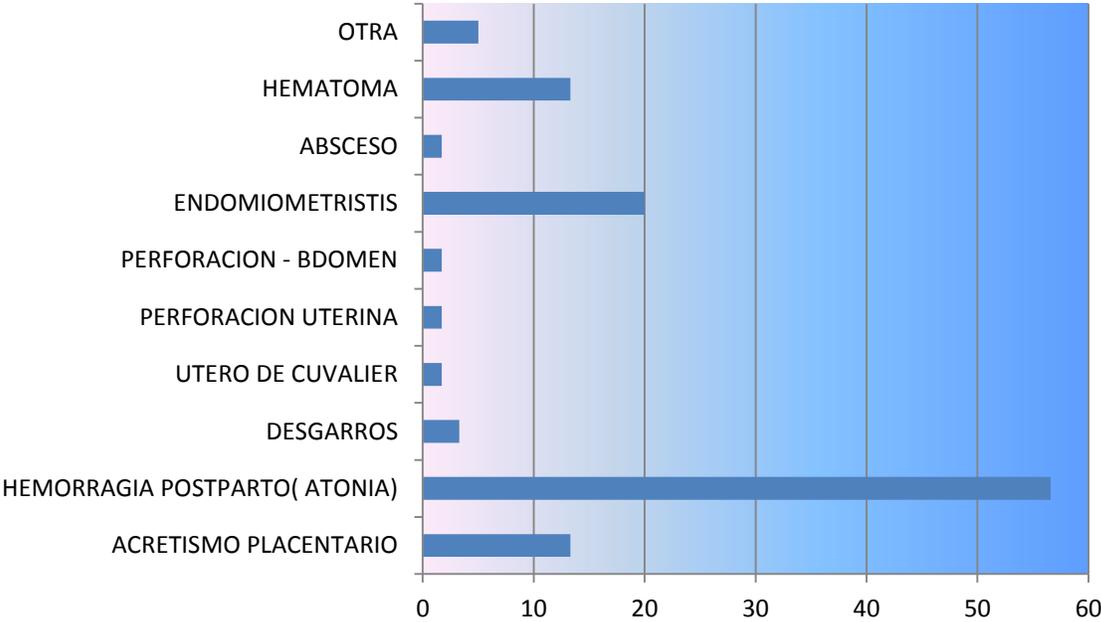
FACTORES ASOCIADOS	TOTAL (N=60)	
	No.	%
SHG	19	31.7
CESAREA.ANETRIOR	11	18.3
OBESIDAD	2	3.4
PLACENTA.PREVIA	4	6.7
CPN INSUFICIENTE	3	5.0
DIABETES.GESTACIONAL	1	1.7
CORIOAMNIONITIS	5	8.3
GEMELAR	2	3.3
GRAN.MULTIGESTA	2	3.3
ANEMIA	2	3.3
INFECCION DE VIAS URINARIAS	2	3.3

CUADRO 6. INDICACION DE HISTERECTOMIA EN PACIENTES DE ESTUDIO.

TOTAL (N=60)		
<b>INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA</b>	No.	%
ACRETISMO PLACENTARIO	8	13.3
HEMORRAGIA POSTPARTO( ATONIA)	34	56.6
DESGARROS	2	3.3
UTERO DE CUVALIER	1	1.7
PERFORACION UTERINA	1	1.7
PERFORACION - BDOMEN	1	1.7
ENDOMIOMETRISTIS	12	20.0
ABSCESO	1	1.7
HEMATOMA DE HISTERORRAFIA	8	13.3
OTRA	3	5.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

**GRAFICO 6.INDICACION DE HISTERECTOMIA EN PACIENTES DE ESTUDIO.**



**CUADRO 7:** CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA HISTERECTOMÍA EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO.

	Total (n=60)	
	No.	%
<b>MOMENTO DE INDICACION D HISTERECTOMIA.</b>		
POSTERIOR AL ALUMBRAMIENTO	10	16.7
DESPUES DE LA CESAREA	21	35.0
EN LAS PRIMERA 24 HORAS	14	23.3
ANTES DE LOS 7 DIAS	10	16.7
DESPUES DE LOS 7 DIAS	5	8.3
<b>COMPLICACIONES</b>		
ANEMIA	18	30.0
SHOCK	14	23.3
LESION VESICAL	2	3.3
LESION INTESTINAL	1	1.7
SEPSIS	3	5.0
ACIDOSIS METABÓLICA	1	1.7
<b>TIPO DE HISTERECTOMÍA</b>		
TOTAL	59	98.3
SUB-TOTAL	1	1.7

**FUENTE:** EXPEDIENTE CLÍNICO

**CUADRO 8: CONDICIONES DE LAS PACIENTES POSTERIOR A LA HISTERECTOMÍA**

	<b>TOTAL (n=60)</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>INGRESO A UCI</b>		
SI	53	88.3
NO	7	11.7
<b>RECIBIO TRASNFSIONES</b>		
SI	54	90.0
NO	6	10.0
<b>CONDICION DE EGRESO MATERNO</b>		
VIVA	58	96.7
MUERTA	2	3.3

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

Cuadro 9. Tratamientos conservadores.

<b>Tratamiento conservador</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Ligadura de arterias hipogástricas.</b>	0	0
<b>Sutura de B- Lynch.</b>	0	0
<b>Embolización arterial selectiva.</b>	0	0

