

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TITULO

**“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A HISTERECTOMÍA
OBSTÉTRICA EN PACIENTES CESAREADAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, DURANTE LOS AÑOS
2011-2014”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

Presentado por la Bachiller de Medicina Humana

MILAGROS DEL ROSARIO RUBIO OCAMPO

ASESOR

Dr. JAVIER VÁSQUEZ VÁSQUEZ

Punchana – Iquitos

Perú

2015

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iv
Reconocimiento	v
Índice de tablas	vi
Resumen	vii
Capitulo I	
1. Introducción	2
2. Justificación	5
3. Planteamiento del Problema	6
4. Objetivos	7
Capitulo II	
5. Marco Teórico	9
4.1 Definiciones e incidencia	9
4.2 Antecedentes	15
6. Variables	19
7. Operacionalización de las variables	20
8. Hipótesis	25
Capitulo III	
9. Metodología	28
9.1 Tipo y Diseño de Investigación	28
9.2 Área de estudio	28
9.3 Período de estudio	28
9.4 Población y muestra	28
9.5 Técnica e instrumento	31
9.6 Procedimiento de recolección de datos	32
9.7 Análisis e Interpretación	32
9.8 Protección de los Derechos humanos	33
9.9 Limitaciones del Estudio	33
Capitulo IV	
10. Resultados	35
11. Discusión	50
12. Conclusiones	54

13. Recomendaciones	58
14. Referencias Bibliográficas	59
15. Anexos	62

Dedicatoria

A mis padres Rocio y Carlos, a mis abuelitos Teresa y Artemio, a mis Hermanos Rodrigo, María Fernanda, y Karla, por ser el estímulo permanente para superarme, por su amor, paciencia, afán y sacrificio gracias a la cual fue posible culminar esta etapa de estudios.

A mis amigos por el aprecio otorgado y el apoyo recibido en todo momento.

A mis amigos de cuatro patas Floppy, Saori y Mocca, quienes me enseñaron a respetar y amar otras formas de vida, que el amor no entiende de especies, idiomas o razones.

Agradecimiento

A los Docentes y Maestros de nuestra querida Facultad de Medicina Humana “Rafael Donayre Rojas”, por sus enseñanzas y su dedicación para con nosotros.

A mi asesor de tesis Dr. Javier Vásquez Vásquez, por su gran apoyo para la realización de esta investigación.

Al Dr. Hugo Rodríguez Ferrucci, por sus consejos, apoyo y colaboración incondicional para realizar el presente trabajo.

Índice de Tablas

Tabla N ^o 1	Relación entre Edad e Histerectomía Obstétrica	36
Tabla N ^o 2	Relación entre Grado de instrucción e Histerectomía Obstétrica	37
Tabla N ^o 3	Relación entre Estado civil e Histerectomía Obstétrica	38
Tabla N ^o 4	Relación entre Ocupación e Histerectomía Obstétrica	39
Tabla N ^o 5	Relación entre Procedencia e Histerectomía Obstétrica	40
Tabla N ^o 6	Relación entre Número de Gestaciones e Histerectomía Obstétrica	41
Tabla N ^o 7	Relación entre Paridad e Histerectomía Obstétrica	42
Tabla N ^o 8	Relación entre cesárea anterior e Histerectomía Obstétrica	43
Tabla N ^o 9	Relación entre control Prenatal e Histerectomía Obstétrica	44
Tabla N ^o 10	Relación entre Edad Gestacional e Histerectomía Obstétrica	45
Tabla N ^o 11	Relación entre Intervalo Intergenésico e Histerectomía Obstétrica	46
Tabla N ^o 12	Relación entre Embarazo Multifetal e Histerectomía Obstétrica	47

Índice de Gráficas

Gráfica N°1	Casos de Histerectomía Obstétrica	35
Gráfica N°2	Indicación de e Histerectomía Obstétrica	49
Gráfica N°2	Patologías de la Gestación e Histerectomía Obstétrica	46

Resumen

Factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los años 2011 - 2014

Bach. Med. Milagros del Rosario Rubio Ocampo

Introducción

La histerectomía obstétrica es la última alternativa en situaciones donde las medidas conservadoras no logran controlar la hemorragia postparto. La hemorragia obstétrica constituye una de las causas más frecuente de muerte materna y dentro de ella a hemorragia posparto es la causa directa para su realización. El propósito del presente estudio es determinar los factores que condicionan la histerectomía obstétrica con la finalidad de reconocerlos oportunamente para un buen manejo de la gestante o puerpera y así disminuir de la tasa de mortalidad materna.

Objetivo

Determinar los factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el período de 2011-2014.

Metodología

Se realizó una investigación de tipo retrospectivo, de diseño analítico caso control; que a través de la fórmula para este tipo de diseño se evaluaron 44 pacientes cesareadas que fueron sometidas a histerectomía obstétrica (casos) y 88 pacientes cesareadas que no fueron sometidas a histerectomía obstétrica (controles).

Resultados

Se encontraron 62 casos de Histerectomía obstétrica 44 de ellos se dieron en pacientes que tuvieron cesárea, 15 en pacientes que tuvieron parto eutócico y 3 en pacientes a quienes se les realizó legrado uterino por aborto incompleto.

En las pacientes cesareadas sometidas a histerectomía obstétrica se encontró relación relativamente significativa ($\chi^2= 7.404$; $p=0.0060$), teniendo como factor de riesgo la paridad (IC al 95%): OR nulíparas - primíparas = 1.49, OR nulíparas - multíparas = 3.2, OR nulíparas – gran multíparas = 2.42; las mujeres con cicatriz de cesárea previa tienen un riesgo 1.63 veces mayor de tener Histerectomía que aquellas sin cicatriz de cesárea previa. (OR= 1.63, IC al 95%); aquella mujer con CPI tiene un riesgo 1.11 mayor a ser histerectomizada que aquella sin atención prenatal; que la gestación pretérmino presentaría 1.49 veces mayor riesgo frente a un embarazo a término. Y a la edad gestacional posttérmino 1.12 veces mayor frente a un embarazo a término. (IC 95%). Teniendo como factor de riesgo el embarazo multifetal con Histerectomía Obstétrica (OR=3.315, IC 95%)

Se encontró como principal indicación de Histerectomía Obstétrica la Atonía Uterina en 65.9%, en segundo lugar la miomatosis 6.8%, seguida de Inminencia de Rotura Uterina, Hemorragia, Acretismo Placentario, Útero de Couvelaire, Shock Hemorrágico en 4.5%. Se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2= 72.854$; $p=0.000$) entre Hemorragia Obstétrica e Histerectomía Obstétrica (OR= 52.071, IC al 95%).

Conclusiones

La histerectomía obstétrica se relaciona con algunos factores clínicos y patologías de la gestación.

Palabras claves: histerectomía obstétrica, factores, Hospital Regional de Loreto.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado ¹.

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres.¹

La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional.¹

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo es de 230 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000.¹

En el Perú un estudio sobre la Mortalidad Materna durante los años 2002-2011, realizado con los datos del sistema de vigilancia epidemiológica de muerte materna y del registro de hechos vitales (defunciones) del Ministerio de Salud (MINSA).

Utilizando el método estadístico de captura y recaptura se estimó el sub registro de los dos sistemas utilizados, encontrándose que el sub registro para muerte materna, es mayor para el sistema de hechos vitales (51.2%), respecto al sistema de vigilancia epidemiológica (21.6%). Este sub registro es mayor en la sierra (15.6%), en la zona rural (12.9%), en los quintiles 1 y 2 de pobreza¹ (24%).

Los departamentos con mayor sub registro son: Amazonas, Loreto, Cajamarca y Ancash.¹⁴

Se determinó que en el periodo 2002 – 2011 ocurrieron 6691 muertes maternas, con un promedio de 669 muertes al año. A través del tiempo el número de muertes maternas se ha reducido, para el año 2011 se estimó que ocurrieron 550 muertes maternas con una variabilidad entre 527 y 573, siendo el sub registro de 5.5%.¹⁴

La primera causa de muerte materna en el Perú es la hemorragia obstétrica, siendo su RMM durante el periodo 2002-2011 de 46.1 muertes maternas por cien mil nacidos vivos, en el último quinquenio del estudio la RMM es de 34.9, observándose una tendencia a la reducción.

¹⁴

Del total de muertes maternas por hemorragia obstétrica Cajamarca ocupa el primer lugar acumulando 14.2%, seguido por Puno (10.9%), Piura (8.6%), Cusco (8.2%) y Huánuco (7.5%); siendo el departamento Huánuco el que tiene la mayor RMM por esta causa (221 por cien mil nacidos vivos).¹⁴

La histerectomía obstétrica es la última alternativa en situaciones donde las medidas conservadoras no logran controlar la hemorragia postparto. 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.

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 última medida en el manejo de hemorragia post parto.

Actualmente, son menos los médicos que indican este procedimiento debido a diversas razones, como; disponibilidad de antibióticos de amplio espectro, hemoderivados, agentes uterotónicos, y al refinamiento y estandarización de la cirugía.

Los factores de riesgo más identificados son: antecedentes de cesárea previa, ser mayor de 35 años de edad, haber tenido más de 3 hijos, instrumentación uterina previa y embarazos múltiples. Por mencionar algunos. ¹²

Si bien los textos clásicos, refieren que la hemorragia postparto por atonía uterina es una de las principales causas de Histerectomía Obstétrica, 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 (acretismo placentario, placenta previa, cicatriz uterina) necesita nuevos enfoques y conductas terapéuticas.

Así, para analizar la necesidad y factibilidad de nuevos enfoques, debemos reconocer las características de los casos en los que fue necesario realizar una Histerectomía Obstétrica, de modo de evaluar de forma consciente los beneficios de esta técnica.

2. JUSTIFICACION

La muerte de una mujer por causas relacionadas con el embarazo y/o el parto es un hecho que produce un gran impacto social, más aun si es un hecho que es evitable.

La hemorragia obstétrica constituye una de las causas más frecuente de muerte materna y dentro de ella la hemorragia post parto es la más relevante.

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 así como también a nivel nacional.

Es necesario identificar los factores de riesgo relacionados a Histerectomía Obstétrica, para reconocer posibles situaciones de alto riesgo quirúrgico, replantear conducta a seguir e instaurar medidas para que todos los Hospitales en los que se atienden partos cuenten con la infraestructura y recursos acordes con la gravedad de la situación y que dispongan con personal calificado.

Existen diversos estudios a nivel internacional y nacional sobre la clínica y factores asociados a la Histerectomía Obstétrica, pero no así estudios a nivel regional por lo que se hace necesario realizar un estudio en nuestro Hospital, siendo este principal centro referencial en nuestro Departamento.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011 a 2014?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Identificar los factores de riesgo relacionados a Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los años 2011-2014.

4.2 Objetivos específicos

- a) Reconocer los casos de Histerectomía Obstétrica.
- b) Identificar las características sociodemográficas de las pacientes cesareadas sometidas a Histerectomía Obstétrica en el Hospital Regional de Loreto, como edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, procedencia.
- c) Identificar características clínicas como paridad, control prenatal, tipo de parto, edad gestacional, intervalo intergenésico, embarazo multifetal e indicación de Histerectomía en pacientes cesareadas sometidas a Histerectomía Obstétrica en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.
- d) Identificar las patologías durante la gestación más frecuente y su relación con Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.
- e) Determinar los factores de riesgo relacionados a la Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto, durante los años 2011-2014.

CAPITULO II

5. MARCO TEORICO

5.1 Definiciones e Incidencia

La Histerectomía Obstétrica es la exéresis quirúrgica del útero durante el embarazo o inmediatamente después.

El término incluye la histerectomía con el embarazo in situ además de las cirugías relacionadas con complicaciones de parto.

Este término se concentra en la histerectomía peri parto, que incluye las Histerectomías post-cesáreas y post-parto.

La Histerectomía Obstétrica de emergencia se puede llevar a cabo después de una cesárea o sea 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 como aborto séptico, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas que llevan a una sepsis que no responda a antibióticos y que requiere desfocalización.⁴

La Histerectomía Obstétrica se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente al aumentar el riesgo de hemorragia, como la atonía o laceración uterina. En ocasiones no es posible controlar estas complicaciones, pese a que se dispone de procedimientos o medicamentos uterotónicos, por lo que se prefiere terminar con la fertilidad de la paciente antes de arriesgar su vida.

Estudios nacionales, son mayormente en relación a la cesárea - histerectomía, es así que Castillo y Espinoza en el IMP reportaron 49 casos entre enero de 1993 a diciembre de 1995, encontrando como factores de riesgo la multiparidad, edad mayor a 35 años, placenta previa, HTA, cesárea previa, situación transversa, trabajo de parto disfuncional y corioamnioitis entre otros. García en el Hospital Guillermo Almenara reporta que entre 1991 a 1998 el 0.33% de las cesáreas terminaron en histerectomía haciendo una incidencia de 0.94 por 1000 partos. Ramírez reporta entre 1980 a 1992.20 casos de cesárea histerectomía en los hospitales Guillermo Almenara y Centro Médico Naval entre 1980 y 1992 dando una incidencia de 1 en 1076 partos en el Hospital Almenara y 1 en 1954 partos en el Centro Médico Naval.^{15, 16, 17}

Otros autores a nivel internacional reportan que entre el 0.05% hasta 1.6% de las cesáreas terminan en histerectomía.^{18, 19, 20}

Navia y col. En Chile evalúan 52 casos de histerectomía obstétrica, obteniendo una incidencia de 1 por cada 2283 partos (0.44 por

1000), el 15.39% durante el 1er y 2do trimestre y el 84.61% en el 3er trimestre, la principal indicación fue la atonía uterina (25.00%), seguida del acretismo (21.15%).¹⁸

En Estados Unidos, en un estudio reciente, la incidencia de histerectomía después de una cesárea era de 8.3 en 1000 y 0.087 en 1000 después de un parto vaginal, en este estudio 94.5% de las pacientes tuvieron parto por cesárea y 66.7% de ellas tenía antecedente de esta operación. Las indicaciones de histerectomía de urgencia fueron placentación con adherencia anormal 64%. atonía uterina 21% y otras causas 17% (sepsis, fibromas y desgarros de la cicatriz uterina), las nulíparas tenían riesgo de histerectomía de 0.43 en 1000 partos y aquellas con una paridad de por lo menos cuatro tenían una tasa de 6.57 en 1000, en las mujeres que han tenido parto esta tasa aumento a 21 en 1000 si había placenta previa y 65 en 1000 si había antecedente de cesárea. Los últimos estudios reportan porcentajes crecientes del acretismo placentario como causa de la histerectomía obstétrica de urgencia y alcanzan hasta un 49.6% de las histerectomías de 1985 a 1990 y fueron la indicación más frecuente de histerectomía de urgencia en el periparto, mientras que informes previos 1978 a 1989 señalaba a la atonía uterina como la indicación más frecuente que contribuía con 43% de los casos, varios autores han especulado que los cambios en las indicaciones de la histerectomía de urgencia en el periparto tienen una relación directa con el mejor manejo medico de atonía y la mayor tasa de cesáreas por placenta previa que es un factor de riesgo establecido para la aparición de la placenta previa y acreta. Reportes de otros países mencionan al acretismo como primera causa (38.1%), como también a la ruptura uterina (35.3%).²¹

Momento de realización de la Histerectomía:

Según Obeid Layón y col. Citados por Villalobos y López, esta operación se puede clasificar en:

- Cesárea-histerectomía: cuando se realiza la cesárea y la histerectomía en un solo tiempo.
- Histerectomía post-cesárea: cuando estos actos se realizan por separado en dos tiempos diferentes.
- Histerectomía post-parto: la que se realiza después de un parto, en el puerperio inmediato o mediato.
- Histerectomía post-curetaje o post-legrado: si se hace después de un curetaje o legrado uterino.

- Histerectomía en bloque: cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica, u óbito fetal con corioamnionitis.

Indicaciones

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.

Indicaciones absolutas:

1. Rotura uterina
2. Hemorragia incoercible
3. Útero de Couvelaire
4. Acretismo placentario
5. Atonía uterina.
6. Infección puerperal de órganos internos, útero y ovarios.

Indicaciones electivas:

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

1. Carcinoma invasor de cérvix.
2. Mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha.
3. Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino).
4. Algunos casos de corioamnionitis grave.⁵

Rotura Uterina

Se define como la solución de continuidad de la pared uterina durante la gestación o el parto. En el Hospital Regional, en 2007, la frecuencia fue de 1.1%.

La mortalidad materna fluctúa entre el 3 y el 15% y la mortalidad perinatal entre el 50 a 75%. Puede ser del segmento o corporal y el riesgo promedio de recidiva es del 10%.⁶

En cuanto a su etiología existen causas determinantes (parto obstruido) y causas predisponentes (multiparidad).

Atonía Uterina

Ocurre en alrededor de 90 por ciento de los casos, cuando hubo trabajo de parto prolongado, sobredistensión uterina, distocia, manipulación excesiva del útero, inducción de parto, gran multiparidad, leiomiomatosis uterina, útero de Couvelaire, infección uterina.⁹

El miometrio no se contrae convenientemente, de manera que no controla el sangrado de los vasos sanguíneos que quedaron expuestos luego de la salida de la placenta.⁹

Hemorragia puerperal

Se define como la pérdida sanguínea de 500 ml en el alumbramiento o inmediatamente después del parto o 1000 ml después de una cesárea a consecuencia del sangrado desde el sitio de implantación placentaria, traumatismo del tracto genital y estructuras adyacentes.⁶

Se clasifica en temprana cuando ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto y tardía cuando ocurre después de las 24 horas hasta las 6 semanas postparto.⁶ En el Hospital Regional la frecuencia en 2010 fue de 0.6%.⁶

Útero de Couvaliere

Consiste en un estado de infiltración hemática del miometrio uterino debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal por vía cervical.¹¹

Acretismo placentario

El término placenta accreta se usa para describir cualquier implantación de la placenta en la cual hay adherencia anormalmente firme a la pared del útero. Como consecuencia de falta parcial o total de decidua basal, y desarrollo imperfecto de la capa fibrinoide (capa de Nitabuch), las vellosidades placentarias están fijadas al miometrio en la *placenta accreta*, invaden el miometrio en la *placenta increta*, y lo penetran en la *placenta percreta*. La adherencia anormal puede afectar todos los cotiledones (*placenta accreta total*), algunos a varios cotiledones (*placenta accreta parcial*), o sólo el cordón (*placenta accreta focal*).¹⁰

Técnica:

Se hace histerectomía supracervical o total utilizando las técnicas quirúrgicas estándar. Inicialmente no es necesario colocar un separador de autorretención, como el de Balfour. Se obtiene una exposición satisfactoria con la tracción cefálica del útero por un ayudánte, junto con el uso de separadores de mano, como el de

Richardson o Deaver. Se disecciona el colgajo vesical hacia abajo hasta alcanzar el cuello uterino, de ser posible. Después de la cesárea y extracción de la placenta, si la histerotomía sangra de manera notoria puede suturarse, o se aplicarán pinzas de Pennington o anillos para la hemostasia. Si la hemorragia es mínima, no requiere alguna de estas maniobras.¹⁰

Se cortan los ligamentos redondos cerca el útero entre pinzas de Heaney o Koecher, y se ligan en forma doble. Se pueden usar suturas de 0 ó 1. La incisión en la serosa vesicouterina que se hizo para movilizar la vejiga se extiende a los lados y arriba, hacia la hoja anterior del ligamento ancho hasta alcanzar los ligamentos redondos incididos (Fig.1). La hoja posterior del ligamento ancho adyacente al útero se perfora apenas bajo las trompas de Falopio, los ligamentos uteroováricos y los vasos uterinos. A continuación se pinzan doblemente esos vasos cerca del útero y se cortan, en tanto el pedículo lateral se liga de manera doble. Se corta la hoja posterior del ligamento ancho hacia abajo en dirección a los ligamentos uterosacros. Acto seguido, se disecciona la vejiga y el colgajo peritoneal adherido respecto del segmento uterino inferior y se alejan del campo quirúrgico (fig. 2). Si el colgajo vesical es muy adherente, como pudiese ocurrir con el antecedente de varias cesáreas, tal vez, sea necesaria su disección cortante cuidadosa.¹⁰

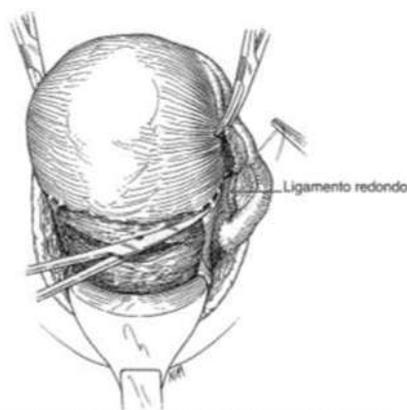


Figura 1. Se extiende la incisión en la serosa vesicouterina a los lados y hacia arriba en la hoja anterior del ligamento ancho hasta alcanzar los ligamentos redondos incluidos.

Se tiene especial cuidado a partir de este punto para evitar lesionar los uréteres, que pasan detrás de las arterias uterinas. Para lograrlo, un ayudante hace tracción constante sobre el útero en dirección contraria al lado en que se ligan los vasos uterinos. Se identifican la arteria ascendente y las venas correspondientes a cada lado, cerca de su origen. Tales pedículos se pinzan entonces de manera doble cerca del útero, se cortan y se ligan doblemente con material de sutura.¹⁰

En caso de hemorragia profusa puede ser más ventajoso pinzar rápidamente con dos instrumentos y cortar todos los pedículos vasculares entre las pinzas para obtener hemostasia y después retornar a la ligadura y sutura de dichos pedículos.¹⁰

Histerectomía supracervical: Para hacer una histerectomía subtotal, sólo se requiere amputar a nivel del cuello el cuerpo del útero. El muñón cervical puede cerrarse con sutura continua de catgut crómico o puntos separados. La histerectomía subtotal por lo general es todo lo que se requiere para detener una hemorragia y puede ser la operación más prudente en pacientes seleccionadas.¹⁰

Histerectomía total: En muchos casos es técnicamente más fácil culminar la operación después de amputar el fondo uterino y colocar pinzas de Ochsner o Koecher en el muñón, para tracción y hemostasia. También en ese momento se colocan separadores de autorretención. Para extirpar el cuello, es necesario disecar la vejiga en forma más en línea media y a los lados. Ello ayudará a llevar a los uréteres en dirección caudal conforme la vejiga se retrae detrás de la sínfisis y también impedirá las laceraciones o suturas de la vejiga durante la incisión de cuello uterino. Y el cierre de la cúpula vaginal. Antes de la cesárea, se disecciona la vejiga 2cm por debajo del borde inferior del cuello uterino para exponer la porción más alta de la vagina.¹⁰

Si el cuello está borrado y dilatado de manera notoria, se puede identificar la unión cervicovaginal después del parto mediante una incisión uterina vertical anterior en la línea media. Se a través de la correspondiente de histerotomía o por una que se hace a nivel a nivel de los vasos uterinos ligados.

Los ligamentos cardinales, los uterosacros y los muchos vasos grandes que contienen se sujetan doblemente de manera sistemática con pinzas tipo Heaney curvas, pinzas rectas de tipo Ochsner o instrumentos similares.(fig. 2) Las pinzas se colocan tan cerca del cuello uterino como sea posible, con cuidado de no incluir tejido excesivo en cada grapa. El tejido entre las pinzas se incide y se liga el pedículo distal mediante sutura. Estos pasos se repiten hasta que se alcanzan el nivel del fondo de saco vaginal lateral. De esa manera, se pinzan, cortan, y ligan las ramas descendentes de los vasos uterinos, conforme se disecciona el cuello uterino de los ligamentos cardinales en la cara posterior.

Inmediatamente debajo del cuello uterino, se coloca una pinza curva a través del fondo del saco vaginal lateral y se incide el tejido en dirección medial por arriba de la pinza. El fondo de saco vaginal lateral puede ligarse y suturarse de manera doble junto con el muñón

del ligamento cardinal. A continuación se extirpa el cuello uterino de la vagina. Se revisa para asegurarse que ha sido extirpado por completo y a continuación se repara la vagina. La vagina abierta puede favorecer el drenaje de líquidos, que de otra manera se acumularían y contribuirían a la formación de hematomas e infección. Si no se ha colocado ya un separador de autorretención, algunos clínicos eligen insertar el instrumento en ese momento. Se aísla entonces con compresas el intestino fuera del campo quirúrgico y se revisan todos los sitios de incisión cuidadosamente en cuanto a hemorragia.

Algunos clínicos deciden reperitonizar la pelvis. La pared abdominal normalmente se cierra por planos.

Ovariectomía: Casi todos los estudios indican que en 5% de las histerectomías posparto tendrá que extirparse un anexo para detener la hemorragia. Eso quiere decir que durante cualquier histerectomía debe tomarse la decisión acerca del destino de los ovarios.

5.2 Antecedentes:

5.2.1 Colque, M (2012): En el Perú, Según el MINSA- Oficina de epidemiología señala como primera causa obstétrica directa a las complicaciones del embarazo o el parto, este documento señala que diversos estudios realizados han permitido comprobar que en los países subdesarrollados las causas más frecuentes son: hemorragia de causa obstétrica, infección, toxemia, parto obstruido y aborto inducido, siendo este último el que presenta mayor subregistro y posiblemente está más expuesto a sufrir complicaciones.

Metodología: Tipo de estudio retrospectivo, descriptivo, analítico tipo caso control.

Casos: Pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica, hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia, atendidas en el período de 2005-2010.

Controles: Pacientes las cuales no fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica, hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia, atendidas en el periodo de 2005 -2010.

Población y muestra.- Se tomará como población a las pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica como casos y las pacientes no Histerectomizadas como controles. La Muestra de casos está dada por 65 pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica y los controles está dado por 195

casos de pacientes que no fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica, atendidas en el Hospital Regional del Cusco en el período 2005-2010, que cumplan con los criterios de selección, tanto para los casos como para los controles, teniéndose en cuenta que se tomarán 3 controles por cada uno de los casos de Histerectomía Obstétrica en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Cusco desde Enero 2005 a Diciembre del 2010, y además que estén registradas en los libros de Sala de Operaciones. Y que cumplan con los siguientes criterios de inclusión en ambos grupos.

Resultados.- Los factores de riesgo para Histerectomía Obstétrica son: Edad mayor a 35 años; Antecedente de legrado uterino; Antecedente de cesárea; multiparidad; sin controles prenatales. La principal indicación de Histerectomía fue la atonía uterina con un 38.5%, seguido de pacientes con enfermedad del trofoblasto con un 21.5%, acretismo placentario con un 10,8%.

Conclusiones.- Respecto a los factores de riesgo para la Histerectomía Obstétrica, se debe tener en cuenta los antecedentes obstétricos de la paciente sobre todo a nivel de la Historia Clínica de la paciente; ya que dentro de los factores de riesgo que se encontró en el presente estudio, se señalan muchos antecedentes que están de acuerdo con la literatura.

5.2.2 Rodas, D. (2012) La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico realizado durante o después del parto. Indicado para resolver complicaciones mortales para la paciente. En ocasiones no es posible controlarlas, y se prefiere terminar con la fertilidad antes que arriesgar la vida.

Objetivos: Caracterizar a las pacientes con Histerectomía Obstétrica en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Roosevelt basándose en indicación, morbimortalidad, perfil materno y obstétrico.

Métodos: Descriptivo, realizado durante el periodo de enero 2009 a diciembre 2009 en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt. Se revisaron los expedientes de 25 pacientes a quienes se realizó histerectomía obstétrica. Se identificaron las características

clínicas y sociodemográficas, las indicaciones y las complicaciones expresadas en frecuencias y porcentajes.

Resultados: El total de pacientes sometidas al procedimiento fue de 25. El 44% estaban entre la tercera y cuarta década de vida, siendo la paridad igual o mayor de 3 en el 75%. El 96% ocurrió durante el tercer trimestre. En el 68% había antecedente de cirugía, siendo la cesárea segmentaria el 64%. La histerectomía obstétrica, se realizó en un 76% de los casos por atonía uterina, en un 12%, por acretismo placentario y en un 12% por ruptura uterina. En el 92% hubo anemia, 52% shock hipovolémico y muerte en 2 casos (8%).

Conclusiones: La mayor indicación del procedimiento fue la atonía uterina en un 76%. Los casos de acretismo placentario y ruptura uterina tenían en un 68% antecedente de cesárea segmentaria. La mayor morbilidad fue la anemia, en un 92%.¹²

5.2.3 Briceño-López, J, et all.(2009) Objetivo: Determinar la incidencia, factores asociados y repercusiones de la histerectomía obstétrica.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, analítico y transversal que incluyó 50 pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en 64 293 casos obstétricos, durante un período de 15 años (del 01 de agosto de 1993 al 31 de julio de 2008). Ambiente: Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Nuestra Señora de Chiquinquirá. Maracaibo, Venezuela.

Resultados: 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 %), embarazos de 37-41semanas (56 %), poscesárea (46 %), histerectomía 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.

Conclusiones: En la población estudiada, la histerectomía obstétrica fue poco frecuente, más comúnmente indicada por

trastornos hemorrágicos y tuvo cifras de morbilidad y mortalidad materna elevadas.

5.2.4 Bejar (2001): Trabajo de investigación que se llevó a cabo en el Instituto Matero Perinatal, con el objetivo de conocer la incidencia de la histerectomía durante la gestación y los factores asociados a la misma, para lo cual se recurrió a la revisión total de casos de este procedimiento (136 pacientes) ocurridos en dos años, entre enero 1999 a diciembre del 2000.

La edad promedio de las pacientes fue de 30.7 +/- 6.86 años (rango de 17 a 45 años), con una paridad promedio de 3.51 +/- 1.98 gestaciones (rango de 1 a 9). El 77.3% no tenía control prenatal, el 94.9% ingresaron por emergencia con edades gestacionales entre el 1er y 2do trimestre, el 29.4% el tercer trimestre y, puérperas el 70.6%.

La incidencia global fue de 3.12 histerectomías por cada 1000 partos y 12.39 histerectomías por cada 1000 abortos.

Las principales indicaciones de Histerectomía Obstétrica fueron la sepsis (39.7%), seguido de la atonía uterina posparto (28.7%), el acretismo (14%). La mortalidad alcanzó el 2.2% y el 91.2% fue dada de alta mejorada. Las complicaciones post-operatorias más frecuentes fueron la anemia (45.6%), CID (9.6%) y la infección de herida operatoria (8.1%).

6. Variables

6.1.1 Variable dependiente:

Histerectomía obstétrica de urgencia.

6.1.2 Variables independientes:

a. Sociodemográficos.

- Edad
- Grado de instrucción
- Estado civil.
- Ocupación
- Procedencia.

b. Clínicas

- Gravidad
- Paridad
- Cesareada anterior
- Control prenatal.
- Edad gestacional.
- Intervalo intergenésico.
- Embarazo multifetal
- Indicaciones de Histerectomía

c. Patologías durante la gestación.

- Trastornos hipertensivos:
- Hemorragia Obstétrica
- Rotura Prematura de Membranas
- Parto Pretérmino
- Embarazo Postérmino
- Oligohidramnios
- Polihidramnios
- Restricción del Crecimiento Intrauterino
- Macrostomia Fetal
- Septicemia
- Óbito fetal

7. Operacionalización de variables

7.1.1 Dependiente

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA	TIPO
Histerectomía obstétrica	Resección parcial o total del útero, realizada generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Condicionando para este estudio en particular, la realización de una cesárea	Si No	Nominal

7.1.2 Independientes

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA	INDICADOR	TIPO
Sociodemográficos.				
Edad	Tiempo transcurrido en años de la madre desde el nacimiento hasta la inclusión al estudio.	< 15 años 16-24 años 25-34 años >35 años	Edad materna registrada en la Historia Clínica.	Ordinal
Grado de instrucción	Indica los diferentes grados académicos de nuestro sistema de educación.	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Grado de instrucción registrados en la Historia Clínica.	Nominal
Estado civil	Situación o condición conyugal	Soltera Conviviente Casada	Estado conyugal registrado en la Historia Clínica.	Nominal
Ocupación	Tipo de trabajo que realiza la paciente.	Ama de casa Independiente Dependiente	Ocupación registrada en la Historia Clínica.	Nominal
Procedencia	Lugar de residencia	Urbano Rural	Dirección registrada en la Historia Clínica	Nominal

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA	INDICADOR	TIPO
Patologías durante la gestación				
VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA	INDICADOR	TIPO
Clínicas				
Gravidad	Número de veces que la mujer ha estado gestando, haya o no sido completas.	<3 >3	Registro en la Historia Clínica	Ordinal
Paridad	Mujer que ha dado a luz sea por vía vaginal o abdominal, uno o más productos (vivos o muertos), con peso mayor a 500 g o mayor de 20 semanas de gestación.	Nulípara Primípara Multípara Gran Multípara	Paridad registrada según Fórmula Obstétrica registrada en la Historia Clínica	Ordinal
Cicatriz de Cesárea Previa	Gestante con historia de cesárea previa una o más veces.	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal
Control Prenatal	Número de visitas prenatales que se realizó en el actual embarazo.	No CPN <6 CPI 6 ó + Gestante controlada	Registro en la Historia Clínica	Ordinal
Edad Gestacional	Tiempo cronológico medido en semanas desde el primer día de la última menstruación y/o valorado por ultrasonido hasta el momento de la interrupción del embarazo, expresado en semanas.	Pretérmino: 28 a 36 Termino: 37 a 41 Postérmino: > 42	Registro en la Historia Clínica	Ordinal
Intervalo Intergenésico	Se define como el tiempo transcurrido desde el término de la última gestación (parto o aborto) y la actual	Corto <2años Adecuado >2años	Registro en la Historia Clínica	Nominal
Embarazo multifetal	Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal
Indicación de histerectomía	Patología por la cual se indica la Histerectomía y figura en la hoja de reporte operatorio.		Registro en la Historia Clínica	Nominal

Trastornos hipertensivos	Preeclampsia Leve: PA > 140/90 mmHg y menor de 160/110, albuminuria de 0.3 a 2g en orina 24 h o proteinuria con Test (+) de ácido sulfosalicílico, con presencia o no de edema. Preeclampsia Severa: PA >160/100 mmHg, albuminuria mayor de 2g en 24 h o proteinuria ++ o +++ con la prueba de ácido sulfosalicílico. Presencia de edema generalizado, edema pulmonar, disfunción hepática, trastornos de la coagulación, oliguria, anuria, cefalea, epigastralgia.	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal
	Eclampsia: Preeclampsia + convulsiones tónico clónicas y/o coma, sin otra causa orgánica.	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal
Hemorragia Obstétrica	Preparto: Placenta Previa: Implantación de la placenta por encima del orificio cervical interno, diagnosticada por ultrasonido, ya sea previa total, parcial o marginal. Desprendimiento Prematuro de Placenta: Presencia clínica de contracciones uterinas, hipertonía y sangrado transvaginal en embarazos mayores de 20 semanas y que tras el nacimiento del producto se encontró la separación placentaria parcial o	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal
	Postparto: Atonía Uterina Retención Placentaria, Placenta accreta Inversión Uterina, Rotura Uterina Desgarros de vías genitales	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal
Rotura Prematura de Membranas	Rotura de las membranas ovulares después de las 20 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto.	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal
Parto Pretérmino	Todo embarazo que culminó antes de las 37 y después de las 20 semanas de gestación	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal
Embarazo Prolongado	Gestación que se extiende por más de 42 semanas, 294 días a partir de la última menstruación.	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal

Oligohidramnios	Gestante mayor de 20 semanas con menos de 300cc de líquido amniótico; determinado con una ecografía obstétrica que muestra un índice de líquido amniótico menor de 50mm o un pozo menor de 40 mm.	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal
Polihidramnios	Gestante a término con líquido amniótico mayor a 1000cc, o ecográficamente con un índice amniótico mayor de 200mm, o un pozo mayor de 80 mm, a partir de las 20 semanas de gestación.	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal
RCIU	Peso fetal estimado por debajo del peso mínimo esperado para su edad gestacional (Percentil 10). Puede ser asimétrico y simétrico.	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal
Macrosomia Fetal	Feto que pesa al nacer más de 4.000 gramos; o que tiene un peso fetal estimado por ecografía más de 4.500 g	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal
Septicemia	Infección grave y generalizada de todo el organismo debida a la existencia de un foco infeccioso.	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal
Óbito fetal	Es la muerte fetal ocurrida después de la semana 20 de edad gestacional o con un peso fetal mayor a 500g, durante el embarazo o el trabajo de parto.	Si No	Registro en la Historia Clínica	Nominal

8. HIPÓTESIS

8.1.1 Hipótesis General

H0: Las características sociodemográficas (edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, procedencia) no son factores de riesgo a Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.

H1: Las características sociodemográficas (edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, procedencia) son factores de riesgo a Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.

H0: Las características clínicas (paridad, control prenatal, tipo de parto, edad gestacional, intervalo intergenésico, embarazo multifetal e indicación de Histerectomía) no son factores de riesgo a Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.

H1: Las características clínicas (paridad, control prenatal, tipo de parto, edad gestacional, intervalo intergenésico, embarazo multifetal e indicación de Histerectomía) son factores de riesgo a Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.

H0: Las patologías durante la gestación (trastornos hipertensivos, Hemorragia Obstétrica, Ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, embarazo postérmino, Oligohidramnios,

Polihidramnios, RCIU, Macrosomía Fetal, Septicemia) no son factores de riesgo a Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.

H1: Las patologías durante la gestación (trastornos hipertensivos, Hemorragia Obstétrica, Rotura prematura de membranas, parto pretérmino, embarazo postérmino, Oligohidramnios, Polihidramnios, RCIU, Macrosomía Fetal, Septicemia) son factores de riesgo a Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.

CAPITULO III

9. METODOLOGIA

9.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tipo:

Retrospectivo porque los hechos se han dado en el pasado y Correlacional porque se relacionan diferentes variables con un hecho determinado.

Diseño:

No experimental, transversal y retrospectivo. Analítico, de caso-control; cuyo proceso es comparar dos poblaciones, uno que presenta la variable dependiente (Histerectomía Obstétrica), denominado caso, frente a otro grupo que son las pacientes cesareadas que no fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica en el período de estudio y que pertenezcan al mismo grupo etario , denominado control, analizando la influencia de las variables independientes sobre la variable dependiente.

9.2 AREA DE ESTUDIO

El área en el que se trabajó fue el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”.

9.3 PERIODO DE ESTUDIO

Está comprendido entre Enero 2011 a Diciembre 2014.

9.4 POBLACION Y MUESTRA

La población estará constituida por todas las pacientes cesareadas sometidas a Histerectomía Obstétrica en el Hospital Regional de Loreto entre los años 2011 a 2014, y las pacientes cesareadas no

histerectomizadas como controles. Teniendo relación 1:2 entre casos y controles, cumpliendo los criterios de Inclusión y Exclusión.

Muestra:

La muestra está constituida por los casos y los controles respectivos que se seleccionen para el estudio. Para todo caso y control respectivo la unidad de análisis serán pacientes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.

Los **casos** fueron definidos como: todas aquellas pacientes cesareadas que fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica Periparto atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.

Los **controles** fueron definidos como: pacientes cesareadas que no fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica Periparto atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.

En la muestra se incluyeron todos los casos (Histerectomías Obstétricas) durante el periodo analizado y por cada caso se seleccionarán dos controles entre pacientes cesareadas del mismo grupo etario que cada caso.

Tamaño muestral:

El tamaño muestral fue calculado a través de la fórmula para estudio de casos controles:

Dónde:

n = tamaño de la muestra.

p1 es la frecuencia de la exposición entre los casos; para calcularlo se utiliza la siguiente fórmula:

w es una idea del valor aproximado del OR que se desea estimar.

p2 es la frecuencia de la exposición entre los controles.

p se calcula con la siguiente fórmula:

$Z_{1-\alpha/2}$ y $Z_{1-\beta}$ son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y la potencia seleccionadas para el estudio. En particular, para un nivel de seguridad de un 95 % y una potencia estadística del 90 % se tiene que $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ y $Z_{1-\beta} = 1.28$.

La muestra está constituida por el número calculado en función de lo ya expuesto y se elegirán los casos y controles que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión de los Casos:

- Pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto que ingresan a Sala de Operaciones en trabajo de parto y no parto, a quienes se le realiza Cesárea, y posteriormente después Histerectomía, sea esta intraoperatoria o durante el puerperio, independientemente o no de su indicación de cesárea.
- Histerectomía Obstétrica realizada en el Hospital Regional de Loreto desde enero 2011 a Diciembre 2014.

Criterios de inclusión de los Controles:

- Pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto que ingresan a Sala de Operaciones en trabajo de parto y no parto, a quienes se le realiza Cesárea, sin ser sometidas a Histerectomía, sea esta intraoperatoria o durante

el puerperio; que pertenezcan al mismo grupo etario que cada caso y hayan sido atendidas en el mismo año que cada caso.

Criterios de exclusión para los casos y controles:

- Pacientes del Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Loreto a las cuales se les realizó histerectomía de causa no obstétrica.
- Pacientes que no fueron cesareadas a quienes se les indico Histerectomía Obstétrica.
- Histerectomía Obstétrica realizada en el Hospital Regional de Loreto fuera del periodo comprendido de Enero 2011 a Diciembre 2014.

El muestreo fue probabilístico a través de número de Randon.

9.5 TECNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la de recolección de información de fuente secundaria a través de la historia clínica de la paciente; la forma de recolección de la información fue solicitando permiso a la dirección del hospital para tener acceso a las historias clínicas de los pacientes. Posteriormente se seleccionaron los casos y los controles utilizando el libro de registro del servicio de Sala de Operaciones y las historias clínicas correspondientes.

La ficha de recolección de datos consta de cuatro ítems, en el primero se recoge la presencia de Histerectomía Obstétrica, el segundo recoge información sobre las características sociodemográficas como la edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y procedencia, en el tercer ítem algunas características clínicas como paridad, control prenatal, edad gestacional, intervalo

intergenésico, embarazo multifetal e indicación de Histerectomía; y en el cuarto ítem algunas patologías más comunes de la gestación.

9.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Aprobado el proyecto se presentó una solicitud al Director del Hospital para el permiso correspondiente por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”.

A través del libro de registro del Servicio de Sala de Operaciones, se obtuvieron los números de las historias clínicas de las pacientes , y dentro del mismo año que ocurrió el caso se escogió al azar los controles, perteneciendo al mismo grupo etario, siendo la proporción 1:2. Los casos se escogieron de la totalidad de historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión; las variables a estudiar fueron obtenidas de la historia clínica.

Los datos recolectados fueron verificados con el asesor de la tesis, luego de ello se clasificaron y ordenaron para su almacenamiento.

9.7 ANALISIS E INTERPRETACIÓN

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software Microsoft Excel 2010, luego se procedió a realizar análisis bivariado con el software SPSS 20, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva y analítica mediante tablas bivariadas de frecuencias relativas, gráficos y tablas de contingencia; se aplicó la prueba del Chi cuadrado para determinar la relación entre las variables.

9.8 PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS

Se ha revisado la declaración de Helsinki médica mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, nuestro estudio no es experimental, es decir, toma datos de las Historias Clínicas de Ginecoobstetricia, previa autorización por la Dirección General del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”, por lo cual no se experimenta y se mantiene la confidencialidad de la información debido a que cada ficha está codificada con números.

9.9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dentro de las principales limitaciones que encontramos para la realización de este estudio se mencionan:

- En nuestro medio, no se cuenta con estudios actuales acerca del tema de estudio.
- La falta de algunos datos en las Historias Clínicas para el llenado correspondiente de las fichas de recolección de datos.

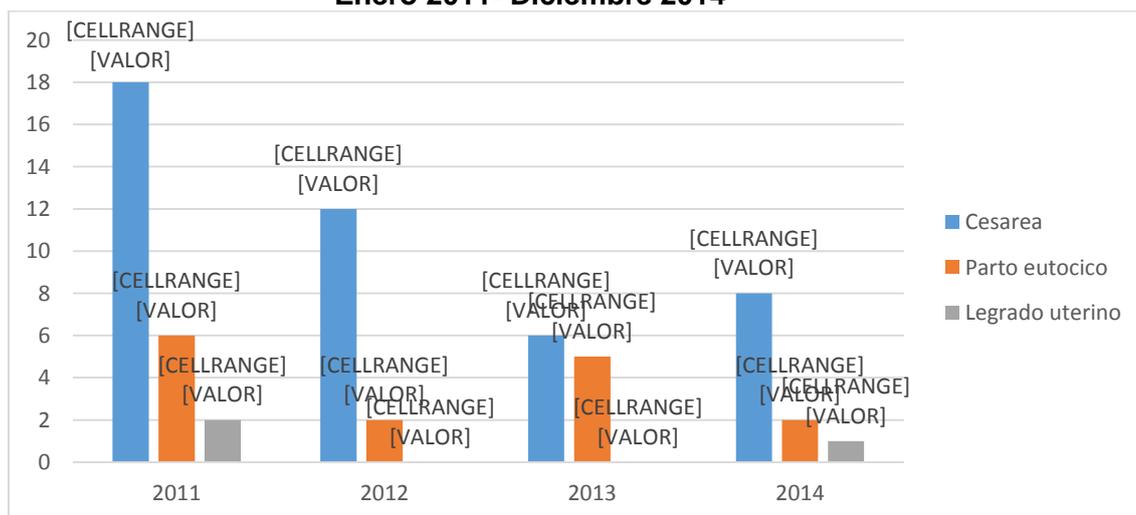
CAPITULO IV

10.RESULTADOS

En los cuatro años de estudio se encontraron 62 casos de Histerectomía Obstétrica, 70.9% (44) de ellos se dieron en pacientes que tuvieron cesárea, 24.1% (15) en pacientes que tuvieron parto eutócico y 4.8% (3) en pacientes a quienes se les realizó legrado uterino por aborto incompleto. (Gráfico 1)

El 40.9% se dieron en el 2011, 27.3% sucedieron durante el 2012, 13.6% pasaron en el 2013 y 18.2% en el 2014.

Gráfico N°1
Casos de Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto
Enero 2011- Diciembre 2014



a) Relación entre los factores sociodemográficos con la Histerectomía Obstétrica

La media de la edad materna para nuestra población estudiada fue de 29 años (+/- 2). El 41.67 % de las pacientes cesareadas tuvieron una edad de 25 a 34 años, el 31.06% pertenecía al grupo etario de 16 a 24 años, el 26.52% tuvo más de 35 años y el 0.76% de las pacientes estudiadas tuvieron una edad menor de 15 años.

No se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2=0.855$; $p=0.836$) entre la edad y la Histerectomía Obstétrica (Tabla N° 1).

Tampoco se encontró significancia estadística entre aquellas mujeres de 16 a 24 hijos con respecto a aquellas de 25-34 años ($OR=0.77$, IC al 95%, de 0.33-1.82); Así mismo, no se encontró significancia entre aquellas mayores a 35 años con respecto a las de 25-34 ($OR= 0.86$; IC al 95%, 0.34-2.11).

Tabla N°1
Relación entre edad e Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto
Enero 2011- Diciembre 2014

			Edad				Total
			Menor de 15 años	16 a 24 años	25 a 34 años	Más de 35 años	
Histerectomía Obstétrica	Control	Valor	1	26	38	23	88
		%	1.1%	29.5%	43.2%	26.1%	100.0%
	Caso	Valor	0	15	17	12	44
		%	0.0%	34.1%	38.6%	27.3%	100.0%
Total		Valor	1	41	55	35	132
		%	.8%	31.1%	41.7%	26.5%	100.0%

El 49.2% de las pacientes estudiadas tenía Grado de Instrucción Secundaria, siendo de 40.9% para los casos y 53.4% para los controles (Tabla N° 02).

El 2.3% de las pacientes histerectomizadas tenía grado de Instrucción Analfabeta, el 34.1% tenía primaria y un 22.7 % tenía grado de Instrucción superior.

No se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2= 3.425$; $p=0.331$) entre el Grado de Instrucción y la Histerectomía Obstétrica.

Tampoco se encontró significancia estadística entre aquellas mujeres con grado de instrucción Analfabeta-Primaria con respecto a aquellas que tenían secundaria (OR=0.45, IC al 95%, de 0.19-1.07); Así mismo, no se encontró significancia entre aquellas con estudios superiores con respecto a la que solo tenían secundaria (OR= 0.84; IC al 95%, 0.33-2.12).

Tabla N° 02
Relación entre Grado de Instrucción e Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto
Enero 2011- Diciembre 2014

			Grado de Instrucción				Total
			Analfabeta	Primaria	Secundaria	Superior	
Histerectomía Obstétrica	Control	Valor	1	18	47	22	88
		%	1.1%	20.5%	53.4%	25.0%	100.0%
	Caso	Valor	1	15	18	10	44
		%	2.3%	34.1%	40.9%	22.7%	100.0%
Total	Valor	2	33	65	32	132	
	%	1.5%	25.0%	49.2%	24.2%	100.0%	

El 75.8% de las pacientes estudiadas eran convivientes, siendo el 81.8% correspondiente a casos y el 72.7% a controles. El 11.4% de las pacientes histerectomizadas fueron solteras y un 6.8% estaban casadas.

No se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2=1.320$; $p=0.517$) entre el estado civil y la Histerectomía Obstétrica (Tabla N° 3).

Tabla N° 03
Relación entre Estado Civil e Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto
Enero 2011- Diciembre 2014

			Estado Civil			Total
			Soltera	Casada	Conviviente	
Histerectomía	Control	Valor	15	9	64	88

Obstétrica		%	17.0%	10.2%	72.7%	100.0%
	Caso	Valor	5	3	36	44
		%	11.4%	6.8%	81.8%	100.0%
Total		Valor	20	12	100	132
		%	15.2%	9.1%	75.8%	100.0%

El 77.3% de las pacientes estudiadas eran Ama de Casa, siendo los casos el 79.5% y el 76.1% los controles. (Tabla N° 04).

El 13.6% de las pacientes hysterectomizadas eran Dependientes y el 6.8% Independientes.

No se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2=2.147$; $p=0.342$) entre la Ocupación y la Histerectomía Obstétrica (Tabla N° 04).

Tabla N° 04
Relación entre Ocupación e Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto
Enero 2011- Diciembre 2014

		Ocupación			Total	
		Ama de casa	Dependiente	Independiente		
Histerectomía Obstétrica	Control	Valor	67	8	13	88
		%	76.1%	9.1%	14.8%	100.0%
	Caso	Valor	35	6	3	44
		%	79.5%	13.6%	6.8%	100.0%
Total		Valor	102	14	16	132
		%	77.3%	10.6%	12.1%	100.0%

El 70.5% de las pacientes estudiadas eran de Procedencia Urbana, siendo los casos el 65.9% y el 72.7% los controles. (Tabla N° 05).

El 34.1% de las pacientes histerectomizadas eran de procedencia rural.

No se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2=0.655$; $p=0.418$) entre la Procedencia y la Histerectomía Obstétrica (OR= 0.725; IC al 95%; 0.33- 1.58) (Tabla N° 05).

Tabla N° 05
Relación entre Procedencia e Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto
Enero 2011- Diciembre 2014

			Procedencia		Total
			Urbano	Rural	
Histerectomía Obstétrica	Control	Valor	64	24	88
		%	72.7%	27.3%	100.0%
	Caso	Valor	29	15	44
		%	65.9%	34.1%	100.0%
Total		Valor	93	39	132
		%	70.5%	29.5%	100.0%

b) Relación entre características clínicas con Histerectomía Obstétrica

El 19.70% de las pacientes estudiadas tenía menos de una a una gestación. El 18.18% tenía más de dos gestaciones, el 15.91% tenía más de 3 gestaciones. El 9.09% más de 4 gestaciones, y el 7.58% más de 5 gestaciones.

No se encontró relación estadísticamente significativa ($\text{Chi}^2=8.663$; $p=0.653$), entre el número de Gestaciones y la Histerectomía Obstétrica.

La prueba odds ratio teniendo como factor de riesgo al número de gestaciones < 5 demuestra un $\text{OR}=2.585$ (IC al 95%; 0.81-8.22)

Siendo así, aquellas mujeres que tenga más de 5 gestaciones tienen 2 veces mayor riesgo a ser sometidas a Histerectomía Obstétrica que aquellas con menos de 5 gestaciones. (Tabla N°06)

Tabla N° 06
Relación entre Número de Gestaciones e Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto
Enero 2011 – Diciembre 2014

Número de gestaciones			0 a 5 Gestaciones	6 a 12 Gestaciones	Total
Histerectomía Obstétrica	Control	Valor	82	6	88
		%	93.2%	6.8%	100.0%
	Caso	Valor	37	7	44
		%	84.1%	15.9%	100.0%
Total		Valor	119	13	132
		%	90.2%	9.8%	100.0%

En cuanto a paridad, el 38.6% de las pacientes era Nulípara, el 35.6% de las pacientes Multípara, el 18.2% primípara y el 7.6% Gran Multípara.

El 50.0% de los casos de Histerectomía Obstétricas se dieron en pacientes Multíparas, el 25.0% de los casos en Nulíparas, el 15.9% de los casos en primíparas y el 9.1% de los casos en gran Multíparas. (Tabla N° 07)

Se encontró $\chi^2 = 7.404$; $p = 0.060$. Teniendo como factor de riesgo la paridad (IC al 95%):

OR nulíparas - primíparas = 1.49 (0.49-4.51)

OR nulíparas - multíparas = 3.2 (1.32-7.71)

OR nulíparas – gran multíparas = 2.42 (0.57-10.13)

Siendo así, una mujer multípara tiene una probabilidad 3 veces mayor de ser Histerectomizada que una mujer nulípara. Una mujer gran multípara tendría 2 veces mayor riesgo de ser histerectomizada frente a una mujer nulípara. Y, una mujer primípara un riesgo 1.5 veces mayor de ser histerectomizada que una mujer nulípara.

Tabla N° 07
Relación entre Paridad e Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto
Enero 2011 – Diciembre 2014

			Paridad				Total
			Nulípara	Primípara	Multípara	Gran multípara	
Histerectomía Obstétrica	Control	Valor	40	17	25	6	88
		%	45.5%	19.3%	28.4%	6.8%	100.0%
	Caso	Valor	11	7	22	4	44
		%	25.0%	15.9%	50.0%	9.1%	100.0%
Total		Valor	51	24	47	10	132
		%	38.6%	18.2%	35.6%	7.6%	100.0%

El 76.5% de las pacientes estudiadas no tuvieron cicatriz de cesárea previa, mientras que el 23.5% sí eran cesareadas anterior.

El 70.5% de las pacientes que fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica no era Cesareada anterior, mientras que un 29.5% si presentaba este antecedente.

No se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2= 1.349$; $p=0.245$) entre la presencia de cicatriz de cesárea previa e Histerectomía Obstétrica. (Tabla N°08)

Las mujeres con cicatriz de cesárea previa tienen un riesgo 1.63 veces mayor de tener Histerectomía que aquellas sin cicatriz de cesárea previa. (OR= 1.63, IC al 95%. 0.711-3.73).

Tabla N°08
Relación entre Cesárea anterior e Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto 2011 – 2014

			Cesareada anterior		Total
			No	Sí	
Histerectomía Obstétrica	Control	Valor	70	18	88
		%	79.5%	20.5%	100.0%
	Caso	Valor	31	13	44
		%	70.5%	29.5%	100.0%
Total		Valor	101	31	132
		%	76.5%	23.5%	100.0%

El promedio de control prenatal fue de 5.9, con DS= 2.88.

El 16.7% de las pacientes estudiadas tuvo 6 controles prenatales.

El 47.6% de los casos de Histerectomía Obstétrica eran pacientes controladas (mayor de 6 atenciones prenatales), el 45.5% tenían Control Prenatal insuficiente y el 6.8% no tenían control prenatal. (Tabla N° 09)

Tabla N° 09
Relación entre CPN e Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto 2011 - 2014

		Control Prenatal			Total	
		No CPN	CPI	Controlada		
Histerectomía Obstétrica	Control	Valor	4	24	60	88
		%	4.5%	27.3%	68.2%	100.0%
	Caso	Valor	3	20	21	44
		%	6.8%	45.5%	47.7%	100.0%
Total	Valor	7	44	81	132	
	%	5.3%	33.3%	61.4%	100.0%	

No se encontró relación estadísticamente significancia entre CPN e Histerectomía Obstétrica (Chi2= 5.195; p= 0.074).

La prueba de Odds Ratio (IC al 95%) teniendo como factor de riesgo al control prenatal, encuentra que aquella mujer con Control Prenatal Insuficiente tiene un riesgo 1.11 mayor a ser histerectomizada que aquella sin atención prenatal. En tanto que, aquella mujer controlada presentaría un riesgo de 0.47 veces mayor que aquella sin atención prenatal.

El 71.2% de las pacientes estudiadas tuvo un embarazo a término, el 26.5% fue pretérmino y el 2.3% postérmino.

El 65.9% de los casos tuvo una gestación a término comprendida entre las 37 a 41 semanas, el 31.8% tuvo una gestación pretérmino y un 2.3% fue postérmino. (Tabla N°10) No se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2=0.961$; $p=0.619$) entre la edad gestacional y la Histerectomía Obstétrica.

Se encontró OR (IC al 95%, 0.66-3.23), teniendo como factor de riesgo a la edad gestacional pretérmino 1.49 veces mayor frente a un embarazo a término. Y a la edad gestacional postérmino 1.12 veces mayor frente a un embarazo a término (IC al 95%, 0.09-12.85)

Tabla N° 10
Relación entre Edad Gestacional e Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto 2011- 2014

		Edad Gestacional			Total	
		Pretérmino	Término	Postérmino		
Histerectomía Obstétrica	Control	Valor	21	65	2	88
		%	23.9%	73.9%	2.3%	100.0%
	Caso	Valor	14	29	1	44
		%	31.8%	65.9%	2.3%	100.0%
Total		Valor	35	94	3	132
		%	26.5%	71.2%	2.3%	100.0%

El 70.5% de las pacientes estudiadas tenía un intervalo intergenésico adecuado.

El 68.2% de los casos tuvieron un IG adecuado, el 18.2% tuvo un IG corto y un 13.6% no aplicaba a la evaluación.

No se encontró diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2= 3.498$; $p=0.174$) entre el intervalo intergenésico y la Histerectomía Obstétrica. (Tabla N°11).

La prueba de Odds ratio para aquellas pacientes con intervalo intergenésico corto con respecto a aquellas con intervalo intergenésico adecuado da como resultado $OR=2.4$, IC al 95%, 0.79-7.23.

Tabla N° 11
Relación entre Intervalo Intergenésico e Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto 2011- 2014

		Intervalo Intergenésico			Total	
		Corto	Adecuado	No aplica		
Histerectomía Obstétrica	Control	Valor	7	63	18	88
		%	8.0%	71.6%	20.5%	100.0%
	Caso	Valor	8	30	6	44
		%	18.2%	68.2%	13.6%	100.0%
Total		Valor	15	93	24	132
		%	11.4%	70.5%	18.2%	100.0%

El 92.4 de las pacientes estudiadas no presentó embarazo multifetal, siendo el 7.6% los casos de embarazo multifetal.

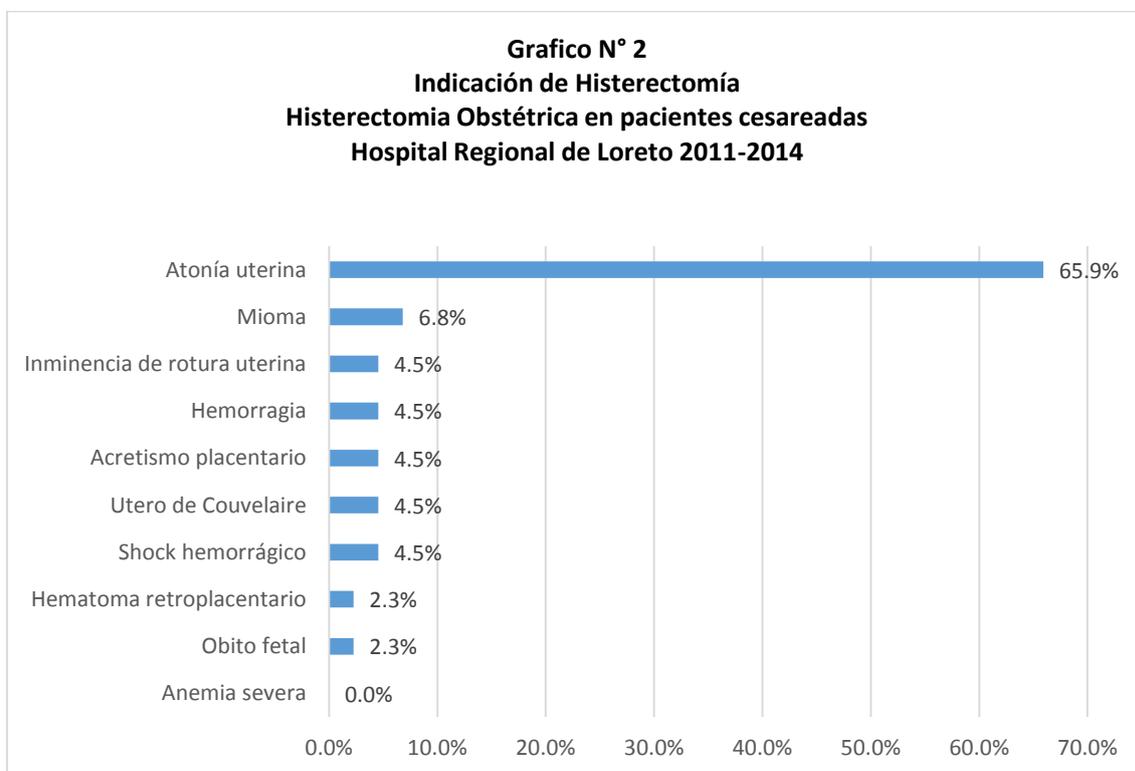
El 86.4% de los casos de Histerectomía Obstétrica no presentó embarazo multifetal, y el 13.6% presentó embarazo multifetal Gráfico N°15)

Se encontró $\chi^2 = 3.462$; y $p = 0.063$. La prueba de odds ratio (IC al 95%, 0.88-12.43) relevó que aquella mujer con embarazo multifetal tiene un riesgo de 3.315 de ser histerectomizada que aquella sin embarazo multifetal.

Tabla N° 12
Relación entre Embarazo Multifetal e Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto 2011- 2014

			Embarazo Multifetal		Total
			No	Sí	
Histerectomía Obstétrica	Control	valor	84	4	88
		%	95.5%	4.5%	100.0%
	Caso	Valor	38	6	44
		%	86.4%	13.6%	100.0%
Total	Valor	122	10	132	
	%	92.4%	7.6%	100.0%	

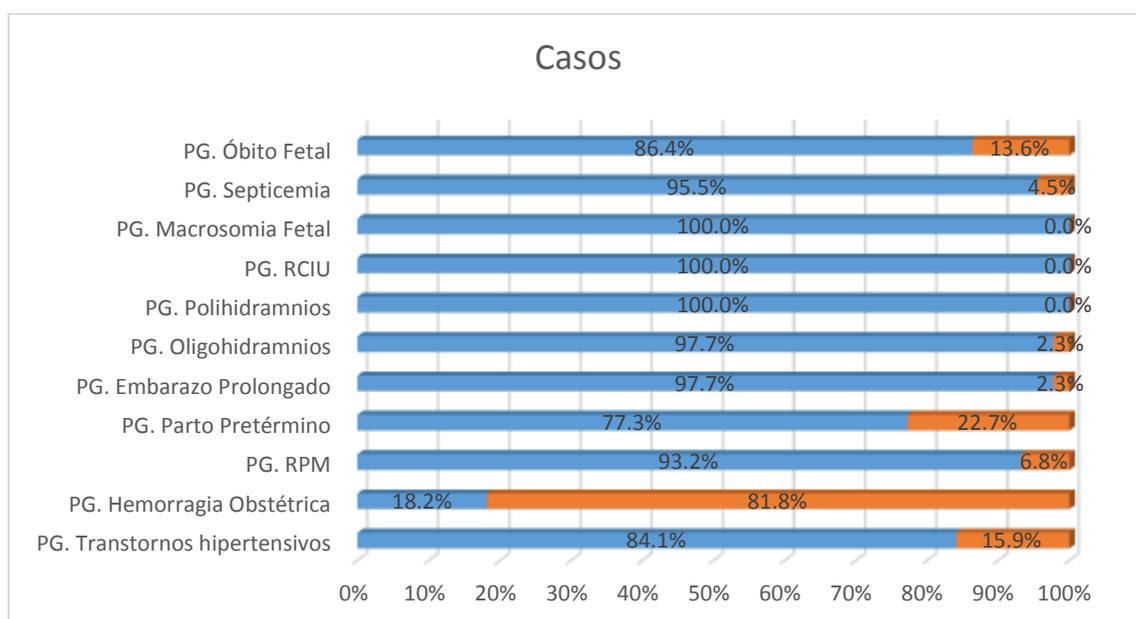
Se encontró como principal indicación de Histerectomía Obstétrica la Atonía Uterina en 65.9%, en segundo lugar la miomatosis 6.8%, seguida de Inminencia de Rotura Uterina, Hemorragia, Acretismo Placentario, Útero de Couvelaire, Shock Hemorrágico en 4.5%. (Gráfico N° 16).



c) Relación entre Patologías de la Gestación con Histerectomía Obstétrica

Se encontró que el 81.8% de los casos de Histerectomía Obstétrica presentaron Hemorragia Obstétrica siendo la principal patología relacionada. En segundo lugar el parto pretérmino con 22.7% y los trastornos hipertensivos en 15.9% (Gráfico N° 17).

Gráfico N° 2
Relación entre Patologías de la Gestación e Histerectomía Obstétrica
Hospital Regional de Loreto 2011- 2014



Se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 72.854$; $p = 0.000$) entre Hemorragia Obstétrica e Histerectomía Obstétrica.

Teniendo como factor de riesgo a la Hemorragia Obstétrica (OR= 52.071, 17.54-154.53, IC al 95%). Así, una mujer que tenga Hemorragia Obstétrica tendría 52 veces mayor riesgo de ser sometida a Histerectomía Obstétrica que aquella que no se presentase esta patología.

11. DISCUSIÓN

En los cuatro años de estudio se encontraron 62 casos de Histerectomía Obstétrica, 44 de ellos se dieron en pacientes que tuvieron cesárea, 15 en pacientes que tuvieron parto eutócico y 3 en pacientes a quienes se les realizó legrado uterino por aborto incompleto.

Colque, encuentra en su estudio 65 casos de Histerectomía Obstétrica, teniendo como evento obstétrico previo aborto 32,3%(21casos), Cesárea 47,7% (31 casos), Legrado 1.5% (1caso), Parto Eutócico 18.5% (12 casos).

Briceño, encuentra 50 casos de Histerectomía Obstétrica teniendo como evento previo Aborto 18%, Parto eutócico 36%, Cesárea 46%.

En nuestro estudio se encontró que la media para las pacientes estudiadas fue de 29 años (+/- 2). El 38.6% de las paciente cesareadas sometidas a histerectomía obstétrica pertenecía al grupo etario de 25 a 34 años. No se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2=0.855$; $p=0.836$) entre la edad y la Histerectomía Obstétrica (Tabla N° 1). Colque, obtuvo en su estudio que la edad materna mayor a 35 años era un factor de riesgo para Histerectomía Obstétrica (O.R=6,992 [95% IC=3,420-14,24]). Rodas, encontró que el 44% de las pacientes sometidas al procedimiento se encontraban entre la 3era y 4ta década de la vida. Briceño-López encontró que fue más frecuente en mujeres entre 25-29 años (26 %). Bejar, encuentra que la edad promedio era de 30.7% +/- 6.86 (rango de 17 a 45 años).

El 40.9% de las pacientes histerectomizadas tenía como grado de Instrucción Secundaria. (Tabla N° 02). El 2.3% de las pacientes histerectomizadas tenía grado de Instrucción Analfabeta, el 34.1% tenía primaria y un 22.7 % tenía grado de Instrucción superior.

No se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2= 3.425$; $p=0.331$) entre el Grado de Instrucción y la Histerectomía Obstétrica.

Bejar encuentra que el 63.2% de sus pacientes tenía educación secundaria.

El 81.8% de las pacientes hysterectomizadas fue Conviviente. El 11.4% de las pacientes hysterectomizadas fueron solteras y un 6.8% estaban casadas.

No se encontró relación estadísticamente significativa ($\text{Chi}^2=1.320$; $p=0.517$) entre el estado civil y la Histerectomía Obstétrica (Tabla N° 3). Briceño, encuentra que el 96% de sus pacientes estudiadas eran Solteras. Bejar, encuentra que el 56.6% de sus pacientes estudiadas era conviviente.

El 79.5% de los casos de Histerectomía Obstétrica se dio en pacientes que eran Ama de Casa. El 13.6% de las pacientes hysterectomizadas eran Dependientes y el 6.8% Independientes.

No se encontró relación estadísticamente significativa ($\text{Chi}^2=2.147$; $p=0.342$) entre la Ocupación y la Histerectomía Obstétrica (Tabla N° 04).

Bejar encuentra que el 80.1% de las pacientes en su estudio era ama de casa.

El 65.9% de las pacientes hysterectomizadas eran de procedencia urbano y el 34.1% de procedencia rural.

No se encontró relación estadísticamente significativa ($\text{Chi}^2=0.655$; $p=0.418$) entre la Procedencia y la Histerectomía Obstétrica (Tabla N° 05).

La prueba de odds ratio muestra una asociación no significativa entre procedencia e Histerectomía Obstétrica.

Bejar, encontró que el 63.2% de sus casos procedía de zonas urbano-marginales, catalogadas como de mediano (63.6%) o alto (34.6%) riesgo social. Colque, encuentra que un 29.8% de pacientes hysterectomizadas eran de procedencia urbana. $\text{OR}= 0.622$. Concluyendo que la procedencia no es un factor de riesgo para Histerectomía Obstétrica.

El 18.2% de las pacientes hysterectomizadas tenían más de 3 gestaciones, el 15.9% tenía entre 1 a 2 gestaciones, el 13.06% tenía más de 4 gestaciones o ninguna. El 6.8% de las pacientes tenía más de 5 gestaciones. El 4.5% tenía más de 7 ó más de 9 gestaciones. Un 2.3% tenía más de 6, 8 y 11 gestaciones. (Gráfico N° 03).

No se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2=8.663$; $p=0.653$, entre el número de Gestaciones y la Histerectomía Obstétrica (Gráfico N° 03).

La prueba odds ratio teniendo como factor de riesgo al número de gestaciones < 5 demuestra un $OR=2.585$ (IC al 95%)

Siendo así, aquellas mujeres que tenga más de 5 gestaciones tienen 2 veces mayor riesgo a ser sometidas a Histerectomía Obstétrica que aquellas con menos de 5 gestaciones.

Briceño, encuentra que los grupos predominantes en cuanto al número de gestaciones fueron IV (17 mujeres: 34 %), V (11 mujeres: 22 %) y III (8 mujeres: 16 %), y el promedio de embarazos fue 4,06 con rango de I-X. Rodas encontró que 76% de los casos presentaban 3 o más gestas.

El 50.0% de los casos de Histerectomía Obstétricas se dieron en pacientes Multíparas, el 25.0% de los casos en Nulíparas, el 15.9% de los casos en primíparas y el 9.1% de los casos en gran Multíparas.(Gráfico N° 05)

Se encontró $\chi^2= 7.404$; $p=0.060$. Teniendo como factor de riesgo la paridad (IC al 95%) Siendo así, una mujer múltipara tiene una probabilidad 3 veces mayor de ser Histerectomizada que una mujer nulípara. Una mujer gran múltipara tendría 2 veces mayor riesgo de ser hysterectomizada frente a una mujer nulípara. Y, una mujer primípara un riesgo 1.5 veces mayor de ser hysterectomizada que una mujer nulípara.

Colque, encuentra que 43.2% de las pacientes hysterectomizadas son múltiparas el 43,2%. El odds ratio calculado fue de 2,809 mayor que 1 (1.42-5.54) , por lo tanto se considera al antecedente de multiparidad como factor de riesgo, esto indica que una mujer que sea múltipara tiene una

probabilidad de 2 veces mayor de ser Histerectomizada en comparación con aquella mujer con hemorragia post-parto que no presenta este antecedente.

Briceño, tuvo como hallazgos nulíparas 20%. Primíparas 14%, Mulltiparas 58% y gran múltiparas 10%. Mientras que Rodas encuentra que 75% de sus casos tenía paridad mayor de 3.

El 70.5% de las pacientes que fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica no era Cesareada anterior, mientras que un 29.5% si presentaba este antecedente.

En nuestro estudio, encontramos que las mujeres con cicatriz de cesárea previa tienen un riesgo 1.63 veces mayor de tener Histerectomía que aquellas sin cicatriz de cesárea previa. (OR= 1.63, IC 95%, 0.711-3.73).

Colque, encontró que el 44% de pacientes con antecedente de cesáreas anteriores fueron Histerectomizadas, mientras que el 55,6% no fueron Histerectomizadas. Observó que el odds ratio calculado fue de 2,596 mayor que 1, por lo tanto consideró que el antecedente de cesáreas anteriores como factor de riesgo. Briceño obtuvo que el antecedente de cesárea en embarazos anteriores estuvo presente en 17 pacientes (34 %). En tanto Rodas encontró en el 68% había antecedente de cirugía, siendo la cesárea segmentaria el 64%.

En cuanto a control prenatal, nuestro estudio mostró El 47.6% de los casos de Histerectomía Obstétrica eran pacientes controladas (mayor de 6 atenciones prenatales), el 45.5% tenían Control Prenatal insuficiente y el 6.8% no tenían control prenatal. (Gráfico N° 09).

Se encontró $\text{Chi}^2= 5.195$; $p= 0.074$. La prueba de Odds Ratio (IC al 95%) teniendo como factor de riesgo al control prenatal, encuentra que aquella mujer con Control Prenatal Insuficiente tiene un riesgo 1.11 mayor a ser histerectomizada que aquella sin atención prenatal. En tanto que, aquella mujer controlada presentaría un riesgo de 0.47 veces mayor que aquella sin atención prenatal.

Colque, encontró que 43% pacientes que no presentaban controles prenatales fueron Histerectomizadas, mientras que el 57% no fueron Histerectomizadas. Teniendo como OR 7,304, por lo tanto consideró al antecedente de falta de controles prenatales como factor de riesgo, esto indica que una mujer que no tenga controles prenatales adecuados, tiene una probabilidad de 7 veces mayor de ser Histerectomizada en comparación con aquella mujer con hemorragia post-parto que no presenta este antecedente.

Briceño describió que el 63.33% de sus casos tenía CPN. Mientras que Bejar encontró que el 77.3% carecía de CPN.

El 65.9% de los casos tuvo una gestación a término comprendida entre las 37 a 41 semanas, el 31.8% tuvo una gestación pretérmino y un 2.3% fue postérmino. (Gráfico N° 11) No se encontró relación estadísticamente significativa ($\text{Chi}^2=0.961$; $p=0.619$) entre la edad gestacional y la Histerectomía Obstétrica.

Coincidiendo con Briceño, quien en cuanto a la duración del embarazo el grupo más frecuente fue entre 37-41,6 semanas (28 casos: 56 %).

Bejar, agrupó en gestaciones entre el 1er y 2do trimestre tendiendo el 29.4% y el 70.6% perteneciente al tercer trimestre y al puerperio.

El 68.2% de los casos tuvieron un IG adecuado, el 18.2% tuvo un IG corto y un 13.6% no aplicaba a la evaluación.

No se encontró diferencia estadísticamente significativa ($\text{Chi}^2= 3.498$; $p=0.174$) entre el intervalo intergenésico y la Histerectomía Obstétrica. (Gráfico N° 13).

Los autores revisados no cuentan con intervalo intergenésico como parámetro en sus estudios. A pesar de su importancia como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. En las pacientes multíparas, el riesgo de presentar complicaciones tales como labor de parto pretérmino,

trastorno hipertensivo del embarazo, óbito, diabetes gestacional, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer aumenta a razón de un intervalo intergenésico < 24 o > 60 meses, independientemente de otras variables como la edad. Un intervalo intergenésico < 24 meses se ha asociado con una evolución perinatal adversa²⁷.

El 86.4% de los casos de Histerectomía Obstétrica no presentó embarazo multifetal, y el 13.6% presentó embarazo multifetal (Gráfico N°15). Se encontró $\chi^2 = 3.462$; y $p = 0.063$. La prueba de odds ratio (IC al 95%) relevó que aquella mujer con embarazo multifetal tiene un riesgo de 3.315 de ser histerectomizada que aquella sin embarazo multifetal.

La bibliografía revisada no cuenta con información sobre embarazo multifetal como factor de riesgo relacionado a Histerectomía Obstétrica. No olvidemos que la sobredistensión uterina, en este caso por embarazo múltiple, es un factor de riesgo para Atonía Uterina y siendo esta el principal factor de riesgo de Hemorragia posparto y, que esta es la principal causa de Histerectomía Obstétrica.

Indicación de Histerectomía Obstétrica

Se encontró como principal indicación de Histerectomía Obstétrica la Atonía Uterina en 65.9%, en segundo lugar la miomatosis 6.8%, seguida de Inminencia de Rotura Uterina, Hemorragia, Acretismo Placentario, Útero de Couvelaire, Shock Hemorrágico en 4.5%. (Gráfico N° 16).

Colque, concuerda con nuestros resultados teniendo como principal indicación de Histerectomía Obstétrica la atonía uterina con un 38.5%, seguido de pacientes con enfermedad del trofoblasto con un 21.5%, acretismo placentario con un 10,8%.

Rodas, encuentra la histerectomía obstétrica, se realizó en un 76% de los casos por atonía uterina, en un 12%, por acretismo placentario y en un 12%

por ruptura uterina. En el 92% hubo anemia, 52% shock hipovolémico y muerte en 2 casos (8%).

Briceño, también concuerda con los resultados previos siendo la mayoría de HO se indicaron por atonía uterina (19 casos: 38 %), sepsis (11 casos: 22 %) y rotura uterina (8 casos: 16 %) y fueron del tipo total (43 casos: 86 %).

Bejar, por otro lado evaluó las indicaciones para histerectomía obstétrica disgregada en 1er y 2do trimestre por un lado y 3er trimestre y puerperio por otros. Observó que la sepsis estuvo presente en el 57.5% de los casos del 1er y 2do trimestre, y en el 24% de los casos del 3er trimestre y puerperio; En tanto, en el 3er trimestre y puerperio la atonía uterina alcanzó el 40.6%. el aletismo 19.8%; en el 1er y 2do trimestre las causas relacionadas al aborto fueron más frecuentes alcanzando un 87.5% (sepsis y/o perforación).

Por último, nuestro en nuestro estudio se encontró que el 81.8% de los casos de Histerectomía Obstétrica presentaron Hemorragia Obstétrica siendo la principal patología relacionada. En segundo lugar el parto pretérmino con 22.7% y los trastornos hipertensivos en 15.9% (Gráfico N° 17).

Se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2= 72.854$; $p=0.000$) entre Hemorragia Obstétrica e Histerectomía Obstétrica.

Teniendo como factor de riesgo a la Hemorragia Obstétrica (OR= 52.071, IC al 95%). Así, una mujer que tenga Hemorragia Obstétrica tendría 52 veces mayor riesgo de ser sometida a Histerectomía Obstétrica que aquella que no se presentase esta patología.

La atonía uterina es la falla total en la retracción normal uterina, siendo responsable del 50% de hemorragias del alumbramiento y 4% de las muertes maternas. Puede llevar rápidamente a hemorragia severa y shock hipovolémico.²⁷

12. CONCLUSIONES

- Se realizaron 62 casos de Histerectomía Obstétrica, 70.9% (44) de ellos se dieron en pacientes que tuvieron cesárea, 24.1%(15) en pacientes que tuvieron parto eutócico y 4.8%(3) en pacientes a quienes se les realizó legrado uterino por aborto incompleto.
- No se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, procedencia con la Histerectomía Obstétrica.
- Se encontró asociación entre las características clínicas obstétricas, pero solamente una relación estadísticamente significativa en cuanto a multiparidad. Siendo así, tenemos:
 - Número de gestaciones: Mayor a 5, OR=2.85 (IC al 95 % de 0.81 a 8.22)
 - Paridad: OR nulíparas/primíparas = 1.49 (IC 95%, de 0.49-4.51). OR nulíparas /multíparas= 3.2 (IC 95%, de 1.32-7.71)* OR nulíparas/gran múltiparas= 2.42 (IC 95% de 0.57-10.13)
 - Cesareada anterior, OR = 1.63 (IC 95%, 0.74-3.73)
 - CPN, OR= 0.65 (IC 95%, 0.139-3.04)
 - Edad gestacional: OR= Término/PreTérmino = 1.49 (IC 95%, 0.66-3.23). OR = Término /PosTérmino= 1.11 (IC 95%, 0.09-12.85).
 - Intervalo Inter-genésico, OR= 2.4 (IC 95%, 0.79-7.23)
 - Embarazo Multifetal, OR= 3.31 (IC 95%, 0.88-12.43)
- Se encontró como principal indicación de Histerectomía Obstétrica la Atonía Uterina en 65.9%, en segundo lugar la miomatosis 6.8%, seguida de Inminencia de Rotura Uterina, Hemorragia, Acretismo Placentario, Útero de Couvelaire, Shock Hemorrágico en 4.5%

- Se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2= 72.854$; $p=0.000$) entre Hemorragia Obstétrica e Histerectomía Obstétrica. Teniendo como factor de riesgo a la Hemorragia Obstétrica (OR=52.071, IC al 95%).

13. RECOMENDACIONES

Los hallazgos en el presente estudio nos permiten recomendar a las instituciones prestadoras de salud:

- Se debe tener en cuenta los antecedentes obstétricos de la paciente sobre todo a nivel de la Historia Clínica de la paciente; ya que muchos de estos antecedentes se describen como factores de riesgo en el presente estudio, como son la paridad, control prenatal, gestación pretérmino, embarazo multifetal.
- Encontrándose a la falta de control prenatal como factor de riesgo para Histerectomía Obstétrica. Tomar las estrategias para garantizar la atención prenatal, en cuanto como el sistema de salud lo considere necesario, así desarrollar visitas domiciliarias a las gestantes que no acuden a su control prenatal.
- Identificar los factores de riesgo relacionados a parto pretérmino, a fin de disminuir el riesgo de histerectomía obstétrica, así como los recién nacidos con prematuridad.
- Prestar mayor atención en aquellas gestantes con embarazo multifetal, siendo este un factor de riesgo a histerectomía obstétrica.
- Capacitar al personal de salud en el diagnóstico oportuno y manejo adecuado de Hemorragia Obstétrica y principales causas, a fin de disminuir la mortalidad materna.
- Realizar un estudio más amplio sobre la incidencia y factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica, tanto en mujeres cesareadas y no cesareadas, que abarque los tres grandes hospitales de la ciudad de Iquitos.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Mortalidad Materna. World Health Organization. Nota Descriptiva. Mayo 2014. Sitio en internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Colque, Mayra. Clínica y factores asociados a la Histerectomía Obstétrica en el Hospital Regional del Cusco año 2005-2010.
3. Gilstrap III, Cunningham, Van Dorsten, Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. 2ª edición Editorial Medica Panamericana.
4. Bejar, Julio. Histerectomía de emergencia durante la gestación, incidencia y factores asociados en el Instituto Materno Perinatal 1999-2000.
5. Ramos R, Ramirez G, Hurtado G. Indicaciones de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007-2008.
6. Vásquez, Javier. Manual de Ginecología y Obstetricia. 4ta edición. 2011. Editorial Tierra Nueva.
7. Ticona, Manuel y col. Mortalidad perinatal en hospitales del MINSA Perú.
8. Up To Date. Desktop Application 17.3, 2009.
9. Pacheco, José. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2da edición. 2007
10. Williams. Obstetricia. 22va edición. Editorial McGraw- Hill Interamericana. 2006
11. Serrano-Berrones MA y col. Útero de Couvelaire en el puerperio. Ginecología y Obstetricia Mexico 2014;82:496-498.
12. Rodas Hernandez, D. Caracterización de las pacientes con Histerectomía Obstétrica en el Hospital Roosevelt durante Enero 2009 a Diciembre 2009.

13. Briceño-Pérez, Carlos. Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años. *Revista Obstetricia-Ginecología Venezuela* 2009;69(2):89-96.
14. Ministerio de Salud. La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011. Elaborado por Mirtha Maguiña Guzmán y Jorge Miranda Monzón. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013.
15. Castillo M. M., Espinoza D. J.: Factores de riesgo asociados a histerectomía relacionada a cesárea de emergencia. Instituto Materno Perinatal. Lima Temas libres XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, 23 — 28 de Junio de 1996. Cuaderno de resúmenes 75:76.
16. García F. Donayre A: “Cesárea histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima Perú“. *Ginecología y Obstetricia*, Octubre 1999 Vol. 45, núm. 4; 280:285.
17. Ramírez Ocaña: “Cesárea histerectomía en el Hospital Almenara Irigoyen y Centro Medico Naval durante los años 1980 — 1992” . Biblioteca Facultad de Medicina San Fernando UNMSM. Lima.
18. Arana, J: “Cesárea histerectomía total. Reporte de 100 casos consecutivos y revisión de la estadística mundial”. *Gine. Obst. Méx.* 1976; 40:419.
19. Ortega A. S. Y col.: “Cesárea histerectomía”. *Rev. Boliv. Ginecología y Obstetricia*, 1982; 6 (2); 20:21. 26. Ortuño O., Domingo y col.: “Morbi-mortalidad materno fetal en la operación cesárea 1983 - 1986”. *Gac. Med. Boliv.* 1988;12(2); 51:55
20. Orestes R, Sotolongo A, Suárez A, Muñoz M. Histerectomía Obstétrica de Urgencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2009; 35(3).
21. Adel T. et al: “Emergency peripartum hysterectomy at the princess badea teaching hospital in north Jordan”. *J Obstet Gynaecol. Res.* 1999. Vol. 25 (3)193:195.
22. Roopnarinesingh R, Fay L, McKenna P. A 27-year review of obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynaecol.* 2003;23(3):252-4.
23. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *ACOG.* 2006;108(6):1486-92.

24. Kastner E, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol.* 2002;99:971-5.
25. Engelsen IB, Albrechtsen S, Iversen OE. Peripartum hysterectomy- incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:409-12.
26. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *ACOG.* 2006;108(6):1486-92.
27. Dominguez, L. Vigil-De Garcia, P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. *Clínica e Investigación Ginecología Obstetricia.* 2005; 32 (3): 122-6.
28. Engelsen I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum hysterectomy. Incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:409-12.
29. Stanco M, Paul H, Mishell R. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;168:879-83.
30. Valdés O, López E. Histerectomía de urgencia. *Revista Cubana Obstetricia Ginecología* 1984;10:297-308.

15. ANEXOS

ANEXO N°01

MATRI
Z DE
CONSI
STEN
CIA

Titulo	Problema General	Objetivo general y específicos	Hipótesis general y específicas	Variables e indicadores	Diseño de investigación	Método y técnicas de investigación	Población y muestra de estudio
<p>Factores de riesgo relacionados a Histerectomía a Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los años 2011-2014</p>	<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a Histerectomía de Obstétrica en pacientes sometidas a cesárea atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2010 a 2014?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Identificar los factores de riesgo asociados a Histerectomía Obstétrica en pacientes sometidas a cesárea atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre los años 2010-2014.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar los casos de Histerectomía Obstétrica.</p> <p>Identificar las características sociodemográficas de las pacientes cesareadas sometidas a Histerectomía Obstétrica en el Hospital Regional de Loreto.</p> <p>Reconocer la relación entre los factores de riesgo asociados a la Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto, durante los años 2010-2014</p>	<p>- Las características sociodemográficas (edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, procedencia) son factores de riesgo a Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.</p> <p>- Las características clínicas (paridad, control prenatal, tipo de parto, edad gestacional, intervalo intergenésico, embarazo multifetal e indicación de Histerectomía) son factores de riesgo a Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.</p> <p>Las patologías durante la gestación (trastornos hipertensivos, Hemorragia Obstétrica, Rotura prematura de membranas, parto pretérmino, embarazo postérmino, Oligohidramnios, Polihidramnios, RCIU, Macrosomía Fetal, Septicemia) son factores de riesgo a Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante los años 2011-2014.</p>	<p><u>Sociodemográficos.</u></p> <p>Edad Grado de instrucción Estado civil. Ocupación Procedencia.</p> <p><u>Clínicas</u></p> <p>Paridad Control prenatal. Tipo de parto. Edad gestacional. Intervalo intergenésico. Embarazo multifetal Indicaciones de Histerectomía</p> <p><u>Patologías durante la gestación.</u></p> <p>Trastornos hipertensivos: Hemorragia Obstétrica Rotura Prematura de Membranas Parto Pretérmino Embarazo Postérmino Oligohidramnios Polihidramnios RCIU Macrosomía Fetal Septicemia Óbito fetal</p>	<p>No experimental Transversal Retrospectivo Caso-control</p>	<p>Métodos: Analítico</p> <p>Técnicas: Fuente de información secundaria</p> <p>Procesamiento de datos: Estadística descriptiva y analítica</p>	<p>La población de 150, consta de 60 casos y 90 controles</p>

ANEXO N°02

FICHA DE RECOLECCIÓN

DATOS GENERALES:

Nª Historia Clínica:

Sección I: Histerectomía Obstétrica: SI NO

Sección II: Características sociodemográficas

1. EDAD:

<15 años 15-24 años 25-34 años >35 años

2. Grado de Instrucción:

Analfabeta Primaria Secundaria Superior

3. Estado Civil:

Soltera Casada Conviviente

4. Ocupación:

Ama de casa Dependiente Independiente

5. Procedencia

Urbano Rural

Sección III: Características clínicas

6. Paridad

Nulípara Primípara Multípara Gran Multípara

7. Control Prenatal

No CPN CPI Controlada

8. Edad Gestacional →

Pretérmino A término Posttérmino

9. Intervalo Intergénésico

Corto Adecuado No Aplica

10. Embarazo Multifetal

Sí No

11. Indicación Histerectomía:

.....

Sección IV: Patologías durante la gestación, parto y puerperio

		ESCALA	
Trastornos hipertensivos	Preeclampsia Leve:	Si	No
	Preeclampsia Severa:	Si	No
	Eclampsia:	Si	No
Hemorragia Obstétrica	Preparto:	Si	No
	Placenta Previa:	Si	No
	Desprendimiento Prematuro de Placenta:	Si	No
	Postparto:	Si	No
	Atonía Uterina	Si	No
	Retención Placentaria	Si	No
	Placenta accreta	Si	No
	Inversión Uterina	Si	No
	Desgarros de vías genitales	Si	No
Rotura uterina	Si	No	
Rotura Prematura de Membranas	Si	No	
Parto Pretérmino	Si	No	
Embarazo Prolongado	Si	No	
Oligohidramnios	Si	No	
Polihiidramnios	Si	No	
RCIU	Si	No	
Macrosomía Fetal	Si	No	
Septicemia	Si	No	

