

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS MATERNO-PERINATALES DE
LAS GESTANTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA
OBSTÉTRICA DE URGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
CAJAMARCA DURANTE LOS AÑOS 2008 - 2012”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

CARUAJULCA ARANA, ROGER ADALBERTO

Bachiller en Medicina

CAJAMARCA – PERÚ

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS MATERNO-PERINATALES DE
LAS GESTANTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA
DE URGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA
DURANTE LOS AÑOS 2008 - 2012”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

CARUAJULCA ARANA, Roger Adalberto

Bachiller en Medicina

Cajamarca – Perú

2013

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS MATERNO-PERINATALES DE LAS
GESTANTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA DE
URGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA DURANTE LOS
AÑOS 2008 - 2012”**

ASESOR

M C. Luis Alberto Pinillos Vilca

DEDICATORIA

A: Mis padres, Próspero Caruajulca Fustamante y Esperanza Arana Delgado, hermanos, Gladys, Guillermo y Carlos, a mi tío Segundo y demás familiares y amigos, por su cariño, por enseñarme a luchar para alcanzar mis metas, por su comprensión y ayuda invaluable.

AGRADECIMIENTO

A Dios por la vida, salud, esperanza y fortaleza para salir adelante.

A mis padres y hermanos por su cariño, paciencia y espera.

A la Universidad Nacional de Cajamarca y la Facultad de Medicina por abrirme las
puertas al camino de la superación.

A mi asesor por su valiosa ayuda en la elaboración de ésta tesis.

CONTENIDO

Ítem	Pág
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA CIENTÍFICO Y LOS OBJETIVOS	
1.1. Definición y delimitación del problema.....	03
1.2. Formulación del problema.....	04
1.3. Justificación.....	04
1.4. Objetivos de la investigación.....	07
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del problema.....	08
2.2. Bases teóricas.....	11
2.3. Definición de términos básicos.....	18
CAPÍTULO III. LA HIPÓTESIS: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	
3.1. Hipótesis.....	21
3.2. Definición operacional de variables.....	21
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	
4.1. Técnicas de muestreo: población y muestra.....	22
Tipo de estudio.....	22
Población.....	22
Muestra.....	22
4.2. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.....	24
Análisis estadístico de datos.....	25
CAPÍTULO V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
5.1. Resultados.....	26
5.2. Discusión.....	40
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS.....	57

RESUMEN

Introducción: La histerectomía obstétrica de urgencia es 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.

Objetivo: Determinar la incidencia y las principales indicaciones y complicaciones de esta intervención y su relación con algunos factores obstétricos, en el HRC.

Material y métodos: Se realizó un estudio, descriptivo, retrospectivo y transversal, de todas las pacientes que se les realizó histerectomía obstétrica de urgencia en el HRC desde enero del 2008 hasta diciembre del 2012. **Resultados:**

Se realizaron un total de 35 histerectomías obstétricas de urgencia, para una tasa de 1,71 por 1000 partos. El promedio de edad de las pacientes fue de 32,25 años. El 20% de pacientes no tuvo ningún control prenatal. Las principales indicaciones fueron la atonía uterina con un 42,86% y la sepsis con un 22,86%. El 40% pertenece al tipo cesárea-histerectomía, seguido de la histerectomía obstétrica poscesárea con un 31,43%. La terminación de embarazo por cesárea constituyó un factor relevante. La complicación posoperatoria más frecuente fue la anemia severa con un 40% seguido de la sepsis 22,86%. El tiempo operatorio promedio fue de 109,42 minutos. La estancia materna tuvo una media de 6,09 días. La mortalidad materna encontrada en el presente estudio fue de 5,71%. **Conclusión:** La incidencia fue de 1,71 por mil partos y continúa siendo un problema de salud trascendental. El antecedente de cesárea induce mayor incidencia de histerectomía obstétrica de urgencia y, por ende, la morbimortalidad maternas.

Palabras clave: histerectomía obstétrica de urgencia, atonía uterina, anemia severa.

ABSTRACT

Introduction: Emergency obstetric hysterectomy is the partial or total removal of the uterus, usually performed by emergency complications of pregnancy, childbirth or puerperium, or complication of a preexisting condition. **Objective:** To determine the incidence and the indications and complications of this procedure and its relation to obstetric factors in the HRC. **Methods:** We performed a study, descriptive, retrospective and cross all patients who underwent emergency obstetric hysterectomy in the HRC from January 2008 through December 2012. **Results:** A total of 35 emergency obstetric hysterectomies, for a rate of 1.71 per 1000 births. The average age of patients was 32.25 years, 20% of patients had no prenatal care. The main indications were uterine atony with 42.86% and 22.86% with sepsis. The 40% belongs to the type cesarean-hysterectomy, followed by obstetric hysterectomy after cesarean section with 31.43%. Termination of pregnancy by cesarean was a relevant factor. The most common postoperative complication was severe anemia with 40% followed by 22.86% sepsis. The mother had an average stay of 6.09 days. The mother had an average stay of 6.09 days. Maternal mortality found in this study was 5.71%. **Conclusion:** The incidence was 1.71 per thousand births and remains a crucial health problem. The history of cesarean hysterectomy induces higher incidence of emergency obstetric and therefore maternal morbidity.

Key words: Emergency obstetric hysterectomy, uterine atony, severe anemia.

INTRODUCCIÓN

Clásicamente la exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto, cesárea o aborto, incluso en el puerperio, se considera 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. Este procedimiento no planeado, considerado desde hace un tiempo como única alternativa en el manejo de patologías hemorrágicas o sépticas con el fin de salvar la vida de la paciente, está siendo cada vez más infrecuente, en países desarrollados, por el adelanto de los procedimientos quirúrgicos, mejores condiciones de asepsia, mayor disponibilidad de antibióticos y optimización del uso de sangre y hemoderivados ⁽¹⁾.

La muerte de una mujer por causas relacionadas con el embarazo y/o el parto es un hecho que produce un gran impacto social, sobre todo si tenemos en cuenta que puede ser evitable.

En todo el mundo se reportan unos 120 millones de embarazos cada año y más de 600 000 muertes maternas relacionadas con la gestación, parto o puerperio. La hemorragia y la hipertensión arterial son las principales causas de mortalidad materna en el mundo desarrollado. Se estima que por lo menos un 25% de ellas son debidas a hemorragia periparto. Entre las causas más frecuentemente descritas de histerectomía obstétrica (HO) se encuentra la inercia o atonía uterina, que se estima puede ser responsable de hasta el 80% de los casos. Otras causas

son la ruptura uterina y las alteraciones de la implantación placentaria (previa, ácreta, íncreta, percreta). Las posibles complicaciones asociadas a una hemorragia severa del posparto son el choque hipovolémico, la coagulación intravascular diseminada, falla renal, falla hepática, síndrome de distrés respiratorio y muerte materna.

El tratamiento de estas complicaciones y según la causa que la ocasiona incluye el uso de medicamentos uterotónicos, masaje uterino, balones y/o taponaje intrauterino embolización de las arterias uterinas, ligadura de vasos sanguíneos, suturas compresivas (B-Lynch) e histerectomía en aquellos casos que no responden a ninguna de las medidas anteriores. La literatura médica estima una incidencia de HO entre 0, 29 y 3, 78 por cada 1000 partos. El 10% de ellas puede requerir una segunda intervención ^(2, 3).

Esta operación, aunque puede afectar posteriormente la capacidad reproductiva o 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, la histerectomía obstétrica de urgencia debería ser objeto de atención priorizada, por su repercusión sobre la morbimortalidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida. El objetivo de nuestro estudio es determinar la incidencia, características materno-perinatales, indicaciones y complicaciones asociadas a la histerectomía obstétrica de urgencia en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca, con la idea de conocer el estado actual de la histerectomía obstétrica de urgencia en éste hospital, por ser centro de referencia regional.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA CIENTÍFICO Y OBJETIVOS

1. 1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La histerectomía obstétrica (HO) es la intervención quirúrgica que consiste en la resección del útero en forma parcial o total, indicada por complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente, por indicación obstétrica o ginecológica, presentes durante el embarazo, parto o puerperio. Constituye la última alternativa en situaciones donde las medidas conservadoras no logran controlar la hemorragia postparto ⁽¹⁾.

La primera HO exitosa fue realizada en Italia el 21 de Mayo de 1876 por Eduardo Porro en la ciudad de Pavia (Italia), en Julia Cavallini, una mujer de 25 años, primigesta, con estigmas de raquitismo y portadora de una pelvis estrecha (pelvis raquíptica). La intervención fue realizada posterior al nacimiento por cesárea de un recién nacido vivo, de sexo femenino, en presentación podálica, de 3.300 g. La HO se realizó en 26 minutos y la paciente sobrevivió a la cirugía ⁽²⁾.

En la literatura internacional, la incidencia de HO se reporta de 7 a 13 casos por cada 10 000 nacimientos, y es más frecuente en la variedad post cesárea. Si bien, según los textos clásicos, la hemorragia post parto por atonía uterina es una de las principales causas de HO, diferentes experiencias publicadas demuestran que las indicaciones están cambiando, y que también el enfrentamiento frente a patologías que durante el embarazo presentan un mayor

riesgo de hemorragia postparto (como es el acretismo placentario y su asociación con placenta previa y cicatriz uterina) necesita nuevos enfoques y conductas terapéuticas ^(15, 17). La principal complicación es una mayor pérdida sanguínea, además, lesión vesical, lesión ureteral, fistula vesicovaginal o rectovaginal, coagulación intravascular diseminada (CID) e infección de sitio quirúrgico ^(3,4).

En nuestro medio, no se han efectuado investigaciones referidas a determinar las características clínicas materno-perinatales de las gestantes sometidas a histerectomía obstétrica de urgencia del Hospital Regional Cajamarca, que implicaría el contribuir a ampliar el conocimiento que se tiene de la misma.

1. 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las características clínicas materno-perinatales de las gestantes sometidas a histerectomía obstétrica de urgencia en el Hospital Regional de Cajamarca durante los años 2008-2012?

1. 3. JUSTIFICACIÓN:

El mejor conocimiento de las condicionantes de riesgo permite en la actualidad la disminución franca de la mortalidad y el control de los factores que influyen en la morbilidad, así como el manejo exitoso de problemas médico quirúrgicos bien establecidos. Tal es el caso de la histerectomía obstétrica, aquella que se realiza en un segundo tiempo quirúrgico, posterior a un evento obstétrico y de manera no planeada, que tiende en la actualidad a variar el perfil

de riesgo para su correcta indicación, y constituye una herramienta quirúrgica vigente para enfrentar la patología derivada del embarazo y el puerperio complicados, y cuya realización continúa teniendo altos índices de morbilidad, relacionándose en ocasiones con la mortalidad materna ^(4, 5).

La hemorragia obstétrica constituye una de las causas principales de muerte materna y dentro de ella, la hemorragia posparto, una de las principales indicaciones de histerectomía obstétrica, es la más relevante. Existen factores que predisponen o empeoran la hemorragia obstétrica: trastornos adherenciales de la placenta, traumatismos durante el trabajo de parto y parto, atonía uterina, afecciones obstétricas que predisponen a trastornos de la coagulación, volumen sanguíneo materno pequeño, entre otros. La HO trae aparejado un incremento de la morbimortalidad materna, y se observa con cierta frecuencia en pacientes cesareadas previamente; 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 ^(6,7).

La muerte de una mujer por causas relacionadas con el embarazo y/o el parto es un hecho que produce un gran impacto social, máxime si tenemos en cuenta que ésta es evitable. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se producen en el mundo 600 000 muertes maternas, solamente en la región de las Américas se reportan 30 000 defunciones, la mayoría de ellas evitables con un tratamiento médicoquirúrgico oportuno ⁽⁸⁾. En nuestro medio no escapamos de esta problemática, la histerectomía de urgencia por causas obstétricas debe ser objeto de atención priorizada, por su repercusión sobre la

morbimortalidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida. 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, además que hasta ahora no se han efectuado trabajos parecidos en el HRC.

El objetivo de nuestro estudio es conocer cuáles son las características clínicas materno-perinatales de las gestantes sometidas a histerectomía obstétrica de urgencia, debido a que esta intervención continúa siendo mutilante en mujeres jóvenes, por lo que la práctica quirúrgica moderna debe evaluar la pertinencia de su aplicación y trascendencia.

1. 4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Objetivo general:

- Determinar cuáles son las características clínicas materno-perinatales de las gestantes sometidas a histerectomía obstétrica de urgencia en el Hospital Regional de Cajamarca durante los años 2008-2012.

Objetivos específicos:

- ✓ Determinar la incidencia de histerectomía obstétrica de urgencia en el HRC.
- ✓ Determinar cuáles son las principales características epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de urgencia en el HRC.
- ✓ Determinar las principales indicaciones de histerectomía obstétrica de urgencia en el HRC.
- ✓ Determinar cuáles son las principales complicaciones relacionadas a la histerectomía obstétrica de urgencia en el HRC.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

- **Aguilar Ponce S, et al. (2012).** Encontró en Cuba que se realizaron un total de 96 histerectomías obstétricas, para una tasa de 4,9 por 1 000 nacidos y un promedio de 16 histerectomías por año. Las principales indicaciones fueron la hemorragia y la sepsis. El grupo etario que predominó en relación con el total de nacimientos fue ≥ 35 años, siendo en este grupo la hemorragia la indicación más frecuente y los antecedentes obstétricos de ≥ 3 gestaciones. La terminación de embarazo por cesárea constituyó un factor relevante. La anemia fue la complicación más frecuente ⁽⁴⁾.
- **Rana Karayalcin S, et al. (2011).** Refiere en un estudio realizado en Turkia, 73 histerectomías periparto de emergencia, de un total de 114.720 partos, con una tasa de 0,63 por cada 1.000 nacidos vivos. Once histerectomías se realizaron después de parto vaginal (0,12 / 1.000 partos vaginales) y el restantes 62 histerectomías se realizaron después de una cesárea (2/1, 000 cesáreas). La indicación más común para la histerectomía era placenta previa y/o ácreta (31 pacientes, 42,4%), seguido por atonía uterina (26 pacientes, 35,6%). En este estudio, 22 de 29 pacientes (75,8%) con placenta previa y 12 de 16 pacientes (75%) con placenta adherida había tenido previamente una cesárea. La histerectomía se asocia con placenta previa y ácreta, que son las causas más comunes de histerectomía periparto de emergencia ⁽²⁾.

- **Briceño Pérez C, et al. (2009).** En un estudio realizado en Venezuela, encontró que la incidencia de histerectomía obstétrica fue 0,07 % (1 HO por 1 285 casos obstétricos). Fue más frecuente en mujeres entre 25-29 años (26 %), IV gestas (34%), para 3 (26 %), con control prenatal (63,33 %), en embarazos de 37-41 semanas (56 %), poscesárea (46 %), histerectomía de tipo total (86 %), indicadas por atonía uterina (38 %), complicadas con anemia (88 %), ameritaron transfusión sanguínea (84%) y duraron <7 días de hospitalización (56 %). Hubo 8 muertes maternas (16 %) y la tasa de mortalidad materna ajustada fue 792 por 10 000 nacidos vivos. Hubo 9 abortos (18 %), 15 muertes fetales (30 %) y la tasa de mortalidad perinatal fue 129 por 1 000 nacidos vivos ⁽⁷⁾.
- **Marian Knight M, et al. (2008).** En un estudio realizado en Inglaterra encontró que la incidencia de histerectomía periparto fue de 4,1 casos por cada 10.000 nacimientos (intervalo de confianza 95% [IC]: 3.6 a 4.5). La mortalidad materna fue de 0,6% (95% IC 0-1.5%). Cesárea previa (odds ratio [OR] 3,52, IC 95%: 2,35-5,26), edad materna mayor de 35 años (OR 2,42, IC 95%: 1,66 -3,58), la paridad de tres o más (OR 2,30, IC del 95% 1.26 a 4.18), extracción manual previa de la placenta (OR 12,5, IC 95%: 1,17 a 133,0), la miomectomía previa (OR 14,0, IC 95%: 1.31 a 149.3) y embarazo gemelar (OR 6,30, IC 95%: 1,73 a 23,0) fueron factores de riesgo para histerectomía periparto. El riesgo asociado con el parto anterior por cesárea fue mayor al aumentar el número de los partos por cesárea previa (OR 2,14, con una cesárea anterior [95% CI 1.37-3.33], el 18,6 con dos o más [IC 95% 7,67-

45,4]). Las mujeres sometidas a cesárea en un primer parto, en el embarazo actual también tienen mayor riesgo (OR 7,13, IC 95%: 3,71 a 13,7) ⁽¹⁾.

- **Pérez Méndez JL, et al. (2008).** En un estudio realizado en México, encontró que se realizaron 19 histerectomías obstétricas totales y 06 subtotaes 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 ácreta (28%) ⁽⁸⁾.

- **Caro Bustos J, et al (2006).** Presenta una revisión de 25 pacientes con histerectomía obstétrica (HO) periparto ocurridas en el Hospital de Puerto Montt – Chile, en el período 2000- 2005. En 24 casos (96%) el parto fue por operación cesárea. El riesgo de HO periparto es 56 veces mayor en los partos cesárea que en los partos vaginales. Las principales causas de interrupción fueron cicatriz de 2 o más cesáreas en las cesáreas electivas y en las cesáreas urgentes la metrorragia del tercer trimestre. La principal causa clínica de HO es el acretismo placentario en 12 casos (48%) seguido de atonía uterina en 8 casos (32%). El estudio histológico se hizo en el 76% de los casos de los cuales el 80% confirma acretismo placentario. La HO total se realizó en 13 casos (52%) y subtotal en 12 casos (48%). El tiempo operatorio promedio fue de $124,3 \pm 37,8$ minutos. El hematocrito post operatorio tiene un descenso menor en las pacientes con HO subtotal que en la total ($p < 0,05$). La principal complicación fue la lesión vesical, que ocurrió en mayor proporción en el grupo de la HO total versus la subtotal (3:1), sin diferencias significativas. No se registró muerte materna asociadas a HO; hubo 4 muertes

neonatales, 3 en relación a sufrimiento fetal agudo por metrorragia del tercer trimestre y 1 por infección ovular ⁽⁵⁾.

- **Béjar Cuba J. (2001).** En un estudio realizado en Perú, en el Instituto Materno Perinatal, encontró que entre enero de 1999 a diciembre de 2000, hubieron 43559 partos de los cuales 29 555 fueron por vía vaginal y 14 004 por cesárea, lo que da un índice de cesáreas del 32.15%, y además de registraron 3229 admisiones por abortos. Se realizaron 136 histerectomías de urgencia, cuya principal indicación fue la sepsis 39,7%, seguido de la atonía uterina 28,7%, acretismo 14%, ruptura uterina 9,5% y el resto (8,1%) obedecieron a otras causas dentro de las que se indica la enfermedad trofoblástica gestacional, la inversión uterina, el embarazo ectópico cervical, hematoma de ligamento ancho, mioma uterino gigante y cáncer de cérvix ⁽⁹⁾.

2. 2. BASES TEÓRICAS.

A. Definición.

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.

La exéresis del útero en una mujer gestante es un procedimiento quirúrgico mayor, diseñado con el fin de preservar la vida de las mujeres en situaciones de urgencia. 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 ⁽¹⁾.

Como se refería, en los siglos XVIII y XIX, Cavallini (1768), Michaelis (1809) y Bluender (1830), luego de realizar la HO en animales, sugirieron que podía efectuarse en humanos después de una cesárea, cuando era necesario preservar la vida de la paciente. Luego, el 21 de mayo de 1876, en Pavia, Italia, Eduardo Porro realizó la primera cesárea-histerectomía a Julia Cavallini, una mujer primigesta de 25 años, con estigmas de raquitismo y portadora de una pelvis estrecha (pelvis raquíctica). La intervención fue realizada posterior al nacimiento por cesárea de un recién nacido vivo, de sexo femenino, en presentación podálica, de 3.300g. Esta primera HO se realizó en 26 minutos y se refiere que la paciente sobrevivió a la cirugía ^(5, 10).

Este procedimiento se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, y seguirá siendo utilizada en futuras generaciones, probablemente con mejores técnicas y novedosas aproximaciones tecnológicas, pero sin duda como medida última en el manejo de la hemorragia postparto ⁽⁴⁾.

A escala mundial la primera causa de muerte materna es la hemorragia ligada al proceso del embarazo, en particular la hemorragia posparto. Es por esto que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene como estrategia la denominada "Maternidad sin riesgo", que consiste en facilitar el acceso a la información sobre salud reproductiva y a la atención sanitaria con el objetivo de disminuir la morbilidad materna, esto quiere decir que los procedimientos

quirúrgicos obstétricos tienen como única finalidad el garantizar el bienestar materno infantil ^(4, 11).

B. Epidemiología.

La mayoría de las muertes maternas ocurren dentro de las 24 horas posteriores al parto, siendo la causa más frecuente el sangrado excesivo. En todo el mundo; al menos una cuarta parte de todas las muertes maternas se deben a hemorragias. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen cerca de 14 millones de casos de hemorragias asociadas al embarazo y al menos 128,000 de estas mujeres se desangran y mueren. La mayor parte de estos fallecimientos ocurren dentro de las cuatro primeras horas postparto. Si bien desconocemos la real incidencia de la histerectomía obstétrica de urgencia, varios autores han comunicado índices de 0,6 hasta 6,2 por mil partos, en diversos estudios realizados en el mundo ^(1, 2, 7).

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. A nivel internacional, en Europa la incidencia reportada en la actualidad por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0,1 y 0,9 % ⁽⁴⁾.

En un estudio realizado en Japón se reportó una incidencia de 1 %. Este mismo trabajo informa que el 23,5 % fue después de un parto vaginal y el 76,5 % después de una cesárea ⁽²⁾.

Todas estas cifras nos demuestran que la histerectomía obstétrica se mantiene como un recurso del gineco-obstetra, es uno de los procedimientos quirúrgicos que ha producido más controversias, desde su aparición hasta nuestros días, ya que el gineco-obstetra tiene en sus manos el dilema de tratar de no equivocarse al decidir sacrificar la capacidad reproductiva o de salvar la vida de la madre. En el HRC no se han desarrollado trabajos para determinar la incidencia y demás características de las pacientes con histerectomía obstétrica de urgencia.

C. Etiología.

Si bien, según los textos clásicos, la hemorragia post parto por atonía uterina es una de las principales causas de HO, diferentes experiencias publicadas demuestran que las indicaciones están cambiando, y que también el enfrentamiento frente a patologías que durante el embarazo presentan un mayor riesgo de hemorragia postparto (como es el acretismo placentario y su asociación con placenta previa y cicatriz uterina) necesita nuevos enfoques y conductas terapéuticas ⁽¹⁰⁾.

La causa más común de la hemorragia grave que prosigue al postparto y a histerectomía es la atonía uterina 23,5 %. Las otras causas de histerectomías obstétricas reportadas son: ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa con una incidencia calculada de 12 %, placenta ácreta con 4,1 %, placenta previa 0,5 %, abrupto placentario 23,5 %. 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, reportándose estadísticas muy diversas según los diferentes estudios realizados (1, 2, 11).

D. Factores de riesgo.

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%. Existen otros factores que predisponen o incrementan la probabilidad de una histerectomía obstétrica: traumatismos durante el trabajo de parto y parto, afecciones obstétricas que predisponen a trastornos de la coagulación, volumen sanguíneo materno pequeño, entre otros (7).

E. Clases de histerectomía obstétrica.

1. **Cesárea-histerectomía** (también conocida como operación de Porro): cuando se realiza la cesárea y la histerectomía en un solo tiempo.
2. **Histerectomía poscesárea**: cuando estos actos se realizan en dos tiempos diferentes.
3. **Histerectomía posparto**: la que se realiza después de un parto, en el puerperio inmediato o mediato.

4. **Histerectomía poscuretaje o poslegrado:** si se hace luego de un curetaje o legrado uterino.

5. **Histerectomía en bloque:** cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica ^(10,11).

F. Indicaciones de histerectomía obstétrica de urgencia.

Las indicaciones absolutas son aquellas que durante el transcurso de un nacimiento vía vaginal y/o abdominal, obligan a terminar la intervención con una histerectomía como único procedimiento para solucionar una situación grave. Generalmente se elige la histerectomía total, pero en determinados casos, por la urgencia que se requiere, puede estar indicada la histerectomía subtotal ^(11, 15, 17).

➤ **Indicaciones absolutas:**

- ✓ Ruptura uterina de difícil reparación.
- ✓ Hemorragia incoercible.
- ✓ Prolongación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos.
- ✓ Útero de Couvelaire en abruptio placentae.
- ✓ Acretismo placentario.
- ✓ Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico.
- ✓ Infección puerperal de órganos internos.

➤ **Indicaciones electivas:** Son las que se plantean antes de la intervención; algunas surgen en el momento de la cirugía, sin ser por sí mismas indicación absoluta de histerectomía:

- ✓ Carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama.
- ✓ Mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha.
- ✓ Torsión de útero grávido en grado avanzado.
- ✓ Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino).
- ✓ Algunos casos de corioamnionitis grave.
- ✓ Enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual (talasemia, enfermedad de Werlhof, etc.) ^(11, 13, 15).

G. Técnica de la histerectomía obstétrica.

Es necesario disecar el colgajo vesical antes de iniciar la histerectomía. Desde el segmento uterino inferior anterior se realiza la doble ligadura de ligamentos redondos, se extiende hacia lateral la serosa vesicouterina a la que estaba adosada la vejiga antes de su disección; en ese momento se aseguran los ligamentos uteroováricos, previa formación de una ventana a través de la hoja posterior del ligamento ancho mediante doble fijación, corte y ligadura bilateral; se disecan los vasos uterinos, se corta y se hace una doble ligadura; se disecan, se sujetan y ligan a un nivel inferior al cuello uterino y posteriormente se retira la pieza quirúrgica por una incisión en la mucosa vaginal; se inspecciona el cérvix para asegurarse de que la remoción fue completa. Después de retirar el útero

completo, se aseguran todos los ángulos del fórnix vaginal lateral a los ligamentos cardinales y uterosacros con suturas crómicas en ocho. No hay unanimidad de opciones en cuanto a si se debe mantener abierto o hay que cerrar el manguito vaginal. Posterior al cierre de esta última, se realiza la peritonización pelviana, se verifica la hemostasia de todos los muñones y se continúa con el cierre de la pared abdominal por planos ^(3, 15, 17).

H. Complicaciones de la histerectomía obstétrica.

La HO cursa con un elevado número de complicaciones, entre las que más comúnmente se describen anemia, choque hipovolémico, que es la primera causa de las complicaciones que ocurren después de la histerectomía, o choque séptico, coagulación intravascular diseminada y lesiones de vías urinarias, laceración vesical, fístula vesicovaginal, ureterovaginal y rectovaginal; también eventos tromboembólicos, infecciones vesicales de cúpula y hasta peritonitis ^(6, 13).

2. 3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Edad materna:** tiempo de vida en años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio ⁽¹⁵⁾.

- **Edad gestacional:** edad del feto o del recién nacido, normalmente expresada en semanas desde el primer día del último periodo menstrual de la madre ⁽¹⁵⁾.

- **Paridad:** número de gestaciones que termina con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un recién nacido de peso mayor de 500g ⁽¹⁵⁾.

- **Parto.** Expulsión del producto de la concepción mayor de 20 semanas de gestación y sus anexos ⁽¹⁵⁾.

- **Control prenatal (CPN):** conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico ⁽¹⁵⁾.

- **Tipo de finalización del parto:** parto fisiológico o patológico en una embarazada ⁽¹⁵⁾.

- **Histerectomía obstétrica (HO):** es la resección total o parcial del útero, realizada generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por complicación de una enfermedad preexistente ^(13, 15).

- **Indicaciones de histerectomía obstétrica** examen de las circunstancias relativas al estado local y general de un enfermo, del que deriva la decisión y elección de una HO como el mejor tratamiento posible o para evitar complicaciones maternas o perinatales graves ^(11, 13).

- **Complicación posthisterectomía:** La que viene provocada de forma directa por la técnica quirúrgica aplicada ^(14, 15).

- **Anemia:** disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre por debajo de lo establecido como normal. Con corrección para altitud, normal: mayor de 13g/dL, leve: 11-12,9g/dL, moderada: 9-10,9g/dL, severa: menor de 9g/dL ⁽²⁰⁾.

- **Atonía uterina:** contracción defectuosa del útero en el parto, con una pérdida del tono muscular y de la capacidad de contracción del útero que ocurre en el postparto ⁽¹⁵⁾.

- **Infección del sitio quirúrgico:** cuando se evidenció salida de pus de la incisión superficial., acompañada de la aparición de uno de los siguientes signos: dolor, tumefacción localizada, enrojecimiento o calor con o sin apertura deliberada de la herida, documentada en la historia clínica ⁽¹⁴⁾.

- **Tiempo operatorio:** se definió como el intervalo de tiempo expresado en minutos desde la incisión en la piel abdominal hasta la colocación del último punto ⁽³⁾.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

3. 1. Hipótesis:

Por ser un proyecto con diseño descriptivo, la hipótesis es implícita.

3. 2. Definición operacional de variables

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORÍA	ESCALA	TIPO
EDAD MATERNA	Años cumplidos a partir de la fecha de nacimiento	≤ 20 años	Intervalo	Cuantitativa numérica
		21 - 35 años		
		≥ 35 años		
PROCEDENCIA	Origen de la paciente	Rural	Nominal	Cualitativa categórica
		Urbano		
PARIDAD	Número total de embarazos	0 1 2 3 o más	Razón	Cuantitativa discreta
EDAD GESTACIONAL	Edad del feto o recién nacido expresado en semanas a partir del primer día del último período menstrual de la madre	1º Trimestre (1 - 12 semanas)	Ordinal	Cualitativa
		2º Trimestre (13 - 26)		
		3º Trimestre (27 - 40)		
CONTROL PRENATAL	Control de la evolución del embarazo	< 6 CPN	Nominal	Cualitativa categórica
		≥ 6 CPN		
TIPO DE FINALIZACIÓN DE PARTO	Parto fisiológico o patológico en una embarazada	Vaginal	Nominal	Cualitativa categórica
		Cesárea		
INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA	Situación en la que se debe realizar la HO como el mejor tratamiento posible o para evitar complicaciones maternas o perinatales graves.	Atonía uterina	Nominal	Cualitativa categórica
		Acretismo placentario		
		Perforación uterina		
		Sepsis		
		Enfermedad trofoblástica		
		Otros		

TIPO DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA	Forma de clasificación de la histerectomía obstétrica realizada	Cesárea- HO	Nominal	Cualitativa categórica
		HO		
		poscesárea		
		HO posparto		
		HO poslegado		
COMPLICACIONES POSHISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA	La que viene provocada de forma directa por la técnica quirúrgica aplicada.	HO en bloque	Nominal	Cualitativa categórica
		Anemia		
		Sepsis		
		Infección de sitio quirúrgico		
		Shock hipovolémico		
		Lesión vesical		
		Insuficiencia renal aguda		
		Reintervención quirúrgica		
Ninguna				
RECIÉN NACIDO	Producto de la gestación	Óbito	Nominal	Cualitativa categórica
		Vivo		

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo para determinar las características clínicas materno-perinatales de las gestantes sometidas a histerectomía obstétrica de urgencia en el Hospital Regional de Cajamarca durante el 01 de enero 2008 al 31 diciembre de 2012.

4. 1. Técnicas de muestreo: Población y muestra.

- Población:

Todas las pacientes que tuvieron parto, interrupciones del embarazo o se encontraban durante el puerperio, a quienes se les realizó una histerectomía obstétrica de urgencia y que se atendieron en el Hospital Regional de Cajamarca durante el período de estudio.

- Muestra:

Total de pacientes a las que se les realizó histerectomía obstétrica de urgencia en el Hospital Regional de Cajamarca durante el período de estudio.

❖ **Criterios de inclusión:**

Se incluyó al 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 42 días), al momento de la histerectomía, durante el 01 de enero 2008 al 31 diciembre de 2012.

❖ **Criterios de exclusión:**

Expediente clínico incompleto en las variables seleccionadas en este estudio.

4 .2. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

- **Técnicas de recolección de datos**

Se acudió a revisar los libros de reporte operatorio de sala de operaciones, de donde se recopiló el nombre de las pacientes, luego con estos datos se acudió al servicio de Archivos y Estadística, donde se buscó el número (código) de historia clínica de las pacientes, finalmente se tomaron los datos pertinentes de las historias clínicas, en una ficha patrón diseñada para este efecto, acorde y coherente con los objetivos propuestos en la investigación (**Ver ANEXOS**).

- **Análisis estadístico de datos.**

Las fichas clínicas fueron revisadas y los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos Excel 2010, luego fueron procesados en el software IBM SPSS Statistics 20, empleándose los análisis estadísticos pertinentes para el tipo de estudio, media, porcentajes, tasas, frecuencia.

En el análisis descriptivo para la edad y tiempo operatorio se determinó medidas de tendencia central (media aritmética). Para las restantes variables cualitativas, se determinó frecuencias y porcentajes.

Para el procesamiento de datos, se definió una matriz maestra, las variables y sus respectivos valores, y el control de calidad de los datos se realizó manualmente. Para el ordenamiento y presentación de los datos, se utilizó gráficos y tablas de frecuencia, la interpretación de los resultados se realizó en base a frecuencias y porcentajes, todos ellos comparados con estudios actuales de investigación referentes al tema investigado.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

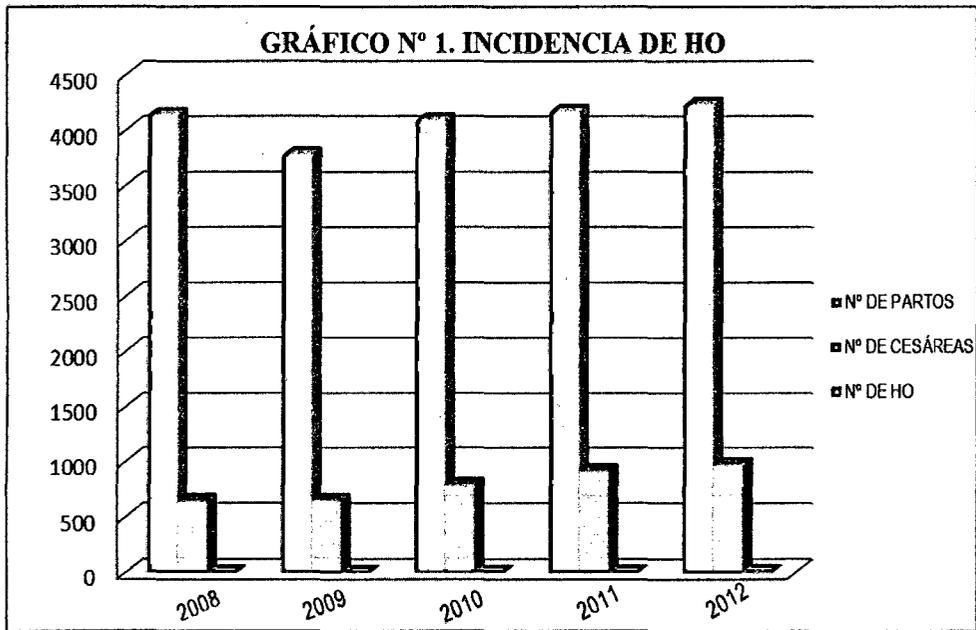
Entre enero de 2008 a diciembre de 2012 se registraron 20 411 partos y 3970 cesáreas en el HRC. En este período se registraron 35 casos en los que se debió realizar una histerectomía obstétrica y que reunían los criterios de inclusión para ser considerados dentro del estudio. Además se encontró una incidencia de 1,71 histerectomías obstétricas por cada 1000 partos. Como se muestra en la Tabla y Gráfico N° 1.

TABLA N° 1

Distribución de frecuencia de histerectomía obstétrica de urgencia en el HRC. Período 2008 -2012.

	N° DE	N° DE	TASA x 1000	
AÑO	PARTOS	CESÁREAS	N°	PARTOS
2008	4140	646	6	1,45
2009	3781	651	5	1,32
2010	4090	790	6	1,47
2011	4170	913	7	1,68
2012	4230	970	11	2,61
TOTAL	20411	3970	35	1,71

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.



Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

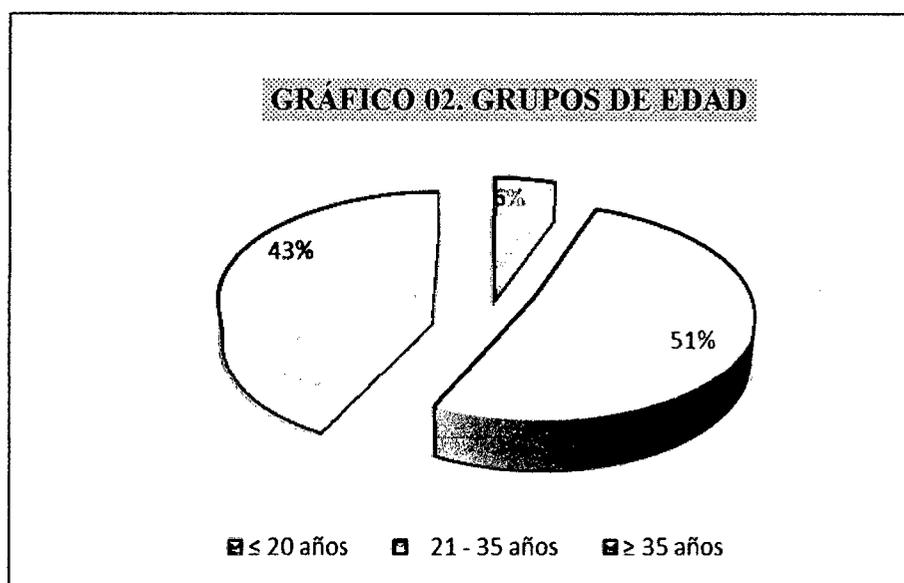
TABLA N° 2

Distribución de frecuencia de pacientes según la edad materna, HRC 2008-2012.

GRUPOS DE		
EDAD	N°	%
≤ 20 años	2	5,71
21 - 35 años	18	51,43
≥ 35 años	15	42,86
TOTAL	35	100

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

La edad promedio de las pacientes fue de 32,25 años (rango de 17 a 40 años), y las que tenían una edad entre 21 a 35 años constituyeron el 51,42 %, mientras que las pacientes con una edad menor o igual a 20 años representan el grupo etario menos frecuente, con solo el 5,71%, según se evidencia en la Tabla y Gráfico N° 2.



Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

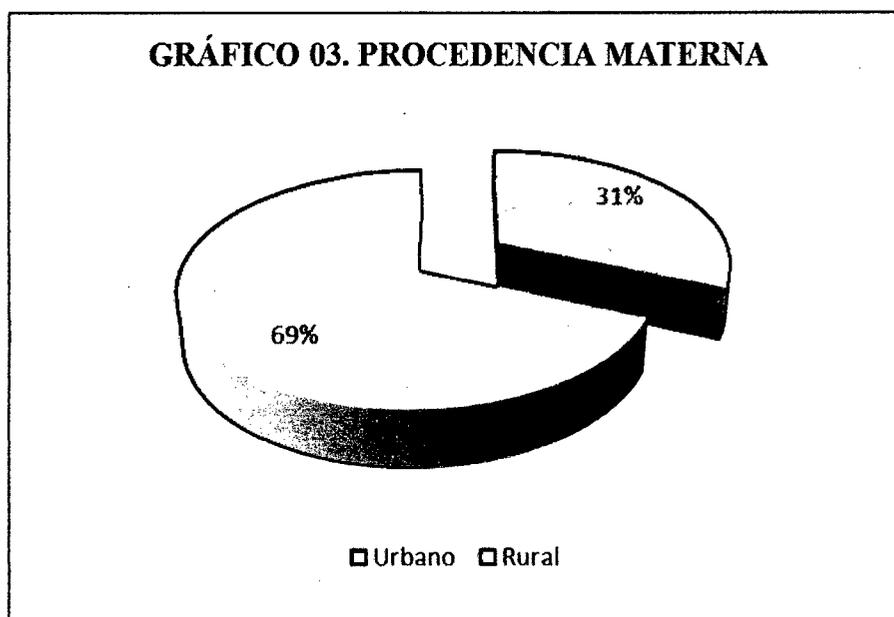
TABLA N° 3

**Distribución de pacientes según procedencia,
HRC 2008-2012.**

PROCEDENCIA	N°	%
Urbano	11	31,43
Rural	24	68,57
TOTAL	35	100,00

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

En el presente estudio se encontró que la mayoría de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de urgencia tenían procedencia rural, con un 68,57%, mientras que las de procedencia urbana, representaron el 31,43% del total, según se especifica en la Tabla y Gráfico N° 3.



Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

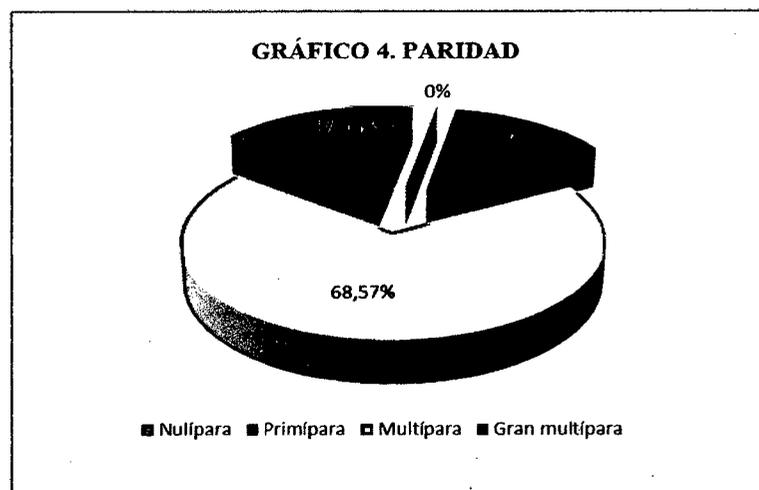
TABLA N° 4

Distribución de pacientes según paridad al momento de la histerectomía obstétrica, HRC 2008-2012.

PARIDAD	Nº	%
Nulípara	0	0
Primípara	5	14,29
Múltipara	24	68,57
Gran múltipara	6	17,14
TOTAL	35	100

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

La paridad promedio encontrada en el presente estudio fue de 3,77 (rango de 1 a 9 gestaciones), la mayoría de pacientes habían tenido 2 o más hijos al momento de realizarse la histerectomía obstétrica, constituyendo el 68,57%, además, no se encontraron pacientes que habían perdido el útero sin tener descendencia, como se muestra en la Tabla y Gráfico N° 4.



Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

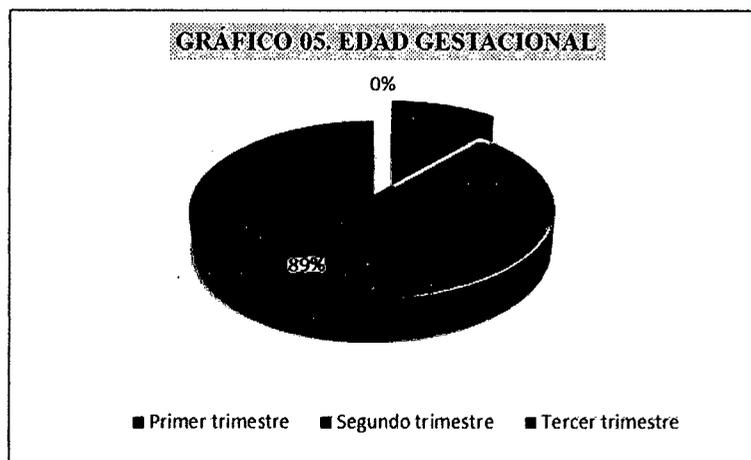
TABLA N° 5

Distribución de pacientes según edad gestacional al momento de la histerectomía obstétrica, HRC 2008-2012.

EDAD GESTACIONAL	N°	%
Primer trimestre	0	0
Segundo trimestre	4	11,43
Tercer trimestre	31	88,57
TOTAL	35	100

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

Se encontró una media de edad gestacional (EG) de 35,53 semanas, además que 31 pacientes (88,57%) cursaban gestaciones en el tercer trimestre o se encontraban en el puerperio, mientras que solo 4 pacientes (11,43%) se encontraban en el segundo trimestre de gestación. La menor EG fue de 15 semanas, mientras que la paciente con mayor EG al momento de la histerectomía obstétrica, tenía 40 semanas.



Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

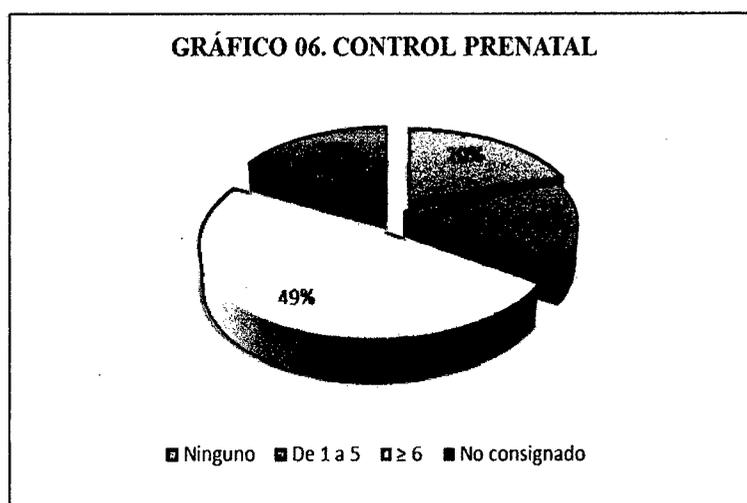
TABLA N° 6

Distribución de pacientes según control prenatal al momento de la histerectomía obstétrica, HRC 2008-2012.

CPN	Nº	%
Ninguno	7	20
De 1 a 5	5	14,29
≥ 6	17	48,57
No consignado	6	17,14
TOTAL	35	100

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

El número promedio de controles prenatales fue de 5,31 (rango de 0 hasta 11 CPN), mientras que se encontró que 7 pacientes (20%) no tenía ningún CPN. Además se determinó un porcentaje considerable (17,14%) de pacientes en los que no se registró el número de CPN en su correspondiente historia clínica, como se especifica en la Tabla y Gráfico N° 6.



Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

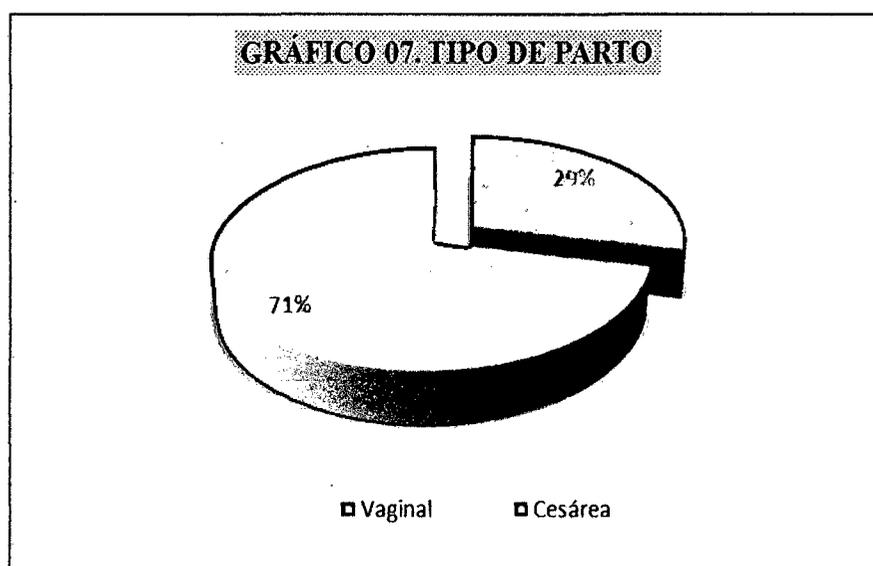
TABLA N° 7

Distribución de pacientes investigadas según tipo de parto al momento de la histerectomía obstétrica, HRC 2008-2012.

TIPO DE PARTO	N°	%
Vaginal	10	28,57
Cesárea	25	71,43
TOTAL	35	100

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

En el presente estudio se encontró que a 25 pacientes (71,43%), se le realizó histerectomía obstétrica durante o posterior a una operación cesárea, y a 10 pacientes (28,57%) durante el puerperio o postparto, como se muestra en la Tabla y Gráfico N° 7.



Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

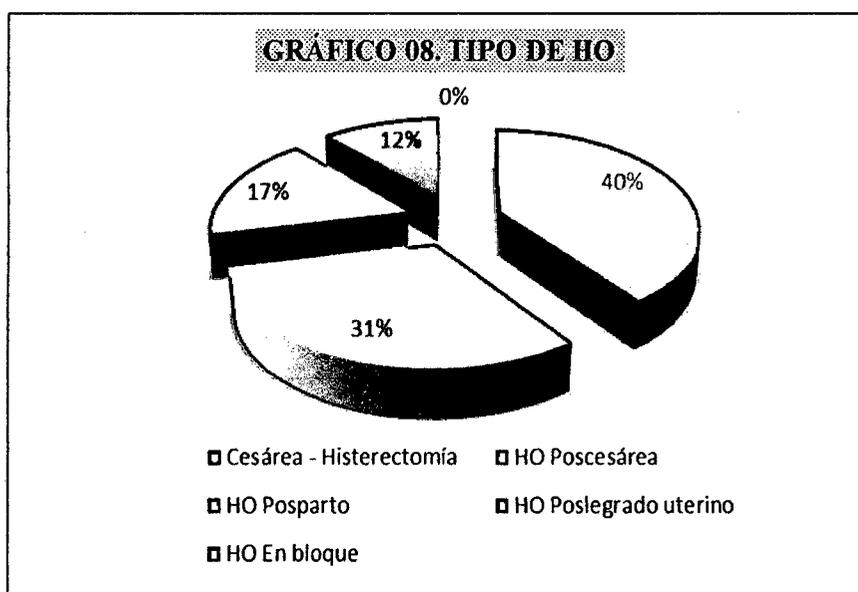
TABLA N° 8

Distribución de pacientes investigadas según tipo de histerectomía obstétrica realizada, HRC 2008-2012.

TIPO DE H.O	N°	%
Cesárea - histerectomía	14	40
HO poscesárea	11	31,43
HO posparto	6	17,14
HO poslegrado uterino	4	11,43
HO en bloque	0	0
TOTAL	35	100

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

Se encontró que el 40% pertenece al tipo cesárea-histerectomía, seguido de la HO poscesárea (31,43%), HO posparto (17,14%) y la HO poslegrado uterino (11,43%). No se reportó casos de HO en bloque (indicadas en casos de enfermedad trofoblástica). En la Tabla y Gráfico N° 9 se especifican estos datos.



Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

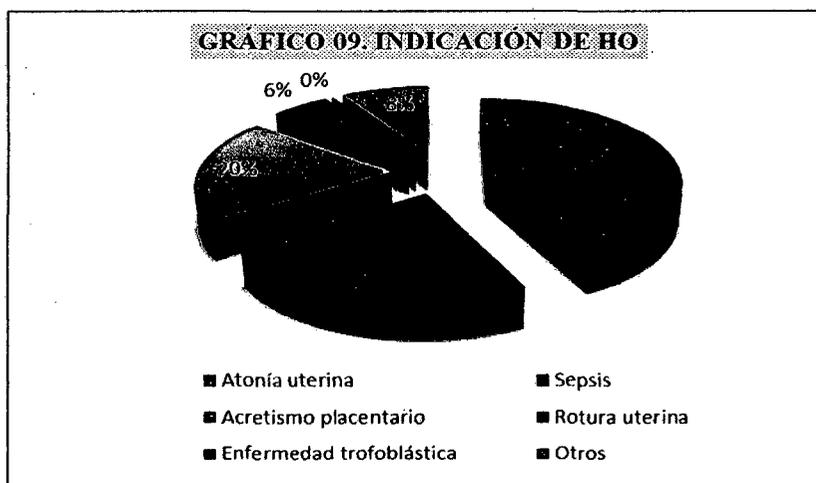
TABLA N° 9

Distribución de pacientes investigadas según indicación de la histerectomía obstétrica de urgencia, HRC 2008-2012.

INDICACIÓN DE HO.	N°	%
Atonía uterina	15	42,86
Sepsis	8	22,86
Acretismo placentario	7	20
Rotura uterina	2	5,71
Enfermedad trofoblástica	0	0
Otros	3	8,57
TOTAL	35	100

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

La principal indicación de HO fue la atonía uterina (42,86%), seguido de la sepsis (22,86%), acretismo placentario (20%), rotura uterina (5,71%) y el 8,57% restante correspondió a otras causas, entre las que se encontraron la inversión uterina (1 caso), endometritis puerperal (1 caso) y el último caso a desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (Útero de Couvelaire).



Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

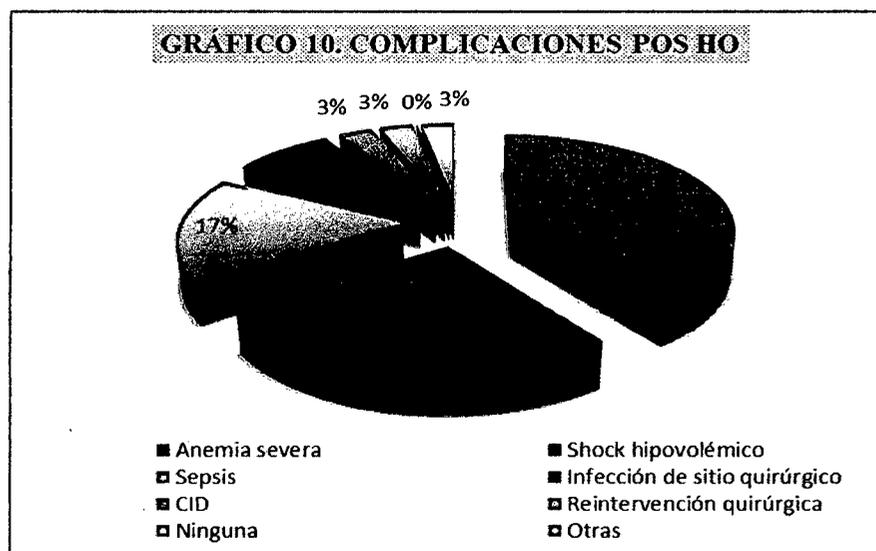
TABLA N° 10

Distribución de pacientes investigadas según complicaciones poshisterectomía obstétrica realizada, HRC 2008-2012.

COMPLICACIONES POS HO	N°	%
Anemia severa	14	40
Shock hipovolémico	9	25,71
Sepsis	6	17,14
Infección de sitio quirúrgico	3	8,57
CID	1	2,86
Reintervención quirúrgica	1	2,86
Ninguna	0	0
Otras	1	2,86
TOTAL	35	100

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

La complicación postoperatoria más frecuente fue la anemia severa (40%), seguido del shock hipovolémico (25,71%), sepsis (17.15%), infección de sitio quirúrgico (8,57%), un caso de CID y otro de reintervención quirúrgica, además un caso de insuficiencia renal aguda, como se muestra en la Tabla y Gráfico N° 11.



Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

TABLA N° 11

Distribución de pacientes investigadas según principales datos operatorios, HRC 2008-2012.

VARIEDAD DE H.O	N°	%
HO Total	1	2,86
HO Subtotal	34	97,14
TOTAL	35	100

TIEMPO OPERATORIO	N°	%
1-120 min.	32	91,43
≥121 min	3	8,57
TOTAL	35	100

TIPO DE ANESTESIA	N°	%
Regional	25	71,43
General	9	25,71
Regional + General (convertida)	1	2,85
TOTAL	35	100

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

Dentro de los principales datos operatorios se encontró que el 97,14% de HO correspondieron a la variedad subtotal, mientras que variedad total fue practicada en un solo caso (2,86%). El tiempo operatorio promedio fue de 109,42 minutos (rango de 60 a 180 minutos). El tipo de anestesia empleada con mayor frecuencia fue la regional (71,43%), seguida de la general (25,71%) y hubo necesidad de convertir la anestesia regional en general en solo un caso (2,85%), como se detalla en la Tabla N° 11.

TABLA N° 12

Distribución de pacientes investigadas según resultados maternos. HRC 2008-2012.

SERVICIO DE INGRESO		
POSQUIRÚRGICO	N°	%
Hospitalización	21	60
UCI	11	31,43
UCIN	3	8,57
TOTAL	35	100

ESTANCIA		
HOSPITALARIA	N°	%
<5 días	13	37,14
5 - 10 días	20	57,15
>10 días	2	5,71
TOTAL	35	100

EGRESO MATERNO		
	N°	%
Mejorada	33	94,29
Transferida	0	0
Fallecida	2	5,71
TOTAL	35	100

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

Se encontró que el 60% de pacientes tuvo como servicio de ingreso posquirúrgico hospitalización; 31,43% tuvo que ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y 8,57% a la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), además el 94,29% de las pacientes fueron dadas de alta mejoradas y la mortalidad alcanzó a 5,71% (una paciente fallecida por perforación uterina y otra por acretismo placentario). Una paciente (2,86%) requirió reintervención quirúrgica tras dehiscencia de herida operatoria. La estancia materna tuvo una media de 6,09 días (rango de 2 a 15 días), además 57,14% de pacientes tuvo una estancia hospitalaria entre 5 a 10 días, como se puede observar en la Tabla N° 12.

TABLA N° 13

Distribución de pacientes investigadas según resultados perinatales. HRC 2008-2012.

RECIÉN NACIDO	N°	%
Vivo	20	57,14
Óbito	12	34,28
Subtotal	32	91,42
No consignado	3	8,58
TOTAL	35	100

APGAR A LOS 5 minutos.	N°	%
0	7	20
1 – 3	0	0
4 – 6	0	0
7 – 10	17	48,57
Subtotal	24	68,57
No consignado	11	31,43
TOTAL	35	100

PESO DEL RECIÉN NACIDO	N°	%
<2500 g	3	8,57
2500 - 3999 g	16	45,71
≥4000g	1	2,86
Subtotal	20	57,14
No consignado	15	42,86
TOTAL	35	100

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del HRC.

Se encontró que el 57,14% de recién nacidos (RN) fueron registrados como vivos, 34,28% como óbitos y el 8,58% no fueron consignados. El 48,57% tuvo un APGAR a los 5 minutos entre 7-10, de 07 RN (óbitos) en el HRC se registró un APGAR de 0, mientras que no se registró en el 31,43%. El peso promedio fue 2883,50g (rango de 1610 a 4300g), el 45,71% tuvo un peso entre 2500 a 3999g, sólo 01 recién nacido (2,86%) tuvo un peso superior a los 4000g, y no se consignó el peso en el 42,86%, como se especifica en la Tabla N° 13.

5.2. DISCUSIÓN

La histerectomía obstétrica es frecuentemente realizada como un procedimiento de emergencia para salvar la vida de la mujer, esta puede ser llevada a cabo durante el embarazo, el parto o el puerperio. Su indicación obedece a procesos graves que de no solucionarse oportunamente la paciente está en franco peligro ^{14, 18}. Entre sus causas más frecuentes se señala la atonía uterina, el acretismo placentario, sepsis, la rotura uterina, la hemorragia poscesárea entre otras ^{17, 19}.

En el Hospital Regional de Cajamarca, la incidencia global alcanza 1,71 por mil partos, el 89% con gestaciones en el 3º trimestre (Tabla N°1), superior a lo encontrado en países desarrollados como lo reportado por Marian Knight M, et al, ¹ quien reporta una incidencia de 0,41 por mil partos, e incluso superior a lo encontrado en México por Mendoza Gama A, et al, ²¹ quien obtuvo una incidencia de 0,44%, en Venezuela, Briceño Pérez C, et al, ⁷ encontró que la incidencia de histerectomía obstétrica fue 0,07 %, pero es inferior a lo encontrado en Lima por Béjar Cuba J. ⁹ quien refiere una incidencia de 3,12 por mil partos y Aguilar Ponce S, et al⁴ quien reporta una tasa de 4,9 por 1000 partos. Clara Bodelon F, et al, ²⁹ refiere un incremento de la incidencia de 0,25 en 1987 a 0,82 por mil partos en el 2006 en Washington. Ello puede explicarse porque nuestra institución es el establecimiento de salud de mayor complejidad regional, por lo mismo es el centro de referencia de pacientes con problemas obstétricos a nivel local, además que por sus características, atiende una población de bajos recursos económicos, quienes tienen mayores factores de riesgo para tener patologías que obligan a

la operación motivo del presente estudio, con un bajo control prenatal, en su mayoría procedente de zonas rurales (Tabla N° 3 y 5).

La edad promedio encontrada fue 32,25 años (Tabla N°2), que concuerda con lo encontrado en Londres por Marian Knight M, et al, ¹ quien refiere una edad promedio de 32,52 años; algo superior a lo encontrado por Mendoza Gama A, et al, ²¹ quien obtuvo un promedio de edad de 29 años y Rana Karayalcin O, et al, ² quien obtuvo 30,2 años como promedio y Briceño Pérez C, et al, ⁷ que reporta una mayor incidencia en mujeres entre 25-29 años (26 %), pero inferior a lo encontrado por Pérez Méndez JL, et al, ⁸ quien encontró una edad promedio de 33,9 años. En el Perú Béjar Cuba J. ⁹ encontró un promedio de 30,7 años. Andrés Robert JS, et al, ²² encontró un promedio de edad de 36 años. Aguilar Ponce S, et al ⁴ refiere que la edad constituye un factor predisponente para culminar con una HO, probablemente relacionado a una historia obstétrica más amplia, e incremento de patologías crónicas que favorezcan la aparición de complicaciones.

Idénticamente la paridad promedio fue de 3,77 (rango de 1 a 9 gestaciones), superior a lo encontrado por Pérez Méndez JL, et al, ⁸ quien encontró un promedio de embarazos de 3,19 y Mendoza Gama A, et al, ²¹ que reporta un promedio de gestaciones de 1,0, pero similar a lo encontrado por Aguilar Ponce S, et al ⁴ quien reporta una media de gestaciones de 3,7. A diferencia de lo encontrado por Béjar Cuba J. ⁹ en nuestro estudio, no se reportan casos de pacientes que hayan perdido el útero sin tener hijos (Tabla N°4).

Se encontró una media de semanas de gestación de 35,53 semanas; 88,57% de pacientes cursaban gestaciones en el tercer trimestre o se encontraban en el

puerperio, y solo el 11,43% se encontraban en el segundo trimestre de gestación, ninguna paciente cursaba el primer trimestre (Tabla N° 5), algo superior a lo encontrado por Mendoza Gama A, et al, ²¹ que reporta una media de edad gestacional de 30.90 semanas y Rana Karayalcin O, et al, ² quien encontró una mayor incidencia de HO en el segundo trimestre pero similar a lo encontrado por Clara Bodelon F, et al ²⁹ quien refiere que el 68,5% se encontraban entre las 37 a 41 semanas de gestación.

En lo que se refiere al control prenatal, el número promedio fue de 5,31 y 7 pacientes (20%) no tenía ningún CPN (Tabla N° 6). Al respecto Rana Karayalcin O, et al, ² encontró que el 63,1% de pacientes nunca tuvo control prenatal y Béjar Cuba J. ⁹ reporta en su estudio que el 77,3% de pacientes no tenía ningún control prenatal, pero Briceño Pérez C, et al, ⁷ en un estudio realizado en Venezuela, encontró que el 63,33 % de pacientes tenían algún control prenatal. Faneite P, et al, ³¹ encontró que el 51,35% no tenía ningún CPN. Nwobodo El, et al, ²⁵ refiere en su estudio que el 87,83% no tuvo ningún CPN.

Se determinó que al 71,43%, se le realizó HO durante o posterior a una operación cesárea, y al 28,57% durante el puerperio o postparto (Tabla N° 7), además referente al tipo de HO realizada, 40% pertenece al tipo cesárea-histerectomía, seguido de la HO poscesárea con 31,43%, HO posparto con 17,14% y la HO poslegado uterino con el 11,43% (Tabla N° 8), inferior a lo reportado por Caro Bustos J, et al., quien reportó que el 96% de HO se realizó posterior a operación cesárea, de las cuales el 67% fueron de urgencia y el riesgo de HO es 56 veces más en los partos por cesárea que en los partos vaginales. Reveles Vázquez J, et al, ¹¹ refiere que el antecedente de cesárea es el factor de riesgo más importante

para realizar una HO, sobre todo cuando ha ocurrido en más de dos ocasiones y de urgencia, pero Fontaine Terry EL, et al, ⁶ refiere que el mayor número de histerectomías se realiza durante el posparto, le sigue en frecuencia la cesárea-histerectomía. Siendo estos resultados contradictorios a los publicados por otros autores, quienes manifiestan que la cesárea seguida de histerectomía de urgencia es la más frecuente. Así, Béjar Cuba J. ⁹ reporta que la posibilidad de perder el útero es más frecuente en los partos por cesárea que en los vaginales, ya que el 0,49% de las cesáreas terminan en histerectomía ya sea en el mismo acto operatorio o posteriormente, a diferencia de solo el 0,09% de los partos vaginales, además determinó que el riesgo relativo de terminar en HO entre las pacientes sometidas a cesárea es de 5,4 con un riesgo atribuible porcentual de 81,5% en el caso del grupo del tercer trimestre y puerperio, aunque, las causas que obligan a la cesárea de por sí y los eventos encontrados intraoperatoriamente son también factores de riesgo para histerectomía, como la placenta previa que a su vez es factor de riesgo para acretismo placentario, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta que conlleva infiltración uterina y útero de Couvelaire que condiciona atonía uterina.

Estas condiciones han sido denotadas también por otros autores como Aguilar Ponce S, et al, ⁴ quien cuantifica un riesgo entre 1,16-56,2 veces más con cesárea que con un parto fisiológico. Factores que también están presentes en nuestra realidad por el incremento progresivo de los partos por cesárea evidenciado durante los años de estudio. Esto nos alerta para un mejor control de nuestras tasas de cesárea en el HRC.

La principal indicación de HO en el presente estudio fue la atonía uterina (Tabla N° 9), que alcanzó el 42,86%, seguido de la sepsis (22,86%), acretismo placentario (20%), rotura uterina (5,71%) y el 8,57% restante correspondió a otras causas, entre las que se encuentran un caso de inversión uterina, otro de endometritis puerperal y el último caso a desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (Útero de Couvelaire). Estos datos concuerdan con lo reportado por Bárbara Aguilera R, et al, ¹² quien encontró como indicación de HO la atonía uterina con 37,5%, acretismo placentario 29,2%, metritis 20,8%, rotura uterina 4,2%, Briceño Pérez C, et al, ⁷ refiere a la atonía uterina con un 38%, sepsis 22%, rotura 16%, acretismo 12% y CID 12%. Mendoza Gama AY, et al, ²¹ reporta que las principales indicaciones de HO fueron la atonía uterina 36%, placenta ácreta 32%, rotura uterina 5% y Pérez Méndez JL, et al ⁸ quien refiere en su estudio que el 44% de HO fue pro atonía uterina y el 28% por acretismo placentario.

Actualmente existe un incremento progresivo de HO causadas por placentación anormal, reportado en diversos estudios ^{5, 18, 19}, como el de Reveles Vázquez J, et al, ¹¹ donde encontró que la placentación anormal constituye la primera causa con un 56,3%, Lattus OJ, et al, ²⁴ reporta un promedio de incidencia de 1/7000 gestaciones y se asocia principalmente a cicatriz uterina previa, también Rana Karayalcin O, et al, ² reporta que la placentación anormal como la placenta ácreta y/o previa constituyó el 42,4%, seguido de la atonía uterina con el 35,6%, relacionado con un incremento sustancial del parto por cesárea principalmente. Andrés Robert JS, et al, ²² refiere que el acretismo placentario fue la principal indicación de HO con un 61,8% y Natasha Gupta, et al, ²⁷ refiere un notable aumento de la incidencia de 1 en 30000 a 1 en 2500 en los últimos 50 años,

debido al incremento de la tasa de cesáreas, así como Bautista Gómez E, et al ³⁰ también refiere un incidencia de 1 por 540 hasta 1 por 70000 partos.

A diferencia de lo anteriormente mencionado, Béjar Cuba J. ⁹ reporta que la sepsis es la principal indicación encontrada en su estudio, con 39,7% de los casos, atonía uterina 28,7%, acretismo placentario 14% y rotura, desgarros o perforación constituyeron el 9,5%.

La complicación postoperatoria más frecuente fue la anemia severa 40%, seguido de shock hipovolémico en el 25,71%, sepsis en el 17.15%, infección de sitio quirúrgico en el 8,57%, hubo un caso reportado de CID y otro de reintervención quirúrgica, además un caso de insuficiencia renal aguda (Tabla N°10). Estos datos concuerdan con lo encontrado por Nwobodo EI, et el, ²⁵ quien refiere a la anemia como principal complicación con 66,2% shock hipovolémico 36,5% y sepsis con el 18,9%. Ahmet Yalinkaya J, et al, ²⁸ refiere a la relaparotomía como principal complicación con un 35,38%, seguido de la reacción febril posoperatoria con 16, 92%% y dehiscencia de herida operatoria con 16,92%, además concuerdan parcialmente con lo reportado por Béjar Cuba J. ⁹ quien encontró que el 45,6% de pacientes tenía anemia en el postoperatorio, refiriéndose además que casi todas las pacientes requieren transfusiones de sangre, con pérdidas sanguíneas que van de 3 a 4 litros. Pérez Méndez JL, et al ⁸ también reporta el síndrome anémico (78%) y el estado de choque (42%) secundario a la hemorragia como las complicaciones más frecuentes, además de 21% hematuria, 28% lesión vesical, 7% fiebre, 7% infección, 14% CID y una paciente fallecida, algunas pacientes cursando con más de una complicación. Pero existe una gran diferencia de lo reportado por Rana Karayalcin O, et al, ² quien detalla dentro de las

principales complicaciones a la injuria vesical, CID, falla renal, infección y complicaciones respiratorias, o lo referido por Fontaine Terry EL, et al, ⁶ que indica a la sepsis (11,2%) como la principal complicación, seguida de la hemorragia post histerectomía (3,2%), granuloma de cúpula (2,4%), pero encuentra que el 74,9% de pacientes no tuvo ninguna complicación postoperatoria. A su vez, Mendoza Gama AY, et al. ²¹ encuentra que la reintervención quirúrgica es la principal complicación (21,9%), seguido de la lesión vesical 7,3%; lesión ureteral, íleo posquirúrgico y CID con 2,4% respectivamente, pero con 63,4% de pacientes sin complicaciones y Andrés Robert JS, et al, ²² reporta que el 91,2% presentó complicaciones, la más frecuente correspondió a lesión vesical asociada a acretismo placentario (26,5%).

Dentro de los datos operatorios, el 97,14% de HO correspondieron a la variedad subtotal, mientras que variedad total fue practicada en un solo caso (2,86%). El tiempo operatorio promedio fue de 109,42 minutos (rango de 60 a 180 minutos). El tipo de anestesia empleada con mayor frecuencia fue la regional (71,43%), seguida de la general (25,71%) y hubo necesidad de convertir la anestesia regional en general en solo un caso (2,85%) (Tabla N°11). Esto difiere de lo encontrado por Caro Bustos J, et al ⁵ que reporta que la HO total se realizó en 52% de los casos y subtotal en 48%, con un tiempo operatorio promedio de 124,3 minutos, y el tipo de anestesia empleada fue la regional con 64%, general 20%, cambio de regional a general 16%. Béjar Cuba J. ⁹, reporta también que la HO abdominal total fue la operación más frecuente (94,1%), y en lo referente al tipo de anestesia encuentra que la más usada fue la general (62,5%), luego la regional (33,8%) y la convertida (3,7%), finalmente el tiempo operatorio promedio de 124,5 minutos. Por su parte Suárez González JA, et al ²⁶ refiere que el 63,3%

de HO fue del tipo total, con un tiempo operatorio promedio de 145,6 minutos y In Ho Lee, et al, ²³ refiere que la anestesia general se usó en el 30, 44%, convertida en un 67,39% y espinal en un 2,17% y el tiempo promedio estimado fue de 189 minutos.

De los resultados maternos, el 60% de pacientes tuvo como servicio de ingreso posquirúrgico hospitalización; 31,43% tuvo que ingresar a UCI y 8,57% a UCIN, además el 94,29% de las pacientes fueron dadas de alta mejoradas y la mortalidad alcanzó al 5,71%(una paciente fallecida por perforación uterina y otra por acretismo placentario). Una paciente (2,86%) requirió reintervención quirúrgica tras dehiscencia de herida operatoria. La estancia hospitalaria tuvo una media de 6,09 días y 57,14% tuvo una estancia hospitalaria entre 5 a 10 días (Tabla N°12). En Caro Bustos J, et al ⁵ se encuentra que un 30% de casos se hospitalizaron en UCI, los días promedios de hospitalización posoperatoria fueron 6,3 días. Mendoza Gama AY, et al. ²¹ refiere que la necesidad de UCI es alta en diversos estudios aproximadamente del 70%, pero en su estudio solamente el 58,5% de pacientes requirió UCI, la media de días de hospitalización fue de 5, 76%, no reportando muertes maternas. A su vez, Béjar Cuba J. ⁹ reporta que 91,2% de pacientes fueron dadas de alta mejoradas, 0,7% con secuela, 8 pacientes transferidas, pero reporta una mortalidad de 2,2%, con una estancia promedio de 10,74 días y una moda de 7 días. A su vez Faneite P, et al ³¹ refiere una estancia de 7 o menos días en el 67,57% y 8,11% de muertes maternas.

Finalmente de los resultados perinatales, el 57,14% de RN fueron registrados como vivos, 34,28% óbitos y el 8, 58% no fueron consignados. El 48,57% tuvo un APGAR a los cinco minutos entre 7-10, 07 RN óbitos (APGAR de 0) y no se

registró en el 31,43%. El peso promedio de los RN fue 2883,50g, el 45,71% tuvo un peso entre 2500 a 3999g, sólo 01 RN tuvo un peso superior a los 4000g, y no se consignó el peso en el 42,86%(Tabla N°13). Rana Karayalcin O, et al, ² refiere una mortalidad neonatal de 25,3% y un APGAR promedio a los 5 minutos de 9. Caro Bustos J, et al ⁵ encontró que el peso promedio de los RN fue de 2510g, APGAR a los 5 minutos de 7, 1 y 4 muertes neonatales precoces.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La incidencia de histerectomía obstétrica en el HRC en el período 2008 al 2012 fue de 1,71 por mil partos.
2. La edad promedio de la población estudiada fue de 32,25 años.
3. El 20% de pacientes no tuvo ningún control prenatal.
4. La principal indicación de histerectomía obstétrica fue la atonía uterina con un 42,86%.
5. Al 71,43% de pacientes se le realizó una histerectomía obstétrica de urgencia tipo cesárea-histerectomía o poscesárea.
6. La complicación posoperatoria más frecuente fue la anemia severa con un 40%.
7. La mortalidad materna encontrada en el presente estudio fue de 5,71%, comparable con otros estudios.

RECOMENDACIONES

- Realizar otras investigaciones con diferente diseño y metodología, estudiando la histerectomía obstétrica de urgencia en el Hospital Regional de Cajamarca, ya que ésta, debe ser objeto de atención priorizada, por su repercusión sobre la morbilidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marian Knight M, Jennifer Kurinczuck J, Patsy Spark B, Peter Brocklehurst M. For the United Kingdom Obstetric Surveillance System Steering Committee. Cesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy. *Obstet Gynecol*. London. January 2008; 111 (1): 97-05.
2. Rana Karayalcin O, Sarp Ozcan J, Sebnem Ozyer L, Leyla Mollamahmutoglu M, Nuri Danisman H. Emergency peripartum hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet*. Turkey. 2011; 283: 723-27.
3. Aragón Palmero F, Expósito Expósito M, Fleitas Pèrez O, Morgado Pérez A, Mirabal Rodríguez C, Aragón Palmero L. Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Cub Cirug*. Ciudad de la Habana. 2011; 50 (3): 82-95.
4. Aguilar Ponce S, Safora Enríquez O, Rodríguez Izquierdo A. La histerectomía obstétrica como un problema vigente. *Rev Cub Ginecol Obstet*. Ciudad de la Habana. 2012; 38 (7) :107-16.
5. Caro Bustos J, Ríos Álvaro L, Joaquín Bernales N. Histerectomía obstétrica en el hospital de Puerto Montt, 2000-2005. *Rev. Chil Obstet Ginecol*. Santiago. 2006; 71 (5): 313-19.

6. Fontaine Terry EL, Sánchez Lueiro M, Pugh Provost S, Estrada Canosa H. Morbimortalidad materna en histerectomía obstétrica de urgencia. Archivo Médico de Camagüey. 2005; 9 (1): 1025-0255.
7. Briceño Pérez C. Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Unidad Docente Hospital Chiquinquirá. Universidad del Zulia. Obstet Ginecol Venezuela. Maracaibo. 2009; 69 (2):89-96.
8. Pérez Méndez JL. Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza» y en el Hospital Ángeles México. Análisis comparativo. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. An Med Mex. 2008; 53 (1): 10-14.
9. Béjar Cuba J. Histerectomía de emergencia durante la gestación, en el Instituto Materno Perinatal: Incidencia y factores asociados (enero 1999 – diciembre 2000). Tesis para optar el Título Profesional de: especialista en ginecología y obstetricia. Lima – Perú. 2001.
10. Vanegas Estrada O, Sotolongo Falero A, Suárez Reyes AM, Muñis Rizo M. Histerectomía obstétrica de urgencia. Rev Cub Ginecol Obstet. Ciudad de la Habana. 2009; 35 (3): 1-10.
11. Reveles Vázquez J, Villegas Rivera G, Hernández Higareda S, Grover Páez F, Hernández Vega C, Patiño Segura A. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Mex. 2008; 76 (3): 156-60.

12. Bárbara Aguilera R, Karen Sepúlveda S, José Lattus O, Valeria Pantoja C, Moscoso Guichard F, Fritis Lucmet A, et al. Histerectomía obstétrica de emergencia. Experiencia en el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Rev. Obstet Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Santiago. 2006; 1 (1): 39-44.
13. Ramos García R, Ramírez López G, Hurtado Estrada G. Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. Archivos de Investigación Materno Infantil. México. Enero-Abril 2010; 2 (1): 11-14.
14. Engelsens I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum Hysterectomy. Incidence and Maternal Morbidity. Acta Obstet Gynecol. Maryland. 2010; 80 (3): 409-12.
15. Cunningham F., Leveno K., Bloom S., Hauth J., Rouse D., Spong C. Williams Obstetricia. 23 Edic. McGraw Hill Interamericana. México. 2011. p. 544-565.
16. Berek J. et al. Ginecología de Novak. 14º edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México. 2007. p. 837-850.
17. Schorge J., Schaffer J., Halvorson L., Hoffman B., Bradshaw K., Cunningham F., Williams Ginecología. 1ª Edic. McGraw Hill Interamericana. México. 2009. p. 905-910.

18. Juárez A, Rivera A, Durán M, Tellez S, Buitrón R. Histerectomía obstétrica por sepsis en el puerperio. Clin Invest Gin Obst. Madrid. 2011; En Prensa. (citado el 31 de noviembre de 2012). Disponible en:
<http://www.elsevier.es/gine10.1016/j.gine.2010.03.001>.
19. Maura K, Elena K, Susan H, Denise J, Susan M, Samuel P, Polly M. Incidence and Determinants of Peripartum Hysterectomy. American College of Obstetricians and Gynecologists. Atlanta. December 2006; 108 (6): 1486–92.
20. Grupo de Trabajo MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según capacidad Resolutiva. Lima. 2007.
21. Mendoza Gama AY, Pichardo Cuevas M, Moreno Sánchez JA, Naranjo Gutiérrez LA, Ramírez Mantiel ML, Contreras Carreto NA. Histerectomía obstétrica en el Hospital de la Mujer, SSA. Rev Invest Med Sur Mex. Julio-Septiembre 2011; 18 (3): 96-01.
22. Andrés Robert JS, Paolo Ricci A, Tulio Rodríguez A, Andrés Pons G. Histerectomía posparto: Experiencia de Clínica las Condes. Rev Chil Obstet Ginecol. Santiago. 2010; 75 (5): 300–305.
23. In Ho Lee, Ju Hyung Son, Young Chul Shin, Jae Hoon Byun, Hea Jo Yoon, Young Seok Jee. Anesthetic review of emergency peripartum hysterectomy following vaginal and cesarean delivery: A retrospective study. Korean J Anesthesiol. July 2012; 63 (1): 43-47.

24. Lattus OJ, Zamora GE, Mosella VF: Histerectomía total obstétrica de emergencia con placenta in situ como tratamiento sugerido para casos graves de placentación anormal íncrta. Rev Obstet Ginecol. Santiago. 2009; 4 (2): 119-126.
25. Nwobodo EI, Nnadi DC. Emergency Obstetric Hysterectomy in a Tertiary Hospital in Sokoto, Nigeria. Annal of Medical and Health Sciences Research. 2012; 2 (1): 37-40.
26. 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. Rev Cub Ginecol Obstet. Ciudad de la Habana. 2011; 37 (4): 481-488.
27. Natasha Gupta, Anu Gupta, Marlene Green, Hyung Shik Kang, Josef Blankstein. Placenta percreta at 17 weeks with consecutive hysterectomy. Case Report and Review of the Literature. Obstet Gynecol. Chicago. 2012; 13 (3): 107-113.
28. Ahmet Yalinkaya J, Irfan Güzel A, Kadir Kangal H. Emergency Peripartum Hysterectomy: 16-year: Experience of a Medical Hospital. J Chin Med Assoc. Turkey. 2010; 73 (7): 360-363.

29. Clara Bodelon F, Bernabe Ortiz A, Schiff MA, Susan DR. Factors Associated With Peripartum Hysterectomy. Department Obstetrics and Gynecology, Division of Public Health Sciences, University of Washington, Seattle. *Obstet Gynecol.* July 2009; 114(1): 115–123.
30. Bautista Gómez E, Morales García V, Hernández Cuevas J, Calvo Aguilar O, Flores Romero AL. Acretismo placentario: una alternativa quirúrgica que puede salvar vidas. *Ginecol Obstet Mex.* 2012; 80 (2): 79-83.
31. Faneite P, Rivera C, Faneite R. Histerectomía obstétrica (2000-2007). *Rev Obstet Ginecol. Venez.* 2008; 68 (2): 92-97.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PERSONALES

Nombre: _____ Número de historia

clínica:.....

Edad:.....años. Estado

civil:.....Procedencia.....

ITEMS DEL TEMA (marcar con X o círculo en la característica presente)

1. Antecedentes obstétricos:

➤ Número de gestaciones y parto: G.....P.....

➤ Edad gestacional (en semanas):.....semanas

➤ Controles prenatales

Ninguno. Menor de 6. Mayor o igual de 6.

2. Tipo de histerectomía obstétrica realizada

Posterior a cesárea. Posterior a parto vaginal. En
bloque. Cesárea – histerectomía Posterior a legrado
uterino.

3. Variedad de histerectomía obstétrica realizada

Histerectomía abdominal total Histerectomía abdominal
subtotal

4. Indicaciones de histerectomía obstétrica

Atonía uterina. Acretismo placentario. Perforación
uterina. Sepsis. Enfermedad trofoblástica.
 Otros (especificar)

5. Complicaciones posoperatorias

Anemia. Infección de sitio quirúrgico. Lesión
vesical. Sepsis. Shock hipovolémico.
 Reintervención quirúrgica. Insuficiencia renal aguda.
 Ninguna.

Morbilidad febril Otros (especificar).....

6. Servicio de ingreso posquirúrgico

Hospitalización. UCI. UCIN.

7. Condición de egreso materno

Mejorada. Transferida. Fallecida. Con patología y/o secuela.

8. Estancia hospitalaria

< 5 días. 5 – 10 días. > 10 días.

9. Tiempo operatorio

01 – 120 min. > 120 min. No consignado

10. Tipo de anestesia

General. Regional. Regional + General (convertida)

11. Recién nacido

Óbito. Vivo. No consignado

12. APGAR a los 5 minutos:

13. Peso del recién nacido (expresado en gramos):