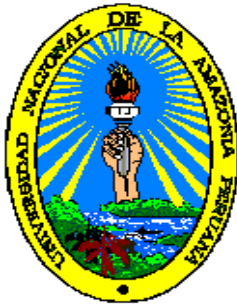


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TITULO

**HISTERECTOMIA OBSTETRICA: INDICACIONES Y COMPLICACIONES, EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
2009-2014.**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

**Presentado por el Bachiller de Medicina Humana
HOLMAR LÓPEZ VEINTEMILLA**

ASESOR

Dr. JAVIER VASQUEZ VASQUEZ

Punchana – Iquitos

Perú

2015

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iii
Reconocimiento	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficas	vi
Resumen	vii
Capítulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	5
3. Objetivos	6
Capítulo II	
4. Marco Teórico	8
5. Hipótesis	19
6. Variables	20
7. Operacionalización de variables	21
Capítulo III	
8. Metodología	24
8.1 Tipo y Diseño de Investigación	24
8.2 Población y Muestra	24
8.3 Técnicas e Instrumentos	25
8.4 Procedimiento de Recolección de Datos	25
8.5 Análisis e Interpretación	26
8.6 Protección de los Derechos humanos	26
Capítulo IV	
9. Resultados	28
10. Discusión	33
11. Conclusiones	36
12. Recomendaciones	37
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	39
14. Anexos	42

Dedicatoria.

A DIOS

Por ser mi guía en este duro camino y por brindarme sabiduría e inteligencia, para fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A MI FAMILIA

Melita Rosa, por ser fuente de apoyo constante e incondicional en los duros años de formación profesional; por ser mi amiga y compañera en los buenos y difíciles momentos de mi vida.

Mis hijos, Aisha Priyanka y Prince Dylan, por ser los ejes impulsores en la culminación de mi carrera.

A MIS PADRES

Neri Veintemilla y Leoncio López, por darme la vida, el apoyo incondicional y el aliento constante que me brindaron en todos mis años de estudio y en mi vida en general.

A MIS HERMANOS

Por la Comprensión y los momentos de alegría que me brindaron para no decaer en el camino.

Reconocimiento

A los doctores Beder Camacho Flores, Pantaleón Soto Rojas y Zaid Ríos Paredes, por el asesoramiento brindado para la realización de este trabajo.

A los docentes de la facultad de medicina humana por sus conocimientos impartidos durante la carrera.

Índice de Tablas

Tabla N° 1	Características sociodemográficas de las histerectomías obstétricas	28
Tabla N° 2	Paridad de las histerectomías obstétricas	29
Tabla N° 3	Indicaciones de las histerectomías obstétricas	31
Tabla N° 4	Tipo de histerectomía obstétrica	31

Índice de Gráficas

Gráfica N° 1	Antecedente de Cesárea anterior de las histerectomías obstétricas	29
Gráfica N° 2	Edad gestacional de las histerectomías obstétricas	30
Gráfica N° 3	Control prenatal de las histerectomías obstétricas	30
Gráfica N° 4	Complicaciones de las histerectomías obstétricas	32

Resumen

Histerectomía obstétrica: indicaciones y complicaciones, en el Hospital Regional de Loreto. 2009-2014.

Bach.

Introducción

Los casos de histerectomía obstétrica es un evento que busca preservar la vida de la mujer y que se requiere conocer las causas que lo desencadenan con el fin de poder prever una atención más oportuna.

Objetivo

Conocer las indicaciones y las complicaciones de las histerectomías obstétricas realizadas en el Hospital Regional de Loreto del 2009 al 2014.

Metodología

El estudio es de tipo cuantitativo de diseño descriptivo, transversal retrospectivo, que evaluó a 41 casos de histerectomía obstétrica ocurridos entre 2009 a 2014 en el Hospital Regional e Loreto

Resultados

Entre 2009 al 2014 ocurrieron 41 casos de histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Loreto, el 53.7% presentan entre los 20 a 34 años de edad; el 53.7% proceden de la zona rural, el 41.5% tienen estudios de secundaria, el 73.2% son multiparas, el 29.3% tienen antecedente de cesárea anterior, el 73.2% fueron a término y el 14.6% con 6 a más controles prenatales.

Las principales indicaciones fueron atonía uterina (61.0%), desprendimiento prematuro de placenta (14.6%), perforación uterina (12.2%) y acretismo placentario (9.8%).

El 53.7% fueron cesárea histerectomía, el 22.0% histerectomía postparto, el 14.6% histerectomía en bloque y el 9.8% histerectomía post legrado.

37 (90.2%) casos de histerectomía obstétrica fueron histerectomías subtotales y 4 (9.8%) histerectomía totales.

No se reportaron complicaciones durante y después de la histerectomía obstétrica.

Conclusiones

La histerectomía obstétrica es una intervención de urgencia no muy frecuente en el Hospital Regional de Loreto, que se plantea frente a una hemorragia severa, secundaria a diversas patologías, durante o posterior al parto, asociada frecuentemente con atonía uterina

Palabras claves: Histerectomía obstétrica, indicaciones, complicaciones, Iquitos.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico mayor que consiste en la extirpación del útero en una mujer gestante, antes del parto, después de un parto o un aborto, o en el puerperio; involucra necesariamente la condición de un útero que está o ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiere la extracción parcial o total del órgano ¹. Se utiliza como última alternativa cuando la paciente se encuentra en peligro de muerte ², y pone a prueba los conocimientos y las habilidades quirúrgicas de los médicos tratantes ^{1,2}.

La incidencia de la histerectomía obstétrica calculada en la literatura reciente es de 0,24 -1,4 por cada 1000 nacimientos ²; es importante tener en cuenta que cada vez son más frecuentes los partos por cesárea, por lo cual las tasas de incidencia de esta patología podrían verse incrementadas ⁵.

En Latinoamérica los trabajos de investigación realizados son mayormente en relación a la cesárea-histerectomía, es así que Castillo y Espinoza en el IMP reportaron 49 casos entre enero de 1993 a diciembre de 1995, encontrando como factores de riesgo la multiparidad, edad mayor a 35 años, placenta previa, HTA, cesárea previa, situación transversa, trabajo de parto disfuncional y corioamnionitis entre otros ⁶. 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 ⁷. Ramírez reporta entre 1980 a 1992, 20 casos de cesárea histerectomía en los hospitales Guillermo Almenara y Centro Médico Naval dando una incidencia de 1 en 1076 partos en el Hospital Almenara y 1 en 1954 partos en el Centro Médico Naval ⁸. Meza y Guarnizo en el IMP reportan 120 casos de cesárea histerectomía entre 1989 a 1993 con una incidencia de 1 histerectomía por cada 941 nacimientos ⁹, Orderique en el Hospital María Auxiliadora 1988-1997, 6.62 por 1000 partos ¹⁰. Otros autores tanto a nivel nacional como en otros países reportan que entre el 0.05% hasta 1.6% de las cesáreas terminan en histerectomía.

Entre los factores de riesgo que con mayor frecuencia han sido identificados están: antecedente de cesárea (aumenta 10 a 12 veces su probabilidad), edad mayor de 35 años, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y el antecedente de hemorragia en el parto anterior, este último con un riesgo relativo (RR) de 9,3 ^{11,12}.

Las indicaciones de la histerectomía obstétrica de urgencias son variadas, sin embargo, la causa principal es la atonía uterina (23,5%), seguida de anomalías de inserción placentaria y ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa (incidencia calculada de 12%), placenta previa y *abruptio* de placenta ^{13,14}. Se indica cuando han fallado las medidas previas conservadoras como la utilización de uterotónicos, técnicas invasivas como la ligadura de arterias hipogástricas, embolización selectiva de las arterias uterinas por radiología intervencionista ¹⁵, suturas uterinas como B-Lynch y variantes para preservar la fertilidad, opciones poco útiles en pérdidas sanguíneas masivas ¹⁶.

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. La histerectomía obstétrica es un evento que busca preservar la vida de la mujer y que requiere, por la gravedad del mismo, de un mejor entendimiento de las causas que lo desencadenan con el fin de poder prever una atención más oportuna y con altos estándares de calidad.

La mayoría de las muertes maternas ocurren dentro de las 24 horas posteriores al parto, siendo la causa más frecuente el sangrado excesivo. El sangrado grave o hemorragia es la principal causa de muerte materna en todo el mundo; al menos una cuarta parte de todas las muertes maternas se deben a hemorragias. 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 ²¹.

En nuestro medio, no existen estudios que describan el problema de las histerectomías obstétricas, por lo que me motivó a realizar el presente estudio de revisión de los casos de histerectomías obstétricas que se realizaron entre el 2009 al 2014 en el Hospital Regional de Loreto, identificando sus indicaciones y complicaciones, con la finalidad de conocer mejor el problema y ofertar una mejor atención a las gestantes que se atienden en el hospital.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las indicaciones y las complicaciones de las histerectomías obstétricas realizadas en el Hospital Regional de Loreto del 2009 al 2014?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Conocer las indicaciones y las complicaciones de las histerectomías obstétricas realizadas en el Hospital Regional de Loreto del 2009 al 2014.

3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de las histerectomías obstétricas (Edad, procedencia, nivel de instrucción) realizadas en el Hospital Regional de Loreto del 2009 al 2014
- Identificar las características obstétricas de las histerectomías obstétricas (paridad, número de cesárea previas, edad gestacional, control prenatal) realizadas en el Hospital Regional de Loreto del 2009 al 2014
- Conocer las indicaciones de las histerectomías obstétricas realizadas en el Hospital Regional de Loreto del 2009 al 2014
- Identificar el tipo de histerectomía obstétrica realizadas en el Hospital Regional de Loreto del 2009 al 2014
- Conocer las complicaciones de las histerectomías obstétricas realizadas en el Hospital Regional de Loreto del 2009 al 2014.

CAPITULO II

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Definición

Se le denomina histerectomía obstétrica la resección parcial o total del útero que se realiza de urgencia, por indicación médica, debida a una complicación del embarazo, del parto o del puerperio, o por agravamiento de una enfermedad que, preexistía y que debe ser solucionada en este período. Clásicamente la excéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto o aborto incluso en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica. Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está o/ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano y de urgencia ^{22, 23}.

4.2 Aspectos históricos de la Histerectomía Obstétricas

La histerectomía obstétrica se desarrolló a finales del siglo XVIII, con el fin de disminuir la mortalidad de la cesárea que era del 100%. En esta época, prevalecía la idea de que el útero era indispensable para la vida hasta que, en 1768, en Florencia, Joseph Cavallini demostró lo contrario realizando histerectomías en animales con y sin embarazo. La primera histerectomía durante una cesárea fue realizada en 1868, en Boston, por Horacio Robinson Storer, pero la paciente murió a los 3 días. La primera HO exitosa fue realizada en Italia el 21 de Mayo de 1876 por Eduardo Porro en la ciudad de Pavia (Italia), de allí que la cesárea acompañada de histerectomía lleva el nombre de este autor, en Julia Cavallini, una mujer de 25 años, primigesta, con estigmas de raquitismo y portadora de una 7 pelvis estrecha (pelvis raquílica). 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. A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX la operación se realizaba exclusivamente para casos de emergencia pero después prevaleció la controversia de si practicarla electivamente por indicaciones ginecológicas o por esterilización. La era moderna de la histerectomía se inicia en los años cuarenta del siglo pasado donde mejoran la técnica quirúrgica y anestésica, en 1952 Davis sostiene que la histerectomía obstétrica era “un adelanto lógico en la cirugía obstétrica actual” ⁶.

4.3 Indicaciones de Histerectomías Obstétricas

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 ²⁴

Indicaciones absolutas:

1. Ruptura uterina de difícil reparación.
2. Hemorragia incoercible.
3. Prolongación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos.
4. Útero de Couvelaire en abrupcio placentae Acretismo placentario.
6. Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico.
7. 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 ²⁴:

1. Carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama.
2. Mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha.
3. Torsión de útero grávido en grado avanzado.
4. Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino).
5. Algunos casos de corioamnionitis grave.
6. Enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual (talasemia, enfermedad de Werlhof, etc.).

4.4 Clasificación de Histerectomías Obstétricas

Según la literatura ²⁵, la histerectomía obstétricas se puede clasificar en:

- Cesárea-histerectomía (conocida también como operación de Porro): la cesárea y la histerectomía se realizan en un solo tiempo.

- Histerectomía poscesárea: estas intervenciones se realizan en dos tiempos diferentes.
- Histerectomía posparto: la que se realiza después de un parto, en el puerperio inmediato o mediato.
- Histerectomía posaborto.
- Histerectomía en bloque: cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica o un feto muerto y corioamnionitis severa en pacientes con sepsis grave o choque séptico

4.5 Complicaciones de Histerectomías Obstétricas

Inmediatas. Son las que se presentan durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio inmediato. Las más frecuentes son las que se enumeran a continuación ²³.

1. Prolongación de la incisión hacia los ángulos que puede ocasionar lesión de los grandes vasos uterinos con la formación de hematomas.
2. Las lesiones de vejiga son frecuentes durante la incisión abdominal en pacientes con intervenciones anteriores cuando la vejiga ha quedado suspendida, adherida al peritoneo parietal. También durante la apertura del útero cuando la vejiga ha quedado suspendida y adherida al segmento uterino. Las lesiones pueden ser desde laceraciones de grado variable hasta la perforación. Cuando existe duda es importante hacer una revisión para delimitar la extensión de la lesión colocando la vejiga entre los dedos; también se puede inyectar una solución de azul de metileno a través de la sonda vesical para identificar el sitio de la perforación.
3. Cuando a nivel pélvico hay dilataciones vasculares en la reflexión vesico-uterina o hacia las porciones laterales del útero pueden ocurrir sangrados profusos. Para evitarlo hay que practicar una hemostasia cuidadosa ligando los grandes vasos y electrocoagulando los pequeños con especial cuidado en revisar el lecho antes de realizar la síntesis de la pared abdominal.
4. Complicaciones respiratorias tipo embolismo pulmonar que puede ser de líquido amniótico o de origen vascular.
5. Las lesiones intestinales son poco frecuentes y ocurren cuando la paciente tiene antecedentes de laparotomías anteriores con múltiples adherencias.
6. Usualmente no se produce íleo paralítico en pacientes jóvenes sin antecedentes quirúrgicos, a menos que se haya hecho una manipulación importante del intestino.

7. En el postoperatorio inmediato puede aparecer una distensión vesical por atonía. En estos casos se debe colocar sonda vesical y movilizar precozmente a la paciente.

Tardías. Son las que se presentan en el puerperio tardío o inclusive meses después de la operación. Las más frecuentes se enumeran a continuación ²³.

1. Puede ocurrir un hematoma de pared abdominal cuando ha quedado un vaso sangrante en cualquiera de los tejidos incididos. Se debe localizar de nuevo el vaso sangrante para ligarlo o electrocoagularlo y, a veces, se necesita hacer una nueva síntesis de los planos de la pared abdominal.
2. Dehiscencia de herida y/o eventración que es menos frecuente en las incisiones transversales que en las longitudinales.
3. La infección de la herida operatoria es una complicación poco frecuente que depende mucho de factores generales como: deficiencias nutricionales, bajo nivel socioeconómico, falta de control prenatal, obesidad, anemia y diabetes. Factores preoperatorios como: ruptura prolongada de membranas, número de tactos vaginales, técnica de asepsia y antisepsia y factores intraoperatorios como: tipo de herida, mala técnica quirúrgica, tiempo operatorio prolongado y habilidad del cirujano. La infección es, generalmente, el resultado de la contaminación por gérmenes que proceden de la misma paciente, de la piel del cirujano o de los ayudantes, de una antisepsia inadecuada durante el acto quirúrgico, etc. y suele estar asociada con un hematoma de la herida.
4. Las fístulas del recto o de la vejiga son también complicaciones poco frecuentes que se manifiestan, generalmente, después del mes de postoperatorio.
5. La endometritis es una patología infecciosa de la cavidad uterina que aparece entre el cuarto y el quinto día del postoperatorio y se caracteriza por presentar loquios fétidos, subinvolución uterina, fiebre y leucocitosis. Se explica porque la combinación de restos celulares y sangre presente en el útero durante el puerperio representa el medio de cultivo ideal para el crecimiento bacteriano.
6. La infección urinaria suele aparecer a la semana de la operación, producto de sondas mal esterilizadas, contaminación con materias fecales o por un aseo vulvar inadecuado previo a la inserción de la sonda

4.6 Antecedentes

PEREZ y col. (2008) ²⁶ identificaron las diferencias en el manejo y la incidencia relacionada con la histerectomía obstétrica en las mujeres atendidas en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza (HRGIZ) y en el Hospital Ángeles México (HAM) durante el periodo comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2006, a las cuales se realizó histerectomía obstétrica y que contaban con expediente completo. Fueron incluidas 25 mujeres, 14 del HRGIZ y 11 del HAM. El promedio de edad materna en ambos grupos fue de 33.9 ± 4.50 años; en el HRGIZ el promedio fue de 34.5 ± 4.37 y en el HAM 33.2 ± 3.19 ; de ellas, ocho (57.1%) y cuatro (36.3%), respectivamente, tenían edad materna avanzada. Dentro de los antecedentes ginecoobstétricos, el promedio de embarazos fue 3.2 ± 1.25 en ambos grupos, 3.5 ± 1.45 en las pacientes del HRGIZ y 2.8 ± 0.87 las del HAM. Se distribuyeron de la siguiente forma: en el total de mujeres estudiadas, el promedio de partos fue de 0.8 ± 0.89 , abortos 0.48 ± 0.42 y cesáreas 1.92 ± 0.79 ; para el grupo del HRGIZ el promedio de partos fue de 1.42 ± 0.89 , abortos 0.35 ± 0.5 y cesáreas 1.71 ± 0.85 ; en el HAM el promedio de abortos fue 0.63 ± 0.40 y cesáreas 2.18 ± 0.75 . El 88% de la población cuenta con algún factor de riesgo, 78.5% de las pacientes del HRGIZ lo presentan y 100% de las mujeres del HAM. La indicación de la histerectomía en el 44% de las pacientes fue la atonía uterina, correspondiendo 35.7% al HRGIZ y 54.5% al HAM. Se realizaron 19 (76%) histerectomías obstétricas totales y seis (24%) subtotaes. En el HRGIZ, 92.8% fueron histerectomías totales y 7.2% subtotaes; mientras que en el HAM fueron 54.5 y 45.5%, respectivamente. La razón de histerectomía total y subtotal es de 3:1. Respecto a la clasificación de la histerectomía, en el HRGIZ se realizó una (7.1%) cesárea-histerectomía por cáncer cervicouterino, tres (21.4%) histerectomías postparto, nueve (64.2%) postcesárea y una (7.1%) postaborto por embarazo ectópico cervical. En el HAM todas (100%) fueron postcesárea. Las complicaciones encontradas en el HRGIZ fueron las siguientes: 78% de las mujeres presentó anemia, 42% estado de choque, 21% hematuria, 28% lesión vesical, 7% fiebre, 7% íleo, 7% infección, 14% coagulación intravascular diseminada (CID) y una (7%) falleció. En el HAM: 45% sufrió anemia, 36% estado de choque y 18% lesión vesical. Es importante señalar que algunas pacientes cursaron con más de una de estas complicaciones. La canalización al Servicio de Terapia Intensiva en el HRGIZ correspondió a 21.5%, recuperación 78.5%. En el HAM el 18.2% se envió a la terapia intensiva y 81.8% a recuperación. El

promedio en días de hospitalización de la población total fue de 7.56; para el HRGIZ fue de 9.2 días y para el HAM 5.3 días.

ORESTES y col. (2009) ²⁷ determinaron la incidencia, características clínicas, causas y complicaciones de la histerectomía obstétrica de urgencia en las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Docente Materno de Guanabacoa en los años 1984 al 2008; realizaron un estudio descriptivo retrospectivo y longitudinal para conocer el comportamiento de algunas variables maternas relacionadas con la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en este servicio. De un total de 69 992 nacimientos, 62 451 abortos y 384 embarazos ectópicos, se realizaron 281 histerectomías obstétricas para una incidencia de 0,2 %. Se vio que las características obstétricas relevantes fueron: mayores de 34 años, con un parto anterior, embarazo a término y antecedente de cesárea. La cesárea aumentó el riesgo 6,7 veces de sufrir una histerectomía en relación con el parto vaginal. El diagnóstico más frecuente fue la hemorragia para un 42,3 %. Necesitaron ser remitidas 21 de las pacientes al servicio de Terapia Intensiva. En la morbilidad postoperatoria primaron las complicaciones de la herida quirúrgica y la anemia. La mortalidad alcanzó un 3,6 %. Concluyen que el índice de histerectomía obstétrica en el periparto es elevado, asociado a la cesárea como un factor de riesgo relativo mayor, no solo condicionada por el sangrado aunque constituye su principal indicación.

ROBERT y col. (2010) ²⁸ analizaron la experiencia clínica de pacientes sometidas a histerectomía posparto (HPP); su estudio retrospectivo de la HPP efectuadas en Clínica Las Condes entre enero de 2000 y diciembre de 2009. Hubo 15.356 partos con 34 casos de HPP (incidencia de 2,2 histerectomías/1000 partos). La edad materna promedio fue de 36 años; 97% eran multíparas. La edad gestacional promedio al parto fue 36,1 semanas (rango: 27-40). Causas principales: acretismo placentario (61,8%), inercia uterina (20,6%) y rotura uterina (8,8 %). En el 29,4% se realizó además la ligadura de arterias hipogástricas. Histerectomía total en el 85,3%. El 91,2% presentó complicaciones, la más frecuente correspondió a lesión vesical asociada a acretismo placentario (26,5%). En el postoperatorio inmediato hubo 29 casos de anemia, 10 casos de coagulación intravascular diseminada, 2 casos de hemoperitoneo (reoperadas) y 2 pacientes con choque hipovolémico. Hubo 1 caso de trombosis pelviana, 1 caso de trombosis de vena ovárica y 1 caso de fasciitis necrotizante.

Tardíamente hubo 3 casos de depresión, 1 tromboembolismo pulmonar, 1 fístula vésico-vaginal y 1 proceso inflamatorio pelviano. No hubo muertes maternas. Transfusión de sangre y/o hemoderivados en 76,5%. Hubo 1 mortinato y 2 mortineonatos con un 8,5% (3/35) de muerte perinatal. Concluyen que la HPP es una intervención de urgencia que se plantea frente a una hemorragia severa, secundaria a diversas patologías, durante o posterior al parto, asociada frecuentemente con cesárea anterior e inercia uterina

SÁEZ CANTERO y col. (2010) ²⁹ en Cuba, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, con los objetivos de caracterizar a las pacientes obstétricas histerectomizadas de urgencia según edad, paridad y tiempo de gestación e identificar las indicaciones y morbimortalidad asociadas a la Histerectomía obstétrica. Este estudio obtuvo los siguientes resultados: La edad materna media fue de 30,9 (rango= 19-42, desviación estándar = 7,4). Observaron que el mayor grupo de histerectomías puerperales, 47 %, ocurrió en mujeres mayores de 30 años, 16 % en el grupo entre 30 y 34 años y 31 % en las de 35 años o más. Atendiendo a la paridad, el 44 % de las pacientes fueron primíparas, el 40 % eran secundíparas y multíparas solamente el 16 %. En cuanto a la edad gestacional, la media fue de 37,6 (rango = 29,2-42, desviación estándar = 4,2). La mayoría de las pacientes tenían una gestación a término, aunque no es nada despreciable que el 28 % fueran gestaciones pretérmino. Entre las indicaciones de Histerectomía obstétrica, demostraron que las hemorragias fueron responsables del 80 % de los casos, siendo la atonía uterina la causa más frecuente, presente en el 48 % de las pacientes, seguida por la rotura uterina.

RODAS (2012) ³⁰ caracterizó a las pacientes con Histerectomía Obstétrica en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt basándose en indicación, morbi-mortalidad, perfil materno y obstétrico, entre 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. 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%). Concluye que 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%.

DEL AGUILA y col. (2012) ²¹ en su investigación descriptiva simple, de corte transversal, con recolección retrospectiva de datos, se realizó con el fin de determinar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomías en el hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo enero 2006 - Julio de 2011. La población en estudio estuvo constituida por 27 pacientes a quienes se realizó histerectomía obstétrica. La información fue obtenida de las historias clínicas, se registró en los formatos adaptados para el estudio y organizado en una base de datos automatizada con el software Microsoft Excel 2011, que nos permitió su posterior procesamiento y análisis. Se realizaron métodos de estadística descriptiva simple, basados en tablas y cuadros estadísticos con frecuencias, porcentajes, y gráficos. Los resultados arribados fueron los siguientes: la incidencia de Histerectomía Obstétrica fue 0,18% que significa 1 por cada 564 casos obstétricos, el grupo de edades donde más se realizó la histerectomía fue el rango de 17-43 años (63%). El 77% de las pacientes tuvieron al menos 1 a más de 6 controles prenatales y el 33 % no tuvieron ningún control prenatal; el 37 % presentaron entre 2 y 3 gestaciones previas y el 19 % eran nulíparas, el rango de edad gestacional fueron 30 a 42 semanas con un promedio de 35 semanas. Respecto al momento de la histerectomía obstétrica 63% de los casos corresponde a cesárea - histerectomía seguido del 33% histerectomía- post cesárea y un 4 % correspondiente a histerectomía obstétricas Post Parto vaginal. Las principales indicaciones de las histerectomías obstétricas fueron por atonía uterina con el 63%, seguida por acretismo placentario 15%, rotura uterina 11%, sepsis 7% y útero Couvelaire 4%. La cesárea aumenta 1.04 veces el riesgo de la histerectomía obstétrica comparado con el parto vaginal. Se evidenció en el estudio que el 96% fueron intervención por cesárea y el 4% vía vaginal. Las complicaciones que condujeron a una cesárea fueron el 22 % por hemorragias en el tercer trimestre (placenta previa y desprendimiento de prematuro de placenta). Prevalió la histerectomía abdominal sub

total 93% y el 7% de histerectomía total. Tiempo operatorio promedio fue 75,43 min (Rango de 35 a 156 min).

AGUILAR y col. (2012) ³¹ se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal, de casos, a todas las pacientes que se les realizó histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario "América Arias" desde enero del 2004 hasta diciembre del 2009. Se revisaron las historias clínicas, el registro del servicio de salón de operaciones, los carnés obstétricos y el registro del servicio de anatomía patológica. 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. Concluyen que la incidencia se mantiene en cifras similares a quinquenios anteriores por lo que continúa siendo un problema de salud para nuestra Institución.

CASAS PEÑA y col. (2013) ³² determinaron la frecuencia, las indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica (HO), su estudio de cohorte descriptivo en pacientes a quienes se les realizó histerectomía por indicación obstétrica, desde el 1 de enero de 2006 y el 31 de mayo de 2010, en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia, institución de tercer nivel de atención que recibe población de los regímenes vinculado, subsidiado y contributivo del departamento del Cauca y el suroccidente colombiano. Se realizaron un total de 49 histerectomías obstétricas. En el mismo periodo 8.167 pacientes tuvieron recién nacido vivo. La incidencia de la histerectomía obstétrica fue de 5,9 por 1000 recién nacidos vivos. Las indicaciones más frecuentes fueron atonía uterina (43,37%) y anomalías de la inserción placentaria (18,24%). Hubo una alta tasa de mortalidad perinatal (32,6%). La complicación más frecuente fue la anemia en un 76,3% de las pacientes; no hubo mortalidad materna asociada. Conclusiones: la principal indicación de HO fue la atonía uterina seguida de anomalías de la inserción placentaria, ruptura uterina, miometritis, *abruptio placentae* y aborto séptico. La HO representa una opción de

manejo oportuna y segura para la hemorragia posparto que no ha respondido a los tratamientos farmacológico y quirúrgico convencionales.

TANG y col. (2013) ³³ determinaron la experiencia con histerectomía puerperal en una institución privada, realizando un estudio retrospectivo, serie de casos, en la Clínica Santa Isabel, Lima, Perú, en puérperas inmediatas. De un total de 15201 nacimientos, se evaluó 16 pacientes con edades entre 29 y 42 años que tuvieron histerectomía puerperal (1,04 por mil nacimientos), entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2011. El 75% tuvo algún antecedente de instrumentación uterina, sea cesárea o legrado, siendo el procedimiento practicado en 12 casos durante la cesárea, tres en el posparto y una luego de legrado por parto inmaduro de 24 semanas. El 68,8% fue de emergencia y en un porcentaje igual se realizó histerectomía total. Las indicaciones más frecuentes fueron acretismo placentario en seis pacientes, atonía uterina en cinco y leiomiomatosis uterina en otras cinco, que fueron las intervenciones electivas. El tiempo operatorio osciló entre 65 y 170 minutos, con una media de 105 minutos; se realizó transfusiones sanguíneas en 9 pacientes (56,3%). No hubo lesiones de vía urinaria ni intestinales, ni casos de muerte materna. Concluyen que la histerectomía puerperal mostró ser un procedimiento aparentemente seguro, con frecuencia, indicaciones y complicaciones muy similares a las encontradas en la literatura.

MORALES (2013) ³⁴ A fin de conocer la realidad del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” en la realización de Histerectomías Obstétricas en sus primeros 2 años de existencia, su correlación de diagnóstico Pre quirúrgico con resultados Histopatológico final. Se realiza un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, manejo estadístico de tendencia central e inferencial. Se tomaron los datos de las pacientes que fueron sometidas a esta cirugía durante el periodo comprendido del 01 de noviembre de 2009 al 31 de octubre de 2011, se encontraron un total de 120 casos, pudieron incluir 60 expedientes, dentro de los cuales se localiza un rango de edad de 18 a 45 años, con una media de 31 años, mediana de 32, con un 44% entre 26 a 44 años, una paridad en un 90 % de múltipara, solo 10 % primíparas, escolaridad predominante en educación secundaria, control prenatal en un 89 %, pero inadecuado en un 18 %, no en 11 %, en un 80 % se intervino por vía cesárea, con diagnósticos de Atonía en 25 %, seguida de Acretismo en 21 %, retención de restos 19 %, Hemorragia Obstétrica en 18 %, placenta previa 8 %, infección 6 % con 100 % de egresos por

mejoría. Encontramos origen estatal en el 93 % de los casos. Encontrando una estancia en promedio de 4.8 días. Se localiza una correlación en 55 % de los casos en los diagnósticos Pre quirúrgicos y Postquirúrgicos reportados por patología.

MONTOYA y col. (2014) ³⁵ determinaron la incidencia, características clínicas, causas y complicaciones de la histerectomía obstétrica (HO) en las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Occidente de Santa Rosa de Copán Honduras en los años 2005 al 2009. Se realizó una investigación observacional, descriptiva, retrospectiva, tipo cohorte retrospectiva. La Frecuencia de HO en los cinco años fue de 0.11% en un total 36 HO en 31,898 eventos obstétricos. Las características obstétricas relevantes fueron: el 72% de las pacientes tenían historia de cesárea, en el 56% de los casos se practicó una cesárea -histerectomía, el 62% de las HO practicadas en el puerperio fue posterior a una cesárea, el riesgo de HO cesárea vs. parto fue de OR 11.78 (4.78 – 29.76), IC 95%, p 0.00000000, las tres principales indicaciones fueron rotura uterina, atonía uterina y acretismo placentario; el 64% de las pacientes habían sido manipuladas por un médico previo al ingreso al hospital, múltiparas en más del 50% de los casos, el 53% sin control prenatal, la mitad de los casos consumieron cuatro unidades de sangre o más, las complicaciones más frecuentes fueron anemia, infección respiratoria y lesión de la vía urinaria y la letalidad fue del 6%, inferior a la observada en otros países de Latinoamérica.

5 HIPOTESIS

El presente estudio es de diseño descriptivo, por el cual no requiere hipótesis

6 VARIABLES

Variable Dependiente

- Histerectomía Obstétrica
 - Indicaciones
 - Tipo de histerectomía
 - Complicaciones

Variables Independientes

- Características sociodemográficas
 - Edad
 - Procedencia
 - Nivel de Instrucción
- Características obstétricas
 - Paridad
 - Cesáreas previas
 - Edad gestacional
 - Control pre natal

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir el parto, se forma 3 grupos menores de 20 años, 20 a 34 años y mayores de 34 años de edad	Edad registrada en la historia clínica	Nominal
	Urbano: reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbanomarginal: reside en áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: reside en pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Dirección de la paciente registrada en la historia clínica y en el SIS	Nominal
	Nivel de instrucción: último año cursado por la adolescente, como es un estudio retrospectivo se usara el dato registrado en la historia clínica: Sin estudios, primaria, secundaria, técnico y superior	Nivel de instrucción registrado en la Historia Clínica	Nominal
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	Número de gestaciones: número de embarazos, toma los siguientes valores, nulípara, primípara múltipara, gran múltipara	Fórmula obstétrica registrado en la Historia Clínica	Nominal
	Cesárea anterior: antecedente de cesárea registrada en la historia clínica	Cesárea registrado en la Historia Clínica	Nominal
	Edad Gestacional: fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas. A término: Embarazo entre las 37 semanas 42 semanas.	FUR	Nominal

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
	Post término: Embarazo mayor a 42 semanas		
	Control Prenatal controlada: Tiene 6 a más atenciones en el programa de control prenatal Control Prenatal no controlada: Tiene menos de 6 controles en el programa de control prenatal, o no tiene ningún control	Número de controles registrado en la Historia clínica	Nominal
HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA	Indicaciones: morbilidad de la gestante por la que el profesional de salud decide la histerectomía obstétrica como: Atonía uterina, Hemorragia, Acretismo placentario, Accidentes en el manejo de parto, entre otras	Registro en la Historia Clínica	Nominal
	Tipo de histerectomía: momento que se realiza la histerectomía, Histerectomía post cesárea, Histerectomía posparto, Histerectomía post curetaje o post legrado, Histerectomía en bloque	Registro en la Historia Clínica	Nominal
	Complicaciones de histerectomía obstétrica: morbilidad producto de la histerectomía obstétrica durante o después de la cirugía	Registro en la Historia Clínica	Nominal

CAPITULO III

8. METODOLOGIA

8.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño no experimental descriptivo transversal retrospectivo

- **Cuantitativo:** Porque cuantifica las indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica.
- **Descriptivo:** Porque describe las indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica.
- **Transversal:** Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.
- **Retrospectivo:** Porque el evento y las indicaciones han ocurrido antes del estudio.

8.2 Población y muestra

a) Población

La población estuvo constituida por todas las histerectomías obstétricas realizadas desde el 2009 al 2014 en el Hospital Regional de Loreto.

b) Muestra

La muestra estuvo constituida por todos los casos de histerectomías obstétricas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión encontrados desde el 2009 al 2014 en el Hospital Regional de Loreto.

c) Tamaño muestral

No se tomara tamaño muestral, se incluyen todos los casos de histerectomías obstétricas que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión fueron:

- Gestante a la que se le practica Histerectomía durante o después del parto.
- Historia clínica accesible y con información requerida completa.

Los criterios de exclusión al estudio fueron:

- Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta

El muestreo será no probabilístico, ya que se requiere el consentimiento para su intervención.

8.3 Técnica 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 revisión de la historia clínica; la ficha de recolección de datos consta de cinco ítems, en el primero se recoge información de la gestante como edad, procedencia y nivel e instrucción; en el segundo ítem características obstétricas como: paridad, antecedente de cesáreas previa, edad gestacional, control prenatal; en el tercer ítem indicaciones de las histerectomías obstétricas, en el cuarto ítem tipo de histerectomía obstétrica y en el quinto ítem las complicaciones de las histerectomías obstétricas.

8.4 Procedimiento de recolección de datos

- Se gestionó el permiso para tener acceso a la información mediante solicitud al Director del Hospital Regional de Loreto.
- Se dispuso de la información de las Historias Clínicas y los datos estadísticos del Departamento de Ginecología del Hospital Regional de Loreto entre Enero del 2009 a Diciembre del 2014.
- Se recolectó información de las mujeres con diagnóstico de Histerectomía post cesárea en una ficha de recolección de datos.

8.5 Análisis e interpretación

La información fue recogida e ingresada en una base de datos creada con el software SPSS 21.0, luego se procedió a realizar análisis univariado, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva mediante tablas univariadas y bivariadas de frecuencias relativas y gráficos.

8.6 Protección de los derechos humanos

Por la naturaleza y característica del estudio, este no transgrede de ninguna manera los derechos humanos de los pacientes cuyas historias clínicas serán revisadas e incluidas en el estudio, y cuya identificación permanecerá en absoluta reserva; según los códigos de ética que regulan la conducta en la investigación científica, siendo los más conocidos Nuremberg de 1947, La declaración de Helsinki de 1964 (revisada en 1965) y las normas de 1971, adoptadas por el departamento de salud, educación, y bienestar de los Estados Unidos de Norteamérica (codificados en normas federales en 1974) y los códigos de bienestar para la conducta de estudios sociales y del comportamiento. El código más conocido es el de la Asociación Psicológica Americana publicada en 1963. Además se solicitará autorización respectiva al comité de ética del Hospital Regional de Loreto.

CAPITULO IV

9. RESULTADOS

a) Características sociodemográficas de las histerectomías obstétricas realizadas en el Hospital Regional de Loreto del 2009 al 2014

Entre 2009 al 2014 se reportaron 41 casos de histerectomía obstétrica, la edad promedio fue de 31.6 años, el 53.7% presentan entre los 20 a 34 años de edad y el 43.9% con 35 a más años de edad; el 53.7% proceden de la zona rural, el 41.5% tienen estudios de secundaria y el 36.6% con nivel de instrucción de primaria (Tabla N° 1).

Tabla N° 1
Características sociodemográficas de las histerectomías obstétricas
Hospital Regional de Loreto
2009 - 2014

Edad	Nº	%	Nivel de Instrucción	Nº	%
< 20 años	1	2.4%	Sin estudio	2	4.9%
20 a 34 años	22	53.7%	Primaria	15	36.6%
35 a más años	18	43.9%	Secundaria	17	41.5%
Total	41	100.0%	Técnica	7	17.1%
Procedencia	Nº	%	Superior	0	0.0%
Urbano	12	29.3%	Total	41	100.0%
Urbanomarginal	7	17.1%			
Rural	22	53.7%			
Total	41	100.0%			

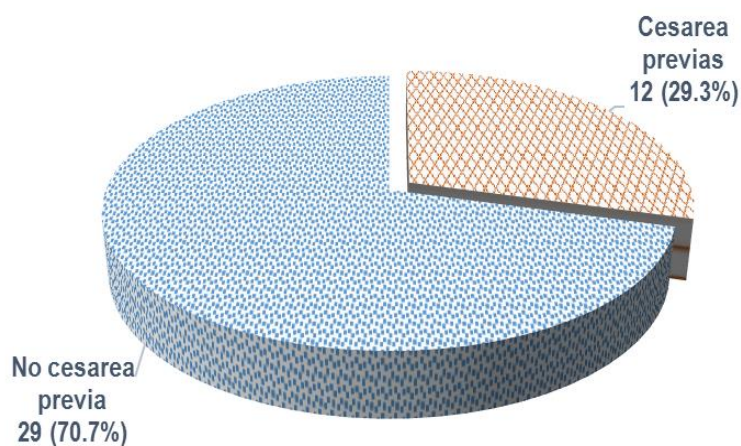
b) Características obstétricas de las histerectomías obstétricas realizadas en el Hospital Regional de Loreto del 2009 al 2014

El 73.2% de los 41 casos de histerectomía obstétrica son multíparas y el 14.6% primíparas (Tabla N° 2).

Tabla N° 2
Paridad de las histerectomías obstétricas
Hospital Regional de Loreto
2009 - 2014

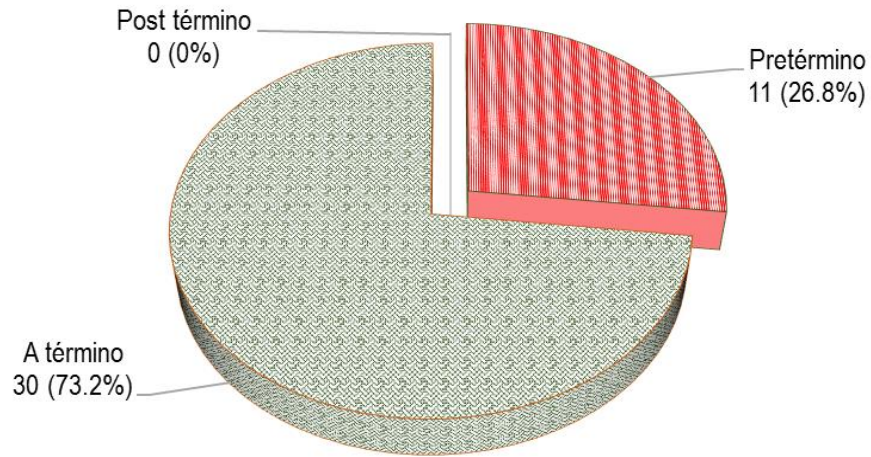
Paridad	N°	%
Nulípara	2	4.9%
Primípara	6	14.6%
Multípara	30	73.2%
Gran Multípara	3	7.3%
Total	41	100.0%

El 29.3% de los 41 casos de histerectomía obstétrica tienen antecedente de cesárea anterior y el 70.7% no presentan antecedente de cesárea (Gráfica N° 1).



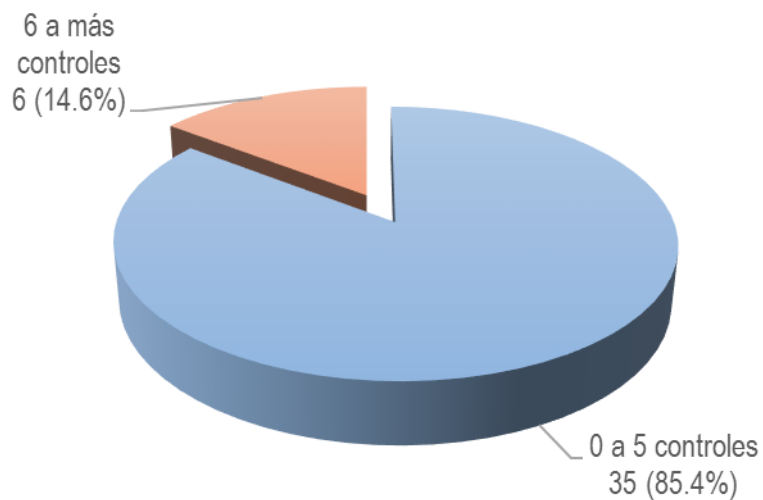
Gráfica N° 1
Antecedente de Cesárea anterior de las histerectomías obstétricas
Hospital Regional de Loreto
2009 - 2014

El 26.8% de los 41 casos de histerectomía obstétrica tuvieron una edad gestacional de pretérmino, y el 73.2% a término (Gráfica N° 2).



Gráfica N° 2
Edad gestacional de las histerectomías obstétricas
Hospital Regional de Loreto
2009 - 2014

El 14.6% de los 41 casos de histerectomía obstétrica tuvieron de 6 a más controles prenatales (Gráfica N° 3).



Gráfica N° 3
Control prenatal de las histerectomías obstétricas
Hospital Regional de Loreto
2009 - 2014

c) Indicaciones de las histerectomías obstétricas realizadas en el Hospital Regional de Loreto del 2009 al 2014

El 61.0% de los 41 casos de histerectomía obstétrica fueron por atonía uterina, seguido de desprendimiento prematuro de placenta (14.6%), perforación uterina (12.2%) y acretismo placentario (9.8%) (Tabla N° 3).

Tabla N° 3
Indicaciones de las histerectomías obstétricas
Hospital Regional de Loreto
2009 - 2014

Indicación de Histerectomía obstétrica	Nº	%
Atonía Uterina	25	61.0%
desprendimiento prematuro de placenta	6	14.6%
Perforación uterina	5	12.2%
Acretismo placentario/Hemorragia aguda	4	9.8%
Retención placentario	1	2.4%
Total	41	100.0%

d) Tipo de histerectomía obstétrica realizadas en el Hospital Regional de Loreto del 2009 al 2014

El 53.7% de los 41 casos de histerectomía obstétrica fueron cesárea histerectomía, el 22.0% histerectomía postparto, el 14.6% histerectomía en bloque y el 9.8% histerectomía post legrado (Tabla N° 4).

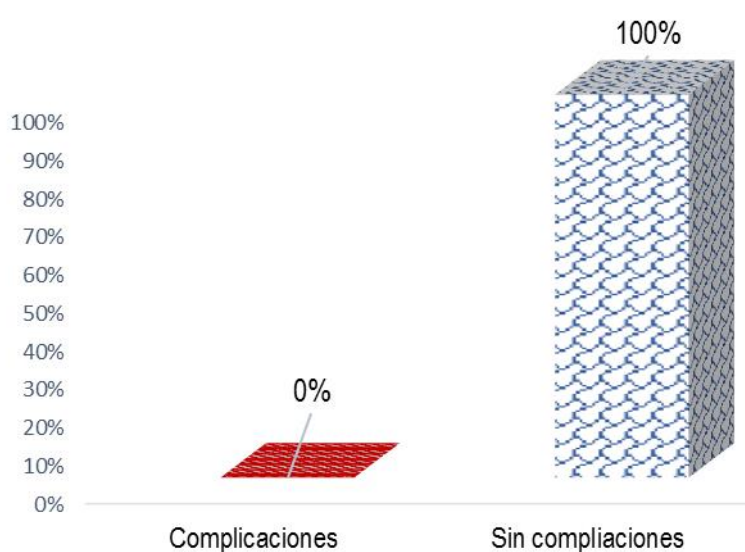
Tabla N° 4
Tipo de histerectomía obstétrica
Hospital Regional de Loreto
2009 - 2014

Tipo de Histerectomía obstétrica	Nº	%
Cesárea histerectomía	22	53.7%
Histerectomía posparto	9	22.0%
Histerectomía en bloque	6	14.6%
Histerectomía post legrado	4	9.8%
Total	41	100.0%

37 (90.2%) casos de histerectomía obstétrica fueron histerectomías subtotaes y 4 (9.8%) histerectomía totales.

e) Complicaciones de las histerectomías obstétricas realizadas en el Hospital Regional de Loreto del 2009 al 2014.

Al revisar las historias de los 41 casos de histerectomía obstétrica, no se encontraron reportados complicaciones durante y después de la histerectomía obstétrica (Gráfica N° 4).



Gráfica N° 4
Complicaciones de las histerectomías obstétricas
Hospital Regional de Loreto
2009 - 2014

10. DISCUSION

La edad promedio de los casos de histerectomía obstétrica fue de 31.6 años, con un rango de 20 a 34 años de edad (53.7%), en el estudio de PEREZ ²⁶ el promedio de edad materna fue de 33.9 años muy cercana a nuestro estudio, mientras que en el estudio de ORESTES ²⁷ fueron mayores de 34 años; ROBERT ²⁸ encuentra una edad materna promedio de 36 años. mientras que SÁEZ CANTERO ²⁹ encuentra una edad materna media de 30,9 años. MORALES ³⁴ con una edad media de 31 años y mediana de 32 años de edad. RODAS ³⁰ reporta una mayor frecuencia en el grupo de 30 a 40 años

El nivel de instrucción de las gestantes que se le practicó una histerectomía obstétrica fue de secundaria similar al estudio de MORALES ³⁴.

Más del 70% de los casos son multíparas, ROBERT ²⁸ encuentra una mayor frecuencia de multíparas (97%). SÁEZ CANTERO ²⁹ también encuentra mayor frecuencia de multíparas; similar a lo de encontrado por PEREZ ²⁶, RODAS ³⁰; DEL AGUILA ²¹, MORALES ³⁴ y MONTOYA ³⁵.

Cerca del 30% de los casos de histerectomía obstétrica presentaron antecedente de cesárea; ORESTES ²⁷ encuentra en su estudio que es una condición de aumentar el riesgo de histerectomía; RODAS ³⁰ encuentra que el 64% tiene antecedente de cesárea segmentaria. MONTOYA ³⁵ encuentra que el 72% de las pacientes tenían historia de cesárea.

La mayoría de los casos fue en gestantes a término (73.2%); ROBERT ²⁸ encuentra que la edad gestacional promedio al parto fue 36,1 semanas. SÁEZ CANTERO ²⁹ encuentra que la media fue de 37,6 semanas. RODAS ³⁰ reporta que el 96% de sus casos de histerectomía ocurrió durante el tercer trimestre. DEL AGUILA ²¹ encuentra un promedio de 35 semanas.

Uno de cada 8 casos de histerectomía tuvieron adecuado control prenatal; DEL AGUILA ²¹, encuentra que 1 de cada 3 histerectomía no tuvieron control prenatal. MORALES ³⁴ encuentra que más del 80% tuvieron un inadecuado control prenatal, MONTOYA ³⁵

encuentra que el 53% sin control prenatal; el control prenatal tiene el objetivo de identificar los signos de alarma y factores de riesgo de morbilidad durante la gestación, el no realizarlo oportuna y adecuadamente lleva aun riesgo de morbimortalidad materna y perinatal.

Las principales indicaciones fueron atonía uterina, desprendimiento prematuro de placenta, perforación uterina y acretismo placentario, en todos los casos una manifestación es el sangrado vaginal; ORESTES ²⁷ reporta que el diagnóstico más frecuente fue la hemorragia (42,3 %). ROBERT ²⁸ encuentra similares causas de histerectomía, pero con diferentes frecuencias las principales acretismo placentario, inercia uterina y rotura uterina (8,8 %). SÁEZ CANTERO ²⁹ encuentra que las hemorragias fueron responsables del 80 % de los casos, siendo la atonía uterina la causa más frecuente. PEREZ ²⁶ encuentra que la principal indicación de la histerectomía en su estudio fue la atonía uterina, RODAS ³⁰ anota que el 76% de los casos fueron por atonía uterina, seguido de acretismo placentario y ruptura uterina. DEL AGUILA ²¹ encuentra que las principales indicaciones de las histerectomías obstétricas fueron por atonía uterina, acretismo placentario y rotura uterina. CASAS PEÑA ³² reporta atonía uterina y anomalías de la inserción placentaria. TANG ³³ reportó acretismo placentario y atonía uterina como sus principales indicaciones. MORALES ³⁴ halla como principales causas de histerectomía obstétrico atonía, acretismo en, retención de restos y hemorragia obstétrica, MONTOYA ³⁵ menciona en su investigación que las tres principales indicaciones fueron rotura uterina, atonía uterina y acretismo placentario.

El 53.7% fueron cesárea histerectomía, el 22.0% histerectomía postparto, el 14.6% histerectomía en bloque y el 9.8% histerectomía post legrado. PEREZ ²⁶ encuentra una frecuencia diferente pero con predominio de las cesárea-histerectomía sobre las histerectomías postparto. DEL AGUILA ²¹ encuentra que más del 60% de los casos fueron cesárea - histerectomía seguido de la histerectomía- post cesárea (33%). MONTOYA ³⁵ encuentra que el 56% de los casos se practicó una cesárea -histerectomía.

37 (90.2%) casos de histerectomía obstétrica fueron histerectomías subtotales y 4 (9.8%) histerectomía totales. DEL AGUILA ²¹ también encuentra que la histerectomía abdominal sub total (93%) predominó sobre la histerectomía total (7%).

No se reportaron complicaciones durante y después de la histerectomía obstétrica; mientras que en otros estudios como el de ORESTES ²⁷ primaron las complicaciones de la herida quirúrgica y la anemia. ROBERT ²⁸ reporta una frecuencia de complicaciones del 91,2% siendo la principal lesión vesical, seguido de anemia. PEREZ ²⁶ reporta anemia, estado de choque, lesión vesical. RODAS ³⁰ encuentra como principal complicaciones anemia y shock hipovolémico.

Es bueno anotar que la mayoría de los casos de anemia y los cuadros de hipovolemia son producto de las causas de histerectomía más no por el acto quirúrgico.

Ninguna caso de histerectomía obstétrica realizada en el Hospital Regional de Loreto falleció; similar al estudio de ROBERT ²⁸ y TANG ³³; ORESTES ²⁷ reporto una mortalidad del 3,6 %. RODAS ³⁰ reporta una mortalidad del 8%.

11. CONCLUSIONES

- Entre 2009 al 2014 ocurrieron 41 casos de histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Loreto, el 53.7% presentan entre los 20 a 34 años de edad; el 53.7% proceden de la zona rural, el 41.5% tienen estudios de secundaria, el 73.2% son multiparas, el 29.3% tienen antecedente de cesárea anterior, el 73.2% fueron a término y el 14.6% con 6 a más controles prenatales.
- Las principales indicaciones fueron atonía uterina (61.0%), desprendimiento prematuro de placenta (14.6%), perforación uterina (12.2%) y acretismo placentario (9.8%).
- El 53.7% fueron cesárea histerectomía, el 22.0% histerectomía postparto, el 14.6% histerectomía en bloque y el 9.8% histerectomía post legrado
- El 90.2% casos de histerectomía obstétrica fueron histerectomías subtotales y el 9.8% histerectomía totales.
- No se reportaron complicaciones durante y después de la histerectomía obstétrica.

12. RECOMENDACIONES

Los hallazgos nos permiten recomendar:

- Sensibilizar a la población de gestantes sobre la importancia en cumplir con los controles prenatales.
- Fortalecer el control prenatal domiciliario en el grupo de gestantes que no acuden a su control prenatal.
- Realizar un estudio prospectivo sobre las complicaciones médicas y post quirúrgicas de las histerectomía obstétricas.

CAPITULO V

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Faneite P, Rivera C, Faneite J. Histerectomía obstétrica 2000-2007. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008;68:92-7.
2. Uribe R. Histerectomía obstétrica. Concepto e importancia. Ginec Obst Mex. 2004;64:23.
3. Uribe R. Histerectomía obstétrica. Concepto e importancia. Ginec Obst Mex. 2004;64:23.
4. Uribe R, Reyes L, Zamora J. La histerectomía como recurso en la obstetricia actual. Ginec Obstet Mex. 2004;43:113-22.
5. Flood KM, Said S, Geary M, et al. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last decades. Am J Obstet Gynecol. 2009;200:632.e1-632.e6.
6. Béjar C J: Histerectomía de emergencia durante la gestación, en el Instituto Materno Perinatal: Incidencia y Factores Asociados (Enero 1999 - Diciembre 2000), Instituto Materno Perinatal; Lima, 2001 Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana, 2001.
7. Briceño C, Alaña F, Briceño L, Placenta percreta: Rev Obstet Ginecol Venez 2002;62(4):273-277
8. Ramírez L: Cesárea histerectomía en el Hospital Almenara Irigoyen y Centro Medico Naval durante los años 1980 - 1992. ME/WQ/430/R21. Biblioteca Facultad de Medicina San Fernando. UNMSM. Lima.
9. Meza M, Guarnizo E: Cesárea histerectomía en la Obstetricia actual. Instituto Materno Perinatal (ex Maternidad de Lima) 1989 - 1993. ME/WQ/430/M49. Biblioteca Facultad de Medicina San Fernando. UNMSM Lima.
10. Orderique L. Chumbe O.: Cesárea histerectomía en el Hospital Maria Auxiliadora. Ginecología y Obstetricia. 1998; 44(1); 61:64.
11. Reveles J, Villegas G, Hernández S, Grover F, Hernández C, Patiño A. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Mex. 2008;76:156-60.
12. Caro J, Bustos L, Ríos A, Bernal J, Neumann Pape C. Histerectomía obstétrica en el Hospital de Puerto Montt, 2000-2005. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006;71:313-319.
13. Arrieta O. Notas para la historia de la Medicina del Zulia. Maracaibo: Talleres Ars Gráfica; 1988. p. 92-3.

14. Speert H. Part IX. Operations and Therapeutic Procedures. Obstetrics & Gynecologic Milestones illustrated. 2nd ed. Carnforth: The Parthenon Publishing Group; 2000. p. 572-77.
15. Guzman R, Vargas P, Astudillo J, Riveros R, Yamamoto M. Embolización selectiva de arterias uterinas en la resolución de patologías ginecológicas y emergencias obstétricas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2011;76:76-85.
16. Villar R, Aguarón G, González-López A, Arones M, González de Merlo G. Técnica B-Lynch para el tratamiento de la hemorragia posparto. Clin Invest Ginecol Obstet. 2012;39:64-8.
17. Kastner E, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. Obstet Gynecol. 2002;99:971-5.
18. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. ACOG. 2006;108:1486-92.
19. Stanco M, Paul H, Mishell R. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. Am J Obstet Gynecol. 2003;168:879-83.
20. Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert JF. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: A case-control study. ACOG. 2003;102:141-5.
21. Del Águila R., Isla J. Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011. Tesis para obtener el título profesional de obstetra. Escuela académica profesional de obstetricia. Facultad de ciencias de la salud. Universidad nacional de san Martín. 2012.
22. Uribe Humberto. *Histerectomía Obstétrica* [en línea]: Congreso XXVII Curso Anual México, 2001; [Consulta Septiembre 2008]. Web:<http://www.comexan.com.mx/congresos/xxviicursoanual/hister.pdf>
23. Aller, J. Moreno-Iztúriz, J. Romero: Cesárea, Histerectomía Obstétrica e Histerorrafia en: Obstetricia Moderna. 3a Ed. : Editorial McGraw-Hill-Interamericana, 2009:571-583
24. Ramos R., Ramírez G., Hurtado G. Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. Arch Inv Mat Inf 2010;11(1):11-14

25. Villalobos N, López C. Análisis de las indicaciones para histerectomías obstétricas. Rev Obstet Ginecol Venez. 1999;59:7-11.
26. Pérez Méndez J.; Iniesta Mejía A., Vázquez López A. Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza y en el Hospital Ángeles México. Análisis comparativo. An Med (Mex) 2008; 53 (1): 10-14
27. Orestes R., Sotolongo A., Suárez A., Muñiz R. Histerectomía obstétrica de urgencia Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 35(3):1-10
28. Robert J., Ricci P., Rodríguez T., Pons A. Histerectomía posparto: Experiencia de clínica Las Condes. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(5): 300 – 305
29. Sáez Cantero V; Daudinot Cos, C; Análisis de un quinquenio en la histerectomía obstétrica de emergencia; Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(2)21-31. [Online] <<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n2/gin04210.pdf>>
30. Rodas D. Caracterización de las pacientes con histerectomía obstétrica, estudio descriptivo realizado en el departamento de ginecoobstetricia del Hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2009 a diciembre 2009, Tesis para obtener el grado de Maestro en Ginecología y Obstetricia. Escuela de Estudios de Postgrado. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2012
31. Aguilar Ponce S., Safora Enríquez O. Rodríguez Izquierdo A. La histerectomía obstétrica como un problema vigente. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2012;38(1):107-116
32. Casas-Peña R., Pérez-Varela I., Chicangana-Figueroa G., Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de cohorte. Rev Colomb Obstet Ginecol 2013;64:121-125
33. Tang Ploog L., Albinagorta Olórtegui R.. Histerectomía puerperal. Experiencia en una institución privada. Rev peru ginecol obstet. 2013;59: 199-202
34. Morales Quiroz J. Histerectomía obstétrica correlación del diagnóstico prequirúrgico con el resultado anatomopatológico en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” en sus 2 años de existencia Tesis para obtener el diploma de posgrado la especialidad de Ginecología y Obstetricia Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Estado de México. 2012
35. Montoya C., Claudino C. Histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Regional de Occidente: Incidencia y factores asociados. Rev Med Hondur,2014, 82(2):12-17

14. ANEXOS

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS HISTERECOMIA OBSTETRICA: FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2009-2014.

1. Características sociodemográficas

Edad:..... años

1. < 20 años 2. 20 a 34 años 3. > 34 años

Procedencia: 1. Urbano 2. Urbano-marginal 3. Rural

Nivel de Instrucción: 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica
5. Superior

2. Características obstétricas de la gestante adolescente

Paridad: 1. Nulípara 2. Primípara 3. Multípara 4. Gran Multípara

Cesáreas previas:

Edad gestacional: 1. Pre término 2. A término 3. Post término

Control pre natal 1. 0 a 5 controles 2. 6 a más controles

3. Indicaciones de la Histerectomía Obstétricas

Atonía Uterina ()

Ruptura uterina ()

Trastornos de la implantación Uterina ()

Infección Puerperal ()

Otros ()

4. Tipo de Histerectomía Obstétricas

Cesárea histerectomía ()

Histerectomía post cesárea ()

Histerectomía posparto ()

Histerectomía post legrado ()

Histerectomía en bloque ()

5. Complicaciones de la Histerectomía Obstétrica.

Infección de herida quirúrgica	()
Absceso Pelviano	()
Hematoma de pared	()
Tromboembolia pulmonar	()
Lesión de vejiga y uréter	()
Lesión del tracto gastrointestinal	()
ITU	()
Neumonía	()
Abceso y/o Hematoma de muñón	()
Dehiscencia	()
Sepsis	()
Fístulas	()
Prolapso muñón	()
Eventraciones	()
Mortalidad	()