

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

CARACTERIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

GERÓNIMO SAMUEL RAMÍREZ CEDILLO

**Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Abril 2016



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Gerónimo Samuel Ramírez Cedillo

Carné Universitario No.: 100019945

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"CARACTERIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA"**

Que fue asesorado: Dra. Amparo Marisol Fuentes González

Y revisado por: Dra. Nivea Sofía Ninoshka Vela Quiñonez MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para abril 2016.

Guatemala, 04 de abril de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Universidad de San Carlos de Guatemala

Of. 22/2016

Dr. MEG/hv

Cuilapa, Santa Rosa 29 de febrero de 2016

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades
De la Escuela de Estudios de Postgrado
Presente.

Respetable Dr.:

Reciban un cordial saludo deseándole el mejor éxito al frente de sus actividades diarias. El coordinador Especifico de Post-Grado Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa hace contar que ha sido revisado y corregido el informe final de tesis de la Dr. Gerónimo Samuel Ramírez Cedillo de la Maestría en Ciencias Médicas en Ginecología y Obstetricia con carnet 100019945, titulado **"CARACTERIZACION DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL DE CUILAPA SANTA ROSA" 2011.**

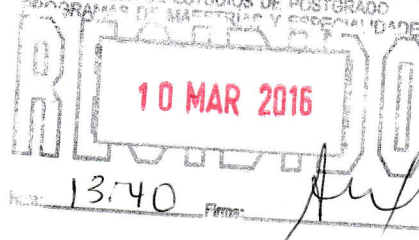
Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente

Dr. Miguel Eduardo Garcia
Coordinador Especifico
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS - USAC
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMAS DE MAESTRIAS Y ESPECIALIDADES



Cuilapa, 02 de octubre de 2013.

Doctor
Miguel Eduardo García
Coordinador Específico Programa de Postgrados
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Presente.

Estimado Doctor García:

Por este medio le informo que he sido REVISORA del trabajo de investigación titulado "Caracterización de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa" en el periodo de enero 2010 a diciembre 2011, correspondiente al estudiante Gerónimo Samuel Ramírez Cedillo carné número 100019945 de la Maestría de Ginecología y Obstetricia.

Por lo que apruebo el trabajo anteriormente mencionado para que proceda con los trámites correspondientes.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente:

Dra. Sofía Vela Q.
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
COL. 13,314

Sofía Vela
Dra. Nivea Sofía Ninoshka Vela Quiñonez
Ginecóloga y Obstetra
Revisora

Cuilapa, 02 de octubre de 2013.

Doctor
Miguel Eduardo García
Coordinador Específico Programa de Postgrados
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Presente.


Estimado Doctor García:

Por este medio le informo que he sido ASESORA del trabajo de investigación titulado "Caracterización de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa" en el período de enero 2010 a diciembre 2011, correspondiente al estudiante Gerónimo Samuel Ramírez Cedillo carné número 100019945 de la Maestría de Ginecología y Obstetricia.

Por lo que apruebo el trabajo anteriormente mencionado para que proceda con los trámites correspondientes.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente:


Dra. Amparo Marisol Fuentes González
Ginecóloga y Obstetra
Hospital Cuilapa, Santa Rosa.
Asesora

Dra. A. Marisol Fuentes G
Ginecóloga y Obstetra
col. 12,135

AGRADECIMIENTO

A DIOS:

Por la Fe, la Fortaleza, la Salud, la Esperanza y la Bendición para estar y ser lo que soy ahora.

A TRES MUJERES ESPECIALES:

Erika mi esposa, Diana & Isabella mis hijas, que ahora son mi motivación y razón de vivir, gracias por tanto amor que me dan día a día.

A MI MADRE:

Símbolo de lucha, trabajo y perseverancia que gracias a todo su esfuerzo y sacrificio para brindarme amor, comprensión, apoyo incondicional y la confianza en cada momento de mi vida y sobre todo en mis años de estudios universitarios.

A MIS HERMANOS:

Mario y Edwin que han estado en los buenos y malos momentos, ejemplos también de esfuerzo, sacrificio y perseverancia.

A MIS JEFES Y COMPAÑEROS:

En especial a los del Hospital Regional de Cuilapa, por haber sido parte importante en mis años de entrenamiento. Se les recordara siempre.

ÍNDICE

CONTENIDO	NUMERO DE PÁGINA
Índice	i
Índice de tablas	ii
Índice de Graficas	iii
Resumen	iv
I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
III. Objetivos	14
IV. Material y Método	15
V. Resultados	21
VI. Discusión y análisis	26
VI.1. conclusiones	29
VI.2. Recomendaciones	30
VI. Referencias Bibliográficas	31
VII. Anexos	34

INDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PAGINA
Tabla No. 1: grupo etario	21
Tabla No. 2: características generales	21
Tabla No. 3: edad gestacional y vía de resolución de embarazo	22
Tabla No. 4: indicaciones de histerectomía	22
Tabla No. 5: tipo de histerectomía según indicaciones	23
Tabla No. 6: complicaciones obstétricas y quirúrgicas	23
Tabla No. 7: antecedentes obstétricos	24
Tabla No. 8: resultados maternos	24
Tabla No. 9: relación entre vía de resolución e indicación de histerectomía	25

INDICE DE GRAFICAS

CONTENIDO	PAGINA
Grafica No. 1: grupo etario	35
Grafica No. 2: características generales	36
Grafica No. 3: edad gestacional y vía de resolución	37
Gráfica No. 4: indicaciones de histerectomía	37
Grafica No. 5: tipo de histerectomía según indicaciones	38
Grafica No. 6: complicaciones quirúrgicas y obstétricas	38
Grafica No. 7: antecedentes obstétricos	39
Grafica No. 8: resultados maternos	39

Resumen

El objetivo del estudio es determinar las características epidemiológicas y clínicas asociadas a las pacientes a quienes se les practico Histerectomía Obstétrica.

Material y Métodos: el estudio fue realizado en el hospital de Cuilapa, Santa Rosa, entre el 01 de Enero del 2010 al 31 de diciembre del 2011, se trato de un estudio descriptivo-prospectivo, en el cual se incluyeron a todas las pacientes a quienes se le realizo histerectomía obstétrica, se recogieron datos en una hoja diseñada para la recolección de información el cual posteriormente fue utilizada para está investigación mediante sistema operativo Windows 7, Excel 97-2003.

Resultado: los resultados obtenidos en esa investigación reflejan que la histerectomía obstétrica fue frecuente en mujeres entre las edades de 35-39 años (35 %) y la indicación más frecuente, atonía uterina (55%). Las complicaciones que se le asocian son las de la técnica quirúrgica (lesión ureteral, trauma vesical, entre otros). Las mujeres que han tenido 3, 4 ò 5 embarazos son más propensas, al igual que la que tienen antecedentes de cesárea previa (45%) y que la mayor parte de las pacientes de este estudio (80%) su embarazo fue resuelto por vía abdominal.

CONCLUSIONES: La histerectomía obstétrica es una medida salvadora, cuando la causa básica no es resuelta por el manejo clínico. La atonía uterina es la indicación más frecuente de histerectomía obstétrica.

PALABRAS CLAVE: histerectomía obstétrica, atonía uterina, cesárea previa, hemorragia obstétrica.

SUMMARY

The objective of the study is to determine the epidemiological, clinical and characteristics characteristics associated with patients who practice obstetric hysterectomy.

Material and methods: the study was conducted at the hospital of Cuilapa, Santa Rosa, between the dates of January 01 2010 to December 31, 2011, I try a descriptive-retrospective study, in which were included all patients who do obstetric hysterectomy, collected data on a blade designed for the collection of information which was subsequently used for is research using Windows 7 operating system Excel 97 - 2003.

Result: the results obtained in this investigation reflect that obstetric hysterectomy is more frequent its realization in women between the ages of 35-39 years (35%) and indicated more frequent, uterine atony (55%), addition to the complications associated with it are those of the surgical technique (ureteral injury, bladder trauma, among others). In addition to that have had 3, 4 or 5 pregnancies are more likely, like that have a history of previous cesarean section (45%) and that most of the patients in this study (80%) her pregnancy was resolved by abdominal via.

CONCLUSIONS: Obstetric hysterectomy is a measure saving, when the underlying cause is not resolved by the clinical management. Uterine atony is the most common indication of obstetric hysterectomy.

KEYWORD: obstetric hysterectomy, uterine atony, previous cesarean section, obstetric hemorrhage

I. INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica consiste en la extirpación del útero en una mujer gestante, tras la cesárea o posterior al parto cuando presenta hemorragia obstétrica severa¹, el cual no resuelve con las medidas o procedimiento convencionales². La histerectomía por complicaciones obstétricas se refiere a tres eventos: 1. Histerectomía en el puerperio, 2. Cesárea histerectomía y 3. Histerectomía en bloque³.

La Organización Panamericana de la Salud determinó una tasa global de 190 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos en América Latina y el Caribe durante 2002⁴. En Guatemala, según información del SIGSA, el centro nacional de Epidemiología y el programa Nacional de Salud reproductiva, en el año 2012 se reportaron 441 muertes maternas, siendo las principales causas; las Hemorragias Obstétricas, (44,7 %), Trastornos Hipertensivos en el embarazo (19 %) y Sepsis (15,2%).

Guatemala se encuentra ubicada entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con más altas tasas de fecundidad en mujeres adolescentes, de 15-19 años de América Latina⁵. Según el Estudio Nacional de Muerte materna publicado en el 2011, la razón de mortalidad materna se incrementa en ambos extremos de la edad reproductiva; tiene un alto nivel en adolescentes de 10-14 años (219.1 por 100000 nacidos vivos) y luego alcanza su máximo en el grupo de 40 a 44 años (370,2 por 100000 nacidos vivos) siendo las mismas, causa de mortalidad⁶.

Y como es conocido, dentro de las principales causas de morbimortalidad materna está la hemorragia obstétrica en cualquiera de sus variantes, que sigue siendo la primera causa a nivel mundial, es por ello que se decide realizar este estudio sobre una de las medidas extremas que salvan la vida de las mujeres. Teniendo como objetivo principal la caracterización de las pacientes a quien se les práctico Histerectomía Obstétrica (HO).

La histerectomía obstétrica tiene una incidencia a nivel mundial que varía de 0.3 a 1.5 por cada 1000 nacidos vivos, por lo que conociendo los factores de riesgo, las causas, indicaciones, incidencia y complicaciones de la misma, podamos aportar elementos y datos estadísticos que sirvan en un futuro para mejorar la atención de pacientes con alto riesgo de padecer hemorragia obstétrica y que conlleve realizar Histerectomía Obstétrica como medida extrema para salvar vidas.

II. ANTECEDENTES

2.1 HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA.

2.1.1 ASPECTOS GENERALES:

Etimológicamente, histerectomía se forma de dos raíces griegas: **isteros** (útero) y **ectomía** (extirpación). Considerando el momento de su realización, la histerectomía por complicaciones obstétricas se refiere a tres eventos: 1) Histerectomía en el puerperio, 2) Cesárea histerectomía y 3) Histerectomía en bloque. La cesárea histerectomía es una intervención mediante la cual, una vez extraído el feto por histerotomía, se extirpa el útero¹¹.

Se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente, al aumentar el riesgo de hemorragia^{12, 13}.

Consiste en la extirpación del útero durante una cesárea o en el puerperio, por complicaciones relacionadas con el embarazo o por indicaciones ginecológicas. La que se realiza durante la cesárea es conocida como Operación de Porro y consiste en practicar una cesárea seguida de histerectomía total o subtotal. En condiciones ideales siempre es preferible practicar la técnica total; sin embargo, en aquellas pacientes en malas condiciones generales donde existe dificultad técnica para la extracción del cuello, es preferible la técnica subtotal para acortar el tiempo quirúrgico y disminuir la morbimortalidad materna. También se puede practicar una técnica radical, con vaciamiento ganglionar, en los casos de cáncer invasivo⁷.

Generalmente se realiza cuándo el tratamiento de primera línea o Uterotónicos no ha sido efectiva, y otras medidas quirúrgicas como empaquetamiento uterino, ligadura de arterias uterinas y ligaduras compresivas del útero han sido ineficaces¹⁰.

2.1.2. ASPECTOS HISTÓRICOS

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 embarazo⁷.

En 1862, Fesser describió una técnica, la cual fue aprobada y aceptada hasta 1878. Horacio Robinson Store, en 1869, realizó y documentó por primera vez la realización de una histerectomía en una mujer viva después de cesárea en los Estados Unidos de América (EUA)⁸.

La primera histerectomía durante una cesárea fue realizada en 1868, en Boston, por Horacio Robinson Storer, pero la paciente murió a los 3 días. El primer caso con sobrevivencia de la paciente fue realizado en 1876, por Eduardo Porro, de allí que la cesárea acompañada de histerectomía lleva el nombre de este autor. 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 esterilización⁷.

2.1.3. INCIDENCIA

La incidencia de la histerectomía por complicaciones obstétricas varía de acuerdo al tipo de normas ginecoobstétricas que se manejan en las instituciones, del control prenatal, atención obstétrica, etcétera. En EUA varía entre 0.13 y 0.15%, en Shanghai 0.54%, en Taiwán 0.36% y en México (INPer) 1.72%⁸.

Se desconoce la incidencia exacta de la histerectomía periparto de urgencia. Varios autores han comunicado índices de 0.5 a 1.5 por cada 1,000 nacidos vivos¹². Cada año fallecen poco más de medio millón de mujeres en todo el mundo por estas causas^{14, 16}.

Actualmente la literatura médica estima una incidencia de histerectomía posparto entre 0,29 y 3,78 por cada 1 000 partos y el 10 % de ellas puede requerir una segunda intervención²⁴.

En el Hospital de Maternidad La Paz, en Madrid, se registraron 272,332 partos y 14,435 cesáreas, y allí se realizaron 102 cesáreas histerectomías, lo que representa 0.037% de los partos y 0.7 de las cesáreas¹¹.

La Organización Panamericana de la Salud determinó una tasa global de 190 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos en América Latina y el Caribe durante 2002. En México, la Secretaría de Salud informó que entre 2000 y 2002 la tasa de mortalidad

materna fue aproximadamente de 50 por 100 mil nacidos vivos; no obstante, otras publicaciones oficiales ubican dicho índice en 75 o más^{14, 17, 18}.

Guatemala no es la excepción en muerte materna, según información del SIGSA, el Centro Nacional de Epidemiología y el Programa Nacional de Salud Reproductiva, en el año 2011 se reportaron 383 muertes, por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio. Los departamentos de Alta Verapaz (53 muertes) Huehuetenango (52), Quiché (42) y San Marcos 34 muertes. En estos departamentos se aglutinan el 65 % de los casos. En Santa Rosa se registró una muerte en el 2011 por pre-eclampsia severa. En el 2010 se registraron 3 muertes maternas, siendo las causas: ruptura uterina, sepsis puerperal y eclampsia. Al realizar la distribución por grupos de edad se estableció que las mujeres de 40-44 años de edad presentan la tasa más alta (622 por 100000 nacidos vivos) seguida del grupo de 35-39 años (341 por 100000 nacidos vivos)¹⁴.

Las causas principales de la mortalidad materna son hemorragias, (40%), trastornos hipertensivos en el embarazo (26 %) y sepsis (11%).

Guatemala se encuentra ubicada entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con más altas tasas de fecundidad, en mujeres adolescentes de 15-19 años, de América Latina. Según el Estudio Nacional de Muerte materna publicado en el 2011, la razón de mortalidad materna se incrementa en ambos extremos de la edad reproductiva; tiene un alto nivel en adolescentes de 10-14 años (219.1 por 100,000 nacidos vivos) y luego alcanza su máximo en el grupo de 40 a 44 años (370,2 por 100,000 nacidos vivos) siendo las mismas, causa de mortalidad.

Según datos del SIGSA y el programa Nacional de Salud Reproductiva, en el 2010 se atendieron 47,559 partos en adolescentes, correspondiendo al 19.9% del total de partos, el 17 % (55 casos) de las muertes maternas ocurrió en este grupo poblacional. **Tabla A**

TABLA A

Edad de la madre	No. De partos	%	No. Muertes maternas	%
10-19 años	47559	20,0	55	17,0
20-34 años	167538	70,0	187	58,0
Mayores de 35 años	24189	10,0	79	25,0
Total	239286	100,0	321	100,0

Fuentes: SIGSA/MSPAS

En Santa Rosa en el año 2010, se registraron 5709 nacimientos de los cuales se atendieron 4314 en el hospital y de estos 1510 fueron por la vía de cesárea.

En el 2011 se contabilizaron 4622 nacimientos en el hospital de los cuales 2111 fueron por la vía de cesárea.

La histerectomía obstétrica es una de las medidas o quizá una de las últimas medidas quirúrgicas que se toman ante una complicación obstétrica en la mayor parte de los casos por hemorragia, que de no realizarse en el momento oportuno se convierte en muerte materna.

A nivel internacional, en Europa la incidencia de histerectomía obstétrica reportada en la actualidad por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0,1 y 0,9 %^{19, 20}. En un estudio realizado en Japón se reportó una incidencia de 1%. Este mismo trabajo informa que el 23,5 % fue después de un parto vaginal y el 76,5 % después de una cesárea.

En Perú, 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 Naval²⁶.

En Cuba, en el hospital "Julio Trigo" en la Habana, se encontró una incidencia de histerectomías obstétricas de 21,8 % en el año 2005. En este hospital la incidencia de histerectomía obstétrica entre los años 1997 y 2002, fue de 4,5 %, resultando en una cifra de una histerectomía obstétrica por cada 220 nacimientos^{21, 22}. En el 2010 en el hospital docente "Ramón Gonzales Coro" se realizaron 19 Histerectomías, de los cuales el mioma uterino se observó en el 26,3 %; el 31,6 % fueron nulíparas; predominó en pacientes con cesárea primitiva en un 42,1 %; el 66,7 % fue debido a atonía uterina²⁴.

En Chile Navia y Cols. (2000) analizaron 52 casos de Histerectomía Obstétrica en la maternidad del Hospital Félix Burnes Cerda, ocurridas entre 1983 y 1998, obteniéndose una incidencia 1 por cada 2283 partos ocurridos en ese periodo. Sus principales indicaciones fueron: atonía uterina, adherencia placentaria anormal y desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI). La histerectomía fue subtotal en 57,7 % de los casos. Del total de los casos, había un alto porcentaje de pacientes multíparas con edades sobre los 30 años. Las complicaciones más frecuentes fueron: lesión de vías urinarias, hematoma y hemorragia de la cúpula²⁵.

En México, país vecino con similar condiciones socioeconómicas y lo más cercano, se realizó un estudio en el Instituto Materno Infantil del estado de México (IMIEM) durante el periodo 2007-2008 que reporto incidencia de histerectomía Obstétrica de 1,26 por cada 1000 nacidos vivos. Con edad media de la paciente de 29.90 años. Las indicaciones prequirúrgicas más frecuentes fueron atonía uterina (33,3%) y Acretismo placentario (28,6%)

En el 2009, en el Hospital Roosevelt de Guatemala, se realizo estudio sobre 25 procedimientos de histerectomía obstétrica; 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%)²⁶.

2.1.4 INDICACIONES

A. ABSOLUTAS:

- i. Ruptura uterina de difícil reparación
- ii. Hemorragia incoercible
- iii. Prolongación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos.
- iv. Útero de Couvaliere en abruptio placentae.
- v. Acretismo placentario
- vi. Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico
- vii. Infección puerperal de órganos internos

B. **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 Histerectomía¹¹.

- i. Carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama
- ii. Mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha
- iii. Torsión de útero grávido en grado avanzado.
- iv. Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino)
- v. Algunos casos de corioamnioitis grave.
- vi. Enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual (talasemia, enfermedad de Werlhof)²³.

La operación se realiza en las situaciones que se señalan a continuación.

-) **Por emergencia obstétrica:** En donde si no se realiza la muerte materna inminente.
-) **En ausencia de emergencia:** Por indicaciones que existían antes de la cesárea o por hallazgos durante la intervención que sean indicación de una histerectomía y si no se practica en ese momento se debe realizar posteriormente porque pone en peligro la vida de la paciente.
-) **Electivas:** Cuando existe una indicación antes o durante el embarazo, pero el hecho de no practicar la histerectomía no pone en peligro la vida de la paciente.

Si bien la histerectomía de emergencia no tiene comentarios, la que se practica en ausencia de emergencia y la electiva son muy controversiales. La ventaja es que se puede solucionar un problema ginecológico con una sola intervención, un sólo riesgo y a un costo discretamente mayor. La desventaja es el tiempo quirúrgico más largo, una morbilidad mayor y el requerir un mejor entrenamiento quirúrgico (Hankins et al, 1995; Plauché, 1992).

2.1.5 TÉCNICA QUIRÚRGICA

La técnica es la de la cesárea convencional, seguida de una histerectomía con la técnica que sea más familiar para el cirujano. Suele ser una intervención técnicamente difícil de realizar por la gran vascularización, el edema de las estructuras y los cambios anatómicos del útero grávido y de sus estructuras de sostén. También puede suceder que no se

realice la identificación del límite entre el cuerpo y el cuello uterino por la alteración anatómica, lo que puede impedir la extracción total del útero.

La hemostasia debe ser cuidadosa y se deben emplear, por lo menos, dos suturas por cada vaso principal. La manipulación de las estructuras debe ser cuidadosa porque el tejido suele estar friable y son frecuentes las lesiones de los paquetes varicosos y de la vejiga. Antes de cerrar el abdomen se debe hacer un control final de la hemostasia; si el sangrado es en capa, se dejan materiales antihemorrágicos y el drenaje de la cavidad debe ser realizado con drenes activos.

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

Al finalizar la cesárea será necesario extirpar el útero. Los principios son los mismos que en la realización de una histerectomía abdominal, pero la alteración de la anatomía de la región del cérvix puede suponer dificultades importantes e inesperadas. Las indicaciones para la histerectomía deben, por lo tanto, ser cuidadosamente sopesadas en contraposición con los riesgos. Estos riesgos incluyen la pérdida sanguínea, con la necesidad posterior de transfusiones, y el peligro de lesiones vesicales o ureterales. Pritchard (1965) ha demostrado una pérdida media sanguínea de 1500 mL, comparada con la de 1000 mL en una cesárea sin histerectomía.

2.1.6 HISTERECTOMÍA TOTAL (figuras 1-9)₈

Después de la extracción del feto y la placenta, se cierra provisionalmente la incisión uterina con varias suturas, para prevenir la pérdida sanguínea innecesaria. Es importante hacer una incisión abdominal lo suficientemente grande, la cual se puede ampliarse si es necesario. Para facilitar la operación posterior, el útero puerperal se puede extraer del abdomen a través de la incisión abdominal. Tras la sección de los ligamentos redondos y los anejos, se ligan doblemente todos los pedículos, debido a la hiperemia y el riesgo de que la sutura secciona el tejido conectivo laxo. Se exponen los vasos uterinos de la forma habitual, abriendo el ligamento ancho y separando la vejiga. Debido a la alteración de la anatomía, hay peligro de dañar el uréter; para evitarlo se identificara con precisión el uréter mediante palpación con el índice y el pulgar, si es necesario, se separara

lateralmente., entonces se pinzan los vasos uterinos cerca de la pared del útero, se seccionan y se ligan dos veces. A continuación se debe separar la vejiga del segmento uterino inferior, aún más de lo que fue necesario para la cesárea, usando tijeras romas o el dedo cubierto por una gasa. La disección roma puede desgarrar la vejiga edematosa. En contraste con el útero no grávido, la transición entre el cérvix y la vagina en la cesárea histerectomía puede ser difícil de palpar; sobre todo si el cérvix está totalmente dilatado. Por lo tanto es conveniente abrir longitudinalmente la pared anterior del cérvix e introducir el dedo índice en la incisión, para identificar con precisión la línea de división entre el útero y la vagina. Utilizando pinzas curvas, se secciona la vagina sucesivamente en dirección antero posterior y se sutura cada segmento; durante esta fase se tracciona el útero cranealmente. Se realiza hemostasia y se verifica que se haya extirpado el cérvix en su totalidad.

Figura 1: *Se extiende la incisión en la serosa vesicouterina hacia los laterales y hacia arriba a través de la hoja anterior del ligamento ancho hasta alcanzar los ligamentos redondos seccionados.*

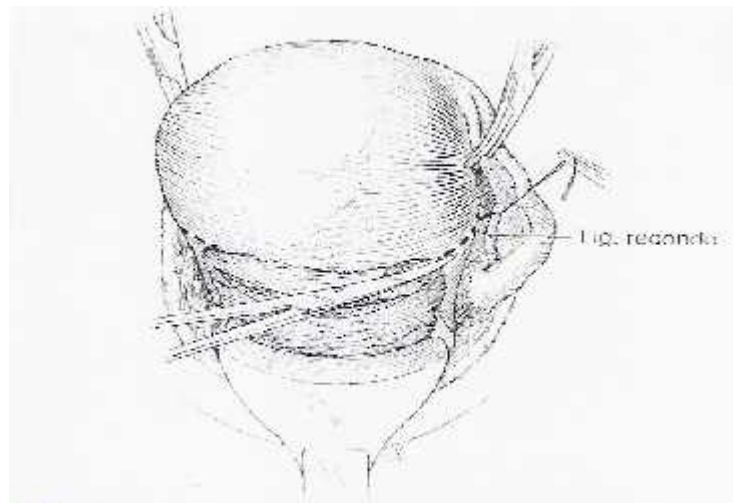


Figura 2: A: Se perfora la hoja posterior del ligamento ancho junto al útero, y por debajo de la trompa de Falopio, de los ligamentos útero-ováricos y de los vasos ováricos B: luego estos se clompean dos veces cerca del útero y se seccionan

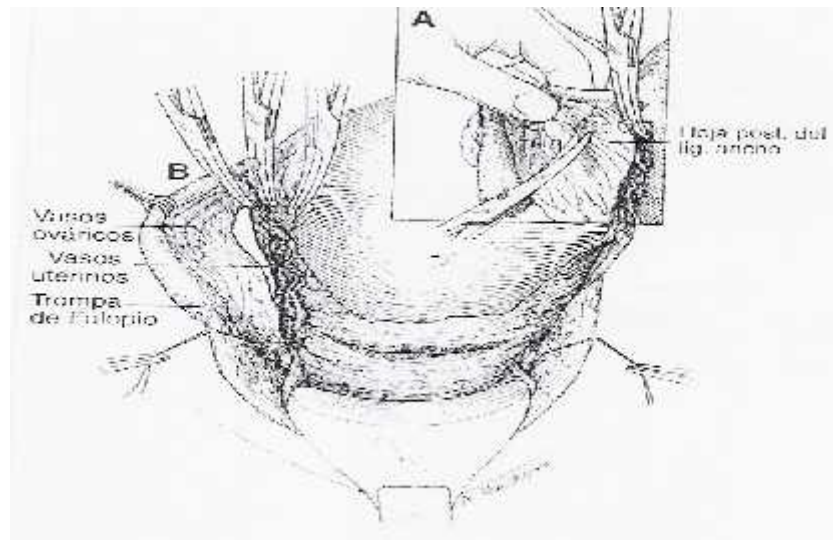


Figura 3: Se secciona la hoja posterior del ligamento ancho hacia abajo hasta el ligamento útero sacro

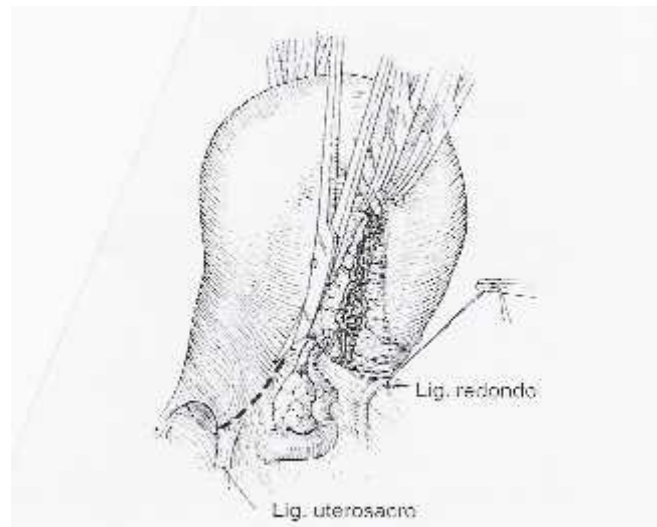


Figura 6: Se clampean, seccionan y ligan los ligamentos cardinales

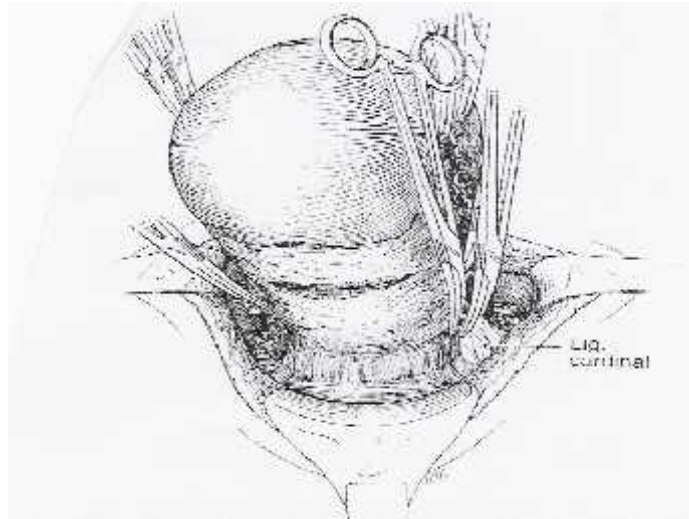


Figura 7: Se coloca una pinza curva a través del fondo de saco vaginal lateral por debajo del nivel del cérvix y del tejido que se incide por dentro de la pinza

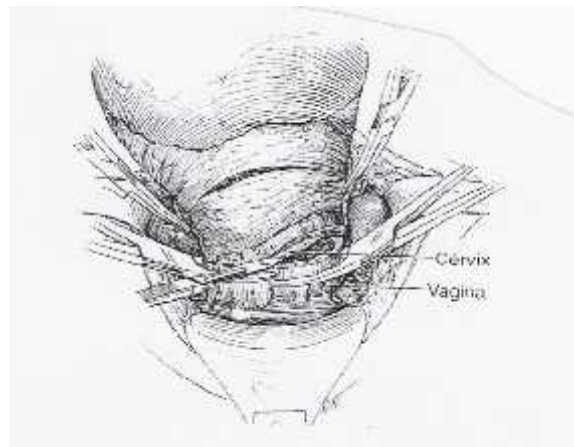
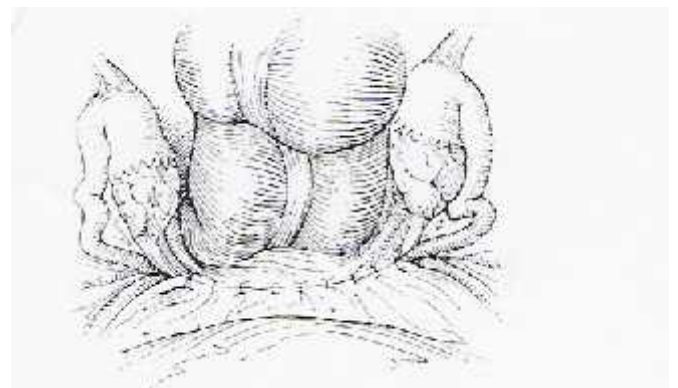
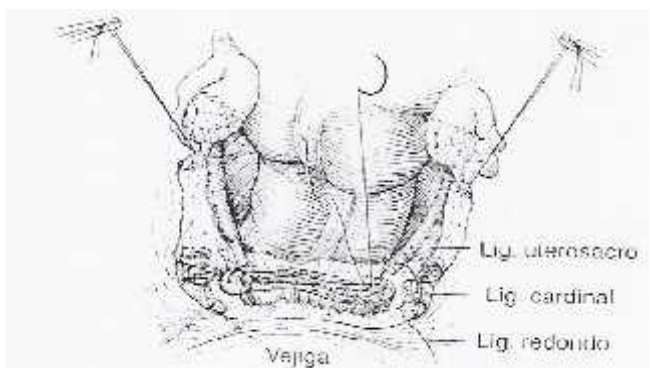


Figura 8: Se aseguran los ángulos laterales en los ligamentos cardinales y útero sacros. Y se ubica un punto de sutura continua sobre el borde de la mucosa vaginal



2.1.7 HISTERECTOMÍA SUBTOTAL

La técnica es igual hasta la sección y ligadura de los vasos uterinos. En este punto se secciona el cuerpo del útero desde el cérvix, justo por encima de los vasos uterinos, con tijera o bisturí. Se cierra entonces el muñón cervical con puntos amplio en 8, utilizando material reabsorbible.

2.1.8 COMPLICACIONES

La frecuencia de las complicaciones derivadas de la histerectomía obstétrica variará según la urgencia con la que se realizó el procedimiento.

La complicación más frecuente es el sangrado excesivo que obligará a la necesidad de transfusiones múltiples, debiéndose este más a la indicación que suscito la histerectomía que a la técnica propiamente. Según diversos autores hasta el 95 % de las histerectomías obstétricas de urgencia requerirán transfusiones sanguíneas, en comparación a un 15 % en las electivas. Entre el 6 y 27 % de las pacientes desarrollaran una coagulopatía.

La segunda complicación más frecuente es la infecciosa, que se manifestara en forma de fiebre posquirúrgica (hasta un 30 % en indicaciones de urgencia y solo 5% en electivas. Pueden darse abscesos de pared, abscesos pélvicos y dehiscencia de la herida quirúrgica que deben tratarse con antibioticoterapia y drenaje.

Las complicaciones urinarias (sección ureteral o lesiones vesicales) oscilan entre un 2-13%. Serán más frecuentes en histerectomías totales y es prioritaria su reparación inmediata para evitar la aparición de fistulas urogenitales secundarias. Otras complicaciones menos frecuentes son procesos tromboembólicos, íleos paralíticos, necesidad de una segunda intervención e ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

La mortalidad descrita para dicha intervención varía ampliamente según autores, y depende en gran medida de las complicaciones asociadas sobre todo de la aparición de coagulopatía. Se describen así cifras de mortalidad desde un 0 a un 23 %.

En Resumen, la histerectomía obstétrica es una técnica de urgencia vital en la mayoría de las ocasiones, cuyo éxito radica básicamente en el momento en que se realice su indicación y en la experiencia del cirujano.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar clínica y epidemiológicamente las pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica en el Hospital Regional de Cuzco, Santa Rosa.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 3.2.1 Establecer el grupo etario más frecuente de pacientes a quien se le realizó histerectomía obstétrica.
- 3.2.2 Describir las características generales de la paciente sometida a histerectomía obstétrica en cuanto al estado civil, ocupación, instrucción y procedencia.
- 3.2.3 Determinar la edad gestacional y vía de resolución de embarazo de pacientes a quienes se les realizó Histerectomía Obstétrica.
- 3.2.4 Identificar las indicaciones más frecuentes de Histerectomía Obstétrica.
- 3.2.5 Establecer relación de indicación y tipo de Histerectomía Obstétrica realizada.
- 3.2.6 Describir los resultados maternos, con base a complicaciones obstétricas, quirúrgicas, estancia hospitalaria y necesidad de hemoderivados.
- 3.2.7 Establecer la relación de factores de riesgo e histerectomía obstétrica.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa en el período comprendido entre 1 enero 2010 y 31 diciembre 2011 para recolectar información suficiente que aporten datos clínicos y Epidemiológicos de las pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica. Se revisaron los expedientes de todas las pacientes ingresadas en el hospital de Cuilapa a las cuales se les practicó Histerectomía Obstétrica, desde cualquier etapa de la gestación, hasta los 42 días del puerperio, independientemente de la vía del parto, se excluyen los casos en que no es posible obtener la historia clínica completa. El universo fue constituido por todas las paciente que se les realizó histerectomía obstétrica. Se recogieron los datos de las historias clínicas en una boleta de recolección de datos, que posteriormente fueron tabuladas y todos los datos se ingresaron en una base de datos Excel, y el programa estadístico IBM SPSS statistics 19. Que posteriormente fue resumido en cuadros y gráficos.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio se realizó con base a todas las pacientes a quienes se les realizó Histerectomía Obstétrica de emergencia, practicada en el hospital de Cuilapa Santa Rosa, en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el período comprendido entre el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre 2011. Motivo por el cual no se tiene una muestra.

4.3 UNIDAD DE ANALISIS:

- i. **Unidad de estudio:** pacientes a quienes se les realizo histerectomía obstétrica
- ii. **Unidad de información:** Historias Clínicas, Record Operatorio, Libro de Registros de Sala de Operaciones, Libro de Nacimientos.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION

- i. Paciente a quien se le realizó Histerectomía Obstétrica. (Realizada en el Hospital de Cuilapa)

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- i. Histerectomía no obstétrica
- ii. Histerectomía electiva
- iii. Histerectomía realizada en otro centro.
- iv. Pacientes a quien se le realizo Histerectomía obstétrica pero con Expedientes incompletos.

4.6 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION Y ANALISIS DE LA INFORMACION:

Se diseñó ficha para recolección de datos, luego se elaboró listado de pacientes mediante el libro de registros de procedimiento quirúrgicos de sala de operaciones, luego se revisaron expedientes clínicos, posteriormente con los resultados se elaboró una base de datos con programa de Microsoft Excel 97-2003, posteriormente esta base de datos se ingresó en el programa estadístico de IBM SPSS statistics 19 con el cual se desarrolló algunas tablas y gráficos para el posterior análisis.

4.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE LA VARIABLE	MEDICION
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Edad en años referido por la paciente en la ficha clínica.	Cuantitativa	Ordinal	Rangos de edad: 15- 19 años 20- 24 años 25- 29 años 30-34 años 35-39 años
ESTADO CIVIL	La condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo.	Estado conyugal de la paciente registrado en expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Unida
PROCEDENCIA	Lugar donde radica una persona	Lugar de procedencia que menciona en expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	El nombre del municipio de procedencia
INSTRUCCIÓN	Nivel de conocimiento adquiridos en educación formal	Nivel educativo o si puede leer y escribir o no, registrados en expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Analfabeta Alfabeta
OCUPACIÓN	Es la acción de ocuparse, un trabajo. Empleo; oficio; cargo.	Lo referido por la paciente en la historia clínica	Cualitativa	Nominal	Ama de casa estudiante

4.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Control Prenatal	Conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación.	Registrado en la historia clínica haciendo referencia: SI: pacientes con 2 o más controles y NO: pacientes con menos de 2 controles	Cualitativa	Nominal	Si No
Paridad	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor de 500g.	Número de partos referidos por la paciente en la historia clínica al ingreso	Cuantitativa	Ordinal	Nulipara Uno a dos partos Tres y más partos
Cesárea Anterior	Antecedente obstétrico en el cual el parto anterior de la mujer fue a través de una incisión quirúrgica en la piel	Antecedente del número de cesáreas que ha tenido la paciente antes del actual embarazo, que se constata en el expediente clínico	Cuantitativo	Ordinal	1 2 3
Edad Gestacional	Tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.	Semanas establecidas en la ficha clínica de acuerdo al examen de la paciente, al momento del ingreso, haciendo referencia si aún estaba embarazada o si estaba en su puerperio	Cuantitativa	Ordinal	Menor de 28 s. De 28 a 33,6 s. 34 a 36,6 s. 37 al 40 s Mayor de 40 s
Vía de resolución de embarazo	Proceso mediante el cual culmina el embarazo con la expulsión del producto ya sea de manera natural o quirúrgica.	Vía de resolución de embarazo que se constata en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Parto Eutócico Cesárea Aborto

4.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Indicación de histerectomía obstétrica	Causa que motivo la extirpación del útero después de una complicación obstétrica.	Indicación de histerectomía obstétrica que se detalla en expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Atonía Uterina Acretismo Placentario Ruptura uterina Aborto séptico Dehiscencia de herida
tipo de histerectomía obstétrica	Tipo de histerectomía obstétrica en el cual se extirpa todo el útero, o de manera parcial, dejando el cérvix.	Tipo de histerectomía obstétrica realizada a la paciente y que consta en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	TOTAL SUBTOTAL
Complicación obstétrica	Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período	Complicación obstétrica materna que se constata en el expediente clínico	Cualitativa	Nominal	HEMORRAGIA OBSTETRICA NINGUNA
Complicación Quirúrgica	Patologías producidas como consecuencia a determinados factores o procedimiento quirúrgico a las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica	Complicación quirúrgica y no quirúrgica que se detalla en el expediente clínico	Cualitativa	Nominal	Trauma vesical Ligadura de uréter Pseudobstrucción Neumotórax

TRANSFUSION	es la transferencia de sangre o un componente sanguíneo de una persona (donante) a otra (receptor)	Necesidad de transfusión o no de pacientes, que se constata en expediente clínico	cualitativo	Nominal	SI NO
ESTANCIA HOSPITALARIA	Es el número total de días que permanece alojado una paciente en el hospital	Estancia hospitalaria de la paciente, consignado en días en el expediente clínico	Cuantitativo	Ordinal	Menor de 5 días 5 a 10 días Mayor de 10 días
MORTALIDAD MATERNA	La muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio por causas relacionadas o agravadas por el embarazo, pero no por razones accidentales.	Lo reportado en la historia clínica	Cualitativa	Nominal	VIVA FALLECIDA

V. RESULTADOS

Tabla No. 1

Distribución por grupos etarios de las pacientes a quien se le realizo histerectomía obstétrica, en el hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, Enero 2010 a Diciembre 2011.

rango de edades	Frecuencia	Porcentaje
15-19 años	4	20.0
20-24 años	2	10.0
25-29 años	4	20.0
30-34 años	3	15.0
35-39 años	7	35.0
Total	20	100.0

Tabla No. 2

Distribución según procedencia, estado civil, ocupación e instrucción educativa de las pacientes a quien se le realizó histerectomía obstétrica, en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa de Enero 2010 a Diciembre 2011.

Características generales	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
PROCEDENCIA	PUEBLO NUEVO VIÑAS	2	10.0%
	NUEVA SANTA ROSA	3	15.0%
	CUILAPA	3	15.0%
	SANTA ROSA DE LIMA	1	5.0%
	BARBERENA	3	15.0%
	IXHUATAN	2	10.0%
	JUTIAPA	4	20.0%
	SANTA CRUZ NARANJO	2	10.0%
	total	20	100.0%
ESTADO CIVIL	CASADA	6	30.0%
	SOLTERA	1	5.0%
	UNIDA	13	65.0%
	TOTAL	20	100.0%
INSTRUCCIÓN EDUCATIVA	SI	16	80.0%
	ANALFABETA	4	20.0%
	TOTAL	20	100.0%
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	19	95.0%
	ESTUDIANTE	1	5.0%
	TOTAL	20	100.0%

Tabla No. 3

Distribución según edad gestacional y vía de resolución del embarazo de las pacientes a quien se le realizo histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa de Enero 2010 a Diciembre 2011.

EDAD GESTACIONAL	VIA DE RESOLUCIÓN DE EMBARAZO ACTUAL					
	PARTO EUTÓCICO		CESÁREA		ABORTO	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
MENOR DE 28 SEMANAS	0	0.00%	1	5.00%	0	0.00%
28 A 33,6 SEMANAS	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
34 A 36,6 SEMANAS	0	0.00%	1	5.00%	0	0.00%
37 A 40 SEMANAS	1	5.00%	11	55.00%	0	0.00%
MAYOR DE 40 SEMANAS	1	5.00%	2	10.00%	0	0.00%
PUERPERIO	2	10.00%	0	0.00%	1	5.00%
subtotal	4	20.00%	15	75.00%	1	5.00%
TOTAL	20					

Tabla No. 4

Indicaciones de histerectomía en pacientes a quien se le realizo histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa de Enero 2010 a Diciembre 2011.

Indicación de histerectomía obstétrica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Atonía uterina	11	55.0	55.0
Ruptura uterina	3	15.0	70.0
Acretismo placentario	4	20.0	90.0
Dehiscencia de herida	1	5.0	95.0
Aborto séptico	1	5.0	100.0
Total	20	100.0	

TABLA NO. 5

Tipo de histerectomía según indicaciones de pacientes a quien se le realizo histerectomía obstétrica en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa de Enero 2010 a Diciembre 2011.

INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA	TIPO DE HISTERECTOMIA REALIZADA			
	SUBTOTAL		TOTAL	
	<i>frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
ATONIA UTERINA	10	50.0%	1	5.0%
RUPTURA UTERINA	2	10.0%	1	5.0%
ACRETISMO PLACENTARIO	4	20.0%	0	0.0%
DEHISCENCIA DE HERIDA	1	5.0%	0	0.0%
ABORTO SEPTICO	0	0.0%	1	5.0%
SUBTOTAL	17	85.0%	3	15.0%
TOTAL	20			

TABLA No. 6

Complicaciones obstétricas y quirúrgicas de pacientes a quien se le realizo histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa de Enero 2010 a Diciembre 2011.

COMPLICACIÓN		<i>frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
OBSTÉTRICA	HEMORRAGIA	16	80.0%
	NINGUNA	4	20.0%
	TOTAL	20	100.0%
QUIRÚRGICAS	NO	16	80.0%
	LIGADURA DE URETER	1	5.0%
	TRAUMA VESICAL GRADO IV	1	5.0%
	NEUMOTORAX	1	5.0%
	PSEUDOBUSTRUCCIÓN INTESTINAL	1	5.0%
	TOTAL	20	100.0%

TABLA No. 7

Distribución según antecedentes obstétricos de cesárea anterior, control prenatal y paridad de pacientes a quien se le realizo histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa de enero 2010 a Diciembre 2011.

<i>ANTECEDENTES OBSTETRICOS</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>CONTROL PRENATAL</i>	<i>SI</i>	12 60.0%
	<i>NO</i>	8 40.0%
<i>CESAREA ANTERIOR</i>	<i>SI</i>	9 45.0%
	<i>NO</i>	11 55.0%
<i>PARIDAD</i>	<i>NULIPARA</i>	10 50.0%
	<i>UNO A DOS PARTOS</i>	3 15.0%
	<i>TRES Y MAS PARTOS</i>	7 35.0%

TABLA No. 8

Distribución con base a resultados maternos de necesidad de transfusión, estancia hospitalaria y condiciones de egreso de las pacientes a quienes se le realizó histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa de Enero 2010 a Diciembre 2011.

RESULTADOS MATERNOS	Recuento	porcentaje
TRANSFUSION	SI	16 80.00%
	NO	4 20.00%
ESTANCIA HOSPITALARIA	MENOR 5 DIAS	7 35.00%
	5 A 10 DIAS	11 55.00%
	MAYOR DE 10 DIAS	2 10.00%
ESTADO AL EGRESO	VIVA	18 90.00%
	FALLECIDA	2 10.00%

TABLA No. 9

Relación entre vía de resolución de embarazo e indicación de histerectomía obstétrica de pacientes a quien se le realizó histerectomía obstétrica, en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa, de Enero 2010 a Diciembre 2011.

*Tabla de contingencia VIA DE RESOLUCION DE EMBARAZO ACTUAL * INDICACION DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA*

VIA DE RESOLUCION DE EMBARAZO ACTUAL	INDICACION DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA					Total
	ATONIA UTERINA	RUPTURA UTERINA	ACRETISMO PLACENTARIO	DEHISCENCIA DE HERIDA	ABORTO SEPTICO	
PARTO EUTOCICO	0	2	1	1	0	4
CESAREA	11	1	3	0	0	15
ABORTO	0	0	0	0	1	1
Total	11	3	4	1	1	20

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31.028 ^a	8	.000
N de casos válidos	20		

a. 14 casillas (93.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .05.

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Se realizó estudio descriptivo, retrospectivo, sobre Histerectomía Obstétrica (HO), practicada a pacientes en el hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, en el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2011, teniendo como objetivo principal la caracterización clínica y epidemiológica de la paciente a quien se le practicó Histerectomía Obstétrica. Durante el periodo analizado, se contó con un número de 22 casos, de los cuales únicamente 20 cumplieron con los criterios de inclusión, sobre los cuales se realizó el estudio de investigación.

Los resultados obtenidos en este trabajo muestran una tasa anual de 2.55 HO por cada mil partos, para el año 2010 y 1,95 HO por cada mil partos en el año 2011. El cual está por encima del promedio mundial que es entre 0.5 a 1.5 HO por cada mil. Aunque no muy superior sobre un estudio que se halló, el cual fue realizado en el Hospital Roosevelt en el 2009, que reporta una incidencia anual de 3,57 por cada mil partos. Único estudio local con el que se puede comparar los datos.

Dentro de las características generales de las pacientes quienes fueron objeto de estudio se encontró, el grupo de edad en el que hay mayor incidencia son los extremos de la vida, que comprende las edad de 15 a 19 y 35 a 39 años que suman el 55 % de los casos. (Tabla No. 1), Teniendo en cuenta que las pacientes con menos de 19 años y las mayores de 35 años son pacientes con riesgo obstétrico. Seguidamente se ubican las edades de 25 a 29 años con el 20%, cabe mencionar que predomina el grupo de 35 a 39 años con el 35 %, lo que refleja que la población en edad fértil mayor de 35 años tiene factores de riesgo para hemorragias obstétricas y por ende para Histerectomía obstétrica. Con relación a los factores maternos, un gran número de estudios coincide en que esta operación se practica con más frecuencia en las mujeres que se reproducen en edades avanzadas (generalmente en la cuarta década de la vida). Además en su mayoría son unidas, alfabetas, amas de casa, que representa el 65 %, 80 % y 95 % respectivamente. En su mayoría originarias de Santa Rosa. (Tabla No.2) (Grafica No 2).

Con base en los resultados observamos que la edad gestacional de embarazo que predominó al momento del ingreso fue; el del embarazo a término entre 37 y 40 semanas (60%) y que la vía de resolución predominante fue la cesárea (75%). Se hace mención que 3 casos ya estaban en la etapa del puerperio (2 pos parto vaginal y un caso post

aborto), Asimismo, hay concordancia en muchas investigaciones al señalar al antecedente de una o varias cesáreas anteriores o previas, como un factor de riesgo para HO (mencionado atrás), y que ésta se practica más comúnmente en quienes el embarazo termina por cesárea, entonces se podría considerar que la resolución de un embarazo vía alta o sea por cesárea, se tomaría como un factor que predispone a la mujer a que se le practique histerectomía obstétrica. (Tabla No. 3)

En cuanto a la indicación más frecuente, encontramos que la mayor parte de las pacientes que fueron objeto de estudio, la indicación fue; la Atonía Uterina (55.0 %) que a pesar del manejo clínico y farmacológico de la Atonía, las pacientes no tuvieron oportunidad de que se revirtiera, por lo que se les practico histerectomía obstétrica, como última medida salvadora (tabla 4). Similares resultados al de Rodríguez Romero, Cuba 2004-2006 que reporta 50,6 % por Atonía Uterina, Briceño Pérez, Venezuela de 1993-2008 reporta 38 % por la misma causa. Un estudio de 20 años realizado el Medical Center de Los Ángeles, señala a la Atonía Uterina (47%) como la causa más frecuente. En todos los casos de hemorragia por atonía uterina está registrado el manejo clínico y medicamentoso; el uso de masaje uterino, oxitocina endovenosa y metilergonovina intramuscular. Así como el manejo conservador con otras técnicas quirúrgicas previo a realización de histerectomía. Con esto podría considerarse que sería momento oportuno para evaluar el protocolo en cuanto al manejo clínico y farmacológico de la atonía uterina.

Además el resultado del estudio reporta que el tipo de histerectomía realizada fue la subtotal (85%), posiblemente para acortar el tiempo quirúrgico y evitar más daño si la paciente continuara con hemorragia. (Tabla 5)

Como complicación obstétrica frecuente se encontró que el 80 % de las pacientes presento hemorragia obstétrica, (pérdida de más 1000mL, con compromiso hemodinámico), que sigue siendo la primera causa de muerte materna a nivel mundial. Y se encontró como complicación quirúrgica que al 5 % presento ligadura de uréteres, además de 5 % lesión vesical. Los otros 10 % fueron secundarios a otras causas. Neumotórax y pseudoobstrucción. (Tabla 6)

De las pacientes histerectomizadas 55 % tenían antecedentes de cesárea anterior, 50 % no habían tenido parto y 35 % habían tenido 3 o más partos. En el 80% de los casos hubo

necesidad de transfusión de células empacadas debido a que en su mayoría las pacientes presentaron hemorragia obstétrica y algún grado de shock. (Tabla 7).

Del total de pacientes histerectomizadas 2 fallecieron que corresponde al 10% de los casos, el cual se relaciona con las tasas de mortalidad mundial que van desde 0% a 23 %. Siendo el promedio de días de estancia que predominó el de 5-10 días con un 55 % de los casos. (Tabla 8)

Se realiza prueba de chi cuadrado con respecto a tipo de resolución de parto y la indicación de histerectomía, siendo estas significativas específicamente se puede observar que la atonía uterina fue la más frecuente en las pacientes a las que se les realizó cesárea como vía de resolución del parto (tabla 9).

6.1. CONCLUSIONES

- 6.1.1. La mayor proporción de pacientes a quienes se le realizó histerectomía obstétrica pertenecían al grupo de edad 35 a 39 años, nulíparas 50% y con embarazo a término en el 60 % de los casos.
- 6.1.2. Se encontró que el 90% de las pacientes son amas de casa, 80 % saben leer y escribir, y el 65 % unidas. La mayoría procedente del departamento de Santa Rosa.
- 6.1.3. El 60 % de las pacientes tenían un embarazo a término, y la vía de resolución fue la cesárea en un 75%.
- 6.1.4. La indicación más frecuente de histerectomía obstétrica es la Atonía Uterina con un 55 % y el tipo subtotal con 85 %.
- 6.1.5. En cuanto a los resultados maternos podemos decir que el 80 % presentó hemorragia y hubo que transfundirles hemoderivados, además de que se tuvo 2 complicaciones quirúrgicas (ligadura de uréter y trauma vesical grado IV) y mortalidad materna de 10 %.
- 6.1.6. Se pudo establecer que las pacientes a quienes se les resolvió embarazo vía alta fueron más propensas a realización de histerectomía obstétrica, el cual se incrementa si tienen como antecedente una cesárea. No así la paridad que no se considera significativo su influencia para realización de histerectomía obstétrica.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Se le debe dar plan educacional a la mujer sobre el número de hijos que puede tener y las complicaciones que implica.
- 6.2.2 Se debe evaluar el manejo clínico y farmacológico del evento de Atonía Uterina para establecer las guías y protocolizar el manejo médico y quirúrgico.
- 6.2.3 Entrenar al equipo médico en identificación y resolución de complicaciones al momento de realizar una histerectomía obstétrica.
- 6.2.4 Durante el control prenatal; identificar a las pacientes de riesgo (mayores de 35 años, multigestas, multíparas, cesáreas o cicatrices uterinas anteriores, placenta previa, Acretismo placentario) e intensificar en ellas las medidas para diagnosticar complicaciones.
- 6.2.5 Durante el parto; planear su atención en centro especializado con personal adiestrado y experimentado.
- 6.2.6 Plan educacional a pacientes con cesáreas previas que pueden terminar en HO.
- 6.2.7 Evaluar de manera racional las indicaciones de cesáreas con el objetivo de reducir su utilización.
- 6.2.8 Realizar estudios de investigación que tiendan a identificar factores de riesgo para histerectomía para que se realicen estrategias de prevención oportunas.
- 6.2.9 Efectuar Cursos-Talleres para el adiestramiento en la aplicación de los diferentes procedimientos en el tratamiento conservador, con el fin de evitar la histerectomía obstétrica, técnicas de B-Lynch, balón de Bakri.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Castro, Cirilo, factores de riesgo más frecuentes causales de histerectomía y complicaciones de la misma, departamento de Obstetricia y ginecología del hospital central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" Barquisimeto, Estado de Lara, Julio 2009; pag. 4
2. AbouZahr C. Global burden of maternal death and disability. *Br Med Bull* 2003; 67:1–11.
3. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamiesom DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *ACOG* 2006; 108(6):1486-92.
4. Kastner ES, Fuigeroa R, Garry D. Emergency peripartum hysterectomy: experience a to community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002; 99(6):971-75.
5. Declaración del Milenio de Naciones Unidas, septiembre 2000. (5-6)
6. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Centro Nacional de Epidemiología CNE, Boletín Epidemiológico, Año 2011.
7. Mousa H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.:CD003249.DOI:10.1002/14651858.CD003249.pub2.
8. Kaiser, atlas de cirugía pélvica. (173-175)
9. Portal www.minsap.gob.gt
10. Mousa HA, Alfirevic Z. treatment for primary pospartum haemorrhage (review) Copyright 2007 The Cochrane collaboration. Published by jhon Wiley & sons, Ltd.
11. Usandizaga JA, De la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología 2a. Ed. Madrid McGraw-Hill-Interamericana; 2004; 640-641
12. Reveles VJA, Villegas RG, Hernández HS, Grover PF, Hernández VCC, Patiño SA. Histerectomía obstétrica, incidencia, indicaciones y complicaciones. *Ginecol Obstet Méx* 2008; 76(3): 156-160

13. Nava FJ et al. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *Ginecol Obstet Méx* 2002; 70: 284-289.
14. Angulo VJ, Cortés SL, Torres GLG, Aguayo AG, Hernández HS, Ávalos NJ. Análisis de la mortalidad materna, en tres periodos en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. *Ginecol Obstet Méx* 2007; 75(7): 384-393.
15. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal Mortality: Who, when, where and why. *Lancet* 2006; 368(9542): 1189-1200.
16. Yayla M. Maternal mortality in developing countries. *J Perinat Med.* 2003; 31(5): 386-391.
17. Langor A. Hernández B. La mortalidad materna: una prioridad para la investigación y la acción. *Gas Med Méx* 2000; 136(supl3): s49-53
18. Velasco MV, Navarrete HE, Hernández AF, Anaya CS, Pozos CJL, et al. Mortalidad materna en el IMSS. Resultados iniciales de una intervención para su reducción. *Cirujía* 2004; 72: 293-300.
19. Cabezas E. Shock Hemorrágico en Obstetricia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 71.
20. Whiteman K, Karolina E, Hollis D, Jamison J. Incidence and Determinants of per partum Hysterectomy. *ACOG.* 2008; 108:1486-92.
21. Cabezas E. Conferencia: Aspectos relevantes de la Mortalidad Materna. Jornada Nacional de Obstetricia y ginecología; 2005.
22. Fuentes G. Histerectomía Puerperal. Estudio de 14 años. *Rev. Cubana Obstet Ginecol.* 2005; 31(1).
23. Rock JA, Thompson JD. *TE LINDE Ginecología Quirúrgica.* 8a Ed. Argentina: Médica Panamericana, 2002; 879-89
24. MSc. Alfredo Nodarse Rodríguez, MSc. Reinaldo Capote Arce, MSc. Eduardo Cuevas Hidalgo, MSc. Julio Borrego López, MSc. Iván Martínez Cernuda, MSc. Martha Patricia

Couret Cabrera. Comportamiento epidemiológico de la histerectomía obstétrica
Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013; 39(2)128-134.

25. Navia F. y col.: "Histerectomía Obstétrica". *Rev. Chilena Obstet Ginecol*, 2000, 65(5);
385:388.

26. Rodas HL. Caracterización de las pacientes con Histerectomía obstétrica, Hospital
Roosevelt. Guatemala, mayo 2002; 33-41

VIII ANEXOS

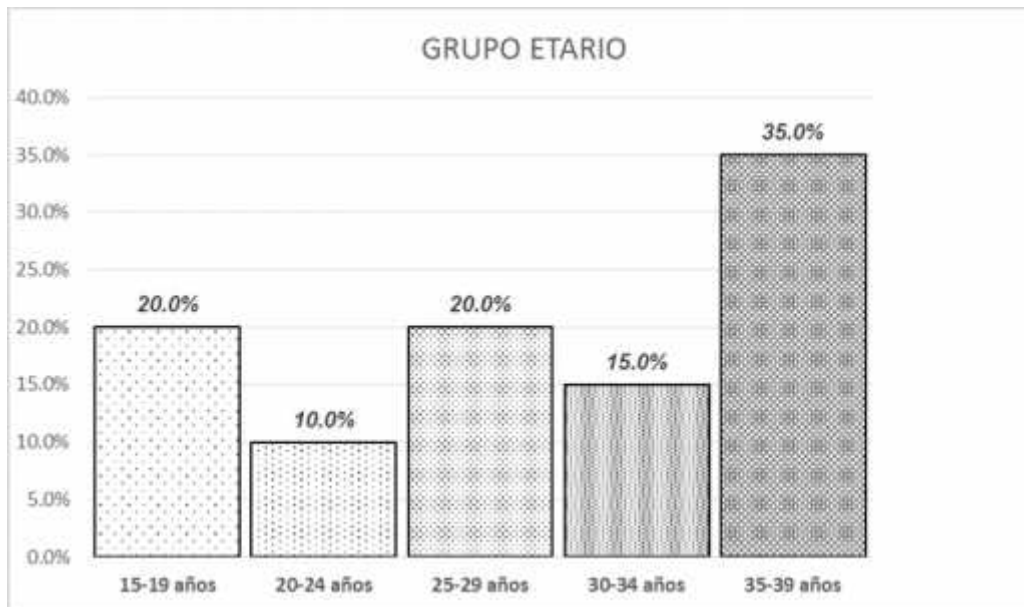
Universidad De San Carlos De Guatemala
Facultad De Ciencias Médicas
Departamento de Ginecoobstetricia Hospital Cuilapa
Histerectomía Obstétrica
Dr. Gerónimo Samuel Ramírez Cedillo

Boleta de recolección de datos.

No. De Registro: _____
Edad: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____
Procedencia: _____
Alfabeto: SI: _____ No: _____
Control Prenatal: SI: _____ No: _____
Gestas: _____ Partos: _____ cesáreas: _____ Abortos: _____
Edad gestacional al momento del ingreso: _____
Indicación de Histerectomía Obstétrica: _____
Estado de la madre al egreso: Mejorada: _____ Referida: _____ Fallecida: _____
Complicaciones: _____ reintervencion: si: _____ no: _____
Transfusiones: si: _____ no: _____
Estancia materna: < 5 días: _____ 5-10 días: _____ >10 días: _____
Tipo de histerectomía practicada: Abdominal Total: _____ abdominal subtotal: _____
Indicación de la histerectomía según edad gestacional: _____

GRAFICA No. 1

Distribución por grupos etarios de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica, en el hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, Enero 2010 a Diciembre 2011.



GRAFICA No. 2

Distribución según procedencia, estado civil, ocupación e instrucción educativa de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica, en el Hospital Regional Cuilapa, Santa Rosa de Enero 2010 a Diciembre 2011.

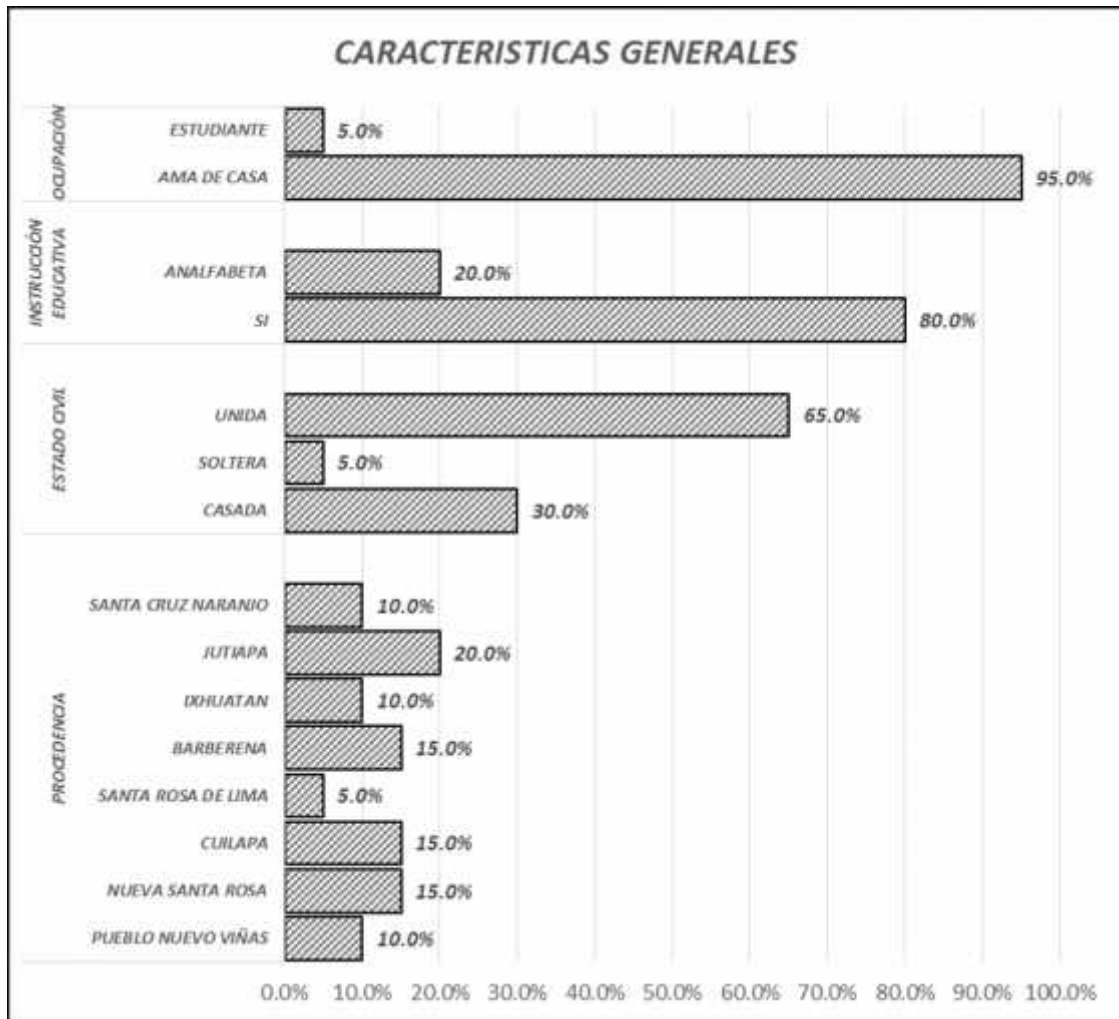
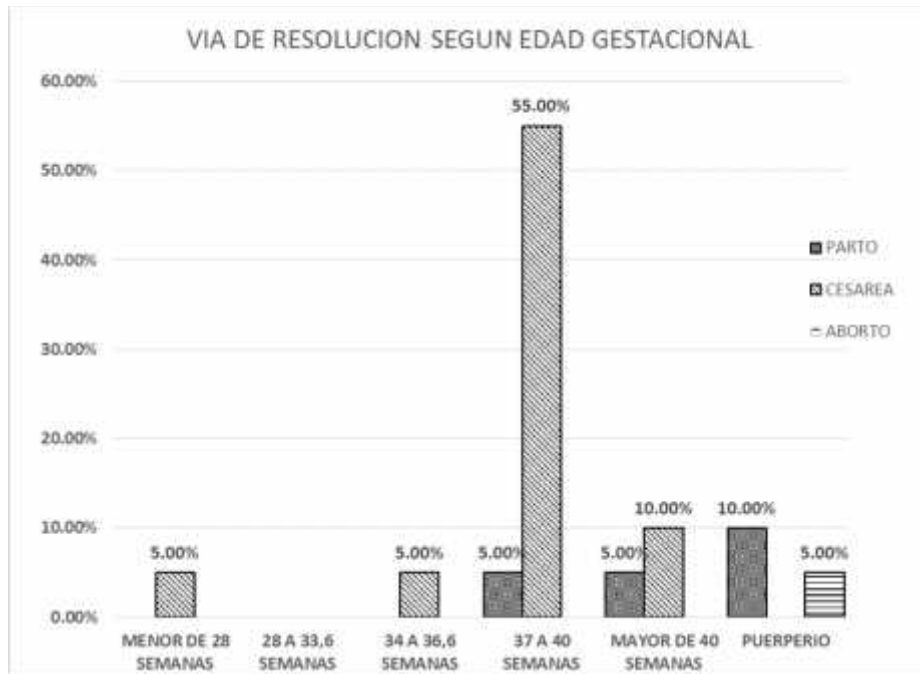


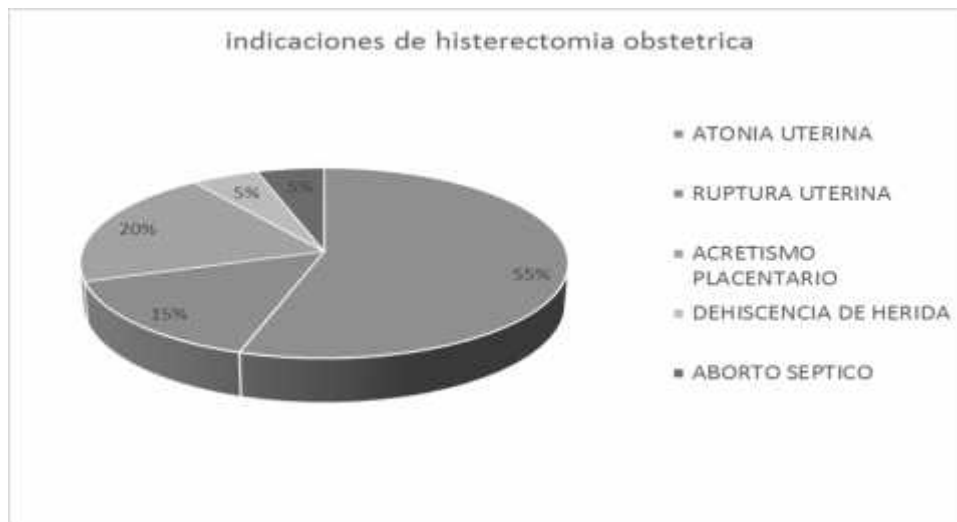
GRAFICO NO. 3

Distribución según edad gestacional y vía de resolución del embarazo de las pacientes a quien se le realizo histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa de Enero 2010 a Diciembre 2011.



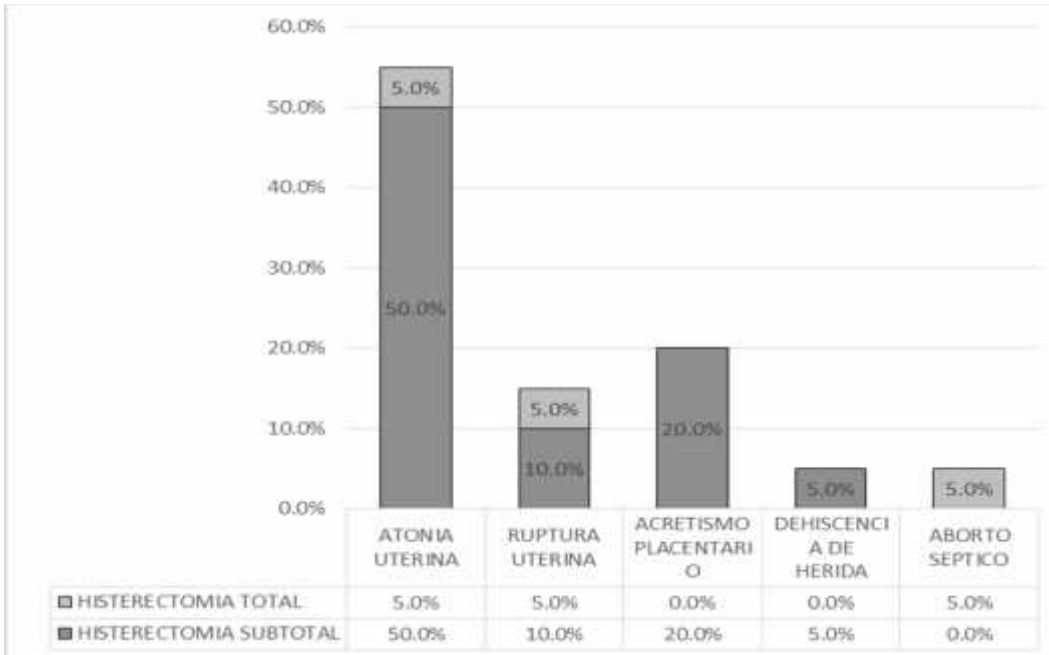
GRAFICA NO. 4

Indicaciones de histerectomía en pacientes a quien se le realizo histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa de Enero 2010 a Diciembre 2011.



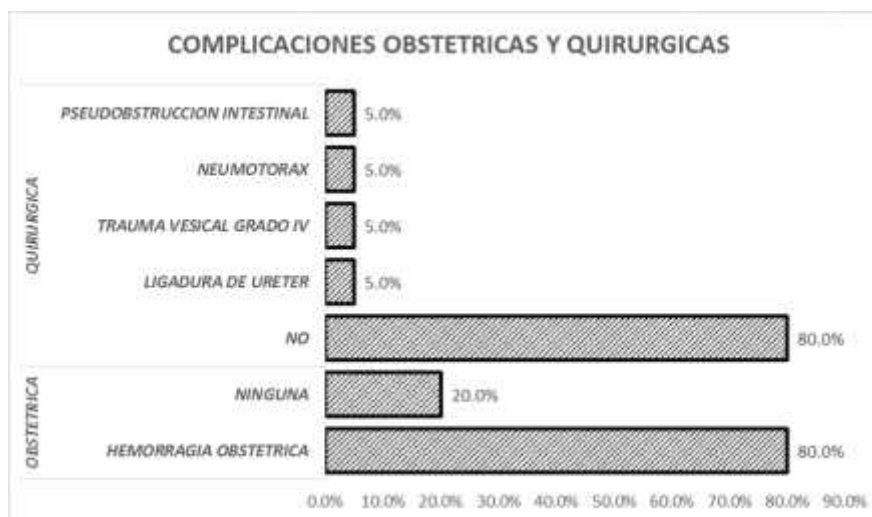
GRAFICA NO. 5

Tipo de histerectomía según indicaciones de pacientes a quien se le realizo histerectomía obstétrica en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa de Enero 2010 a Diciembre 2011.



GRAFICA NO. 6

Complicaciones Obstétricas y quirúrgicas de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa de Enero 2010 a Diciembre 2011.



GRAFICA NO. 7

Distribución según antecedentes obstétricos de control prenatal, cesárea anterior y paridad de pacientes a quien se le realizo histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa de enero 2010 a Diciembre 2011.



GRAFICA NO. 8

Distribución con base a resultados maternos de necesidad de transfusión, estancia hospitalaria y condiciones de egreso de las pacientes a quienes se le realizó histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa de Enero 2010 a Diciembre 2011.



PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “CARACTERIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA OBSTÉRICA” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.