



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HISTERECTOMIA  
OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA  
JULIO 2011 A JUNIO 2016”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PROYECTO PRESENTADO POR:  
BACHILLER: REYES PACHECO KAREN JACKELINE**

**ICA-PERÚ**

**2017**

## DEDICADO A:

Dios, por el día a día y por siempre  
caminar a mi lado

Mi Madre, por su lucha constante y su  
amor incondicional

Mis abuelitos, por todo su amor y por  
quererme como una hija mas

Mi Tia Blanca y Antonio, por creer en  
mi y por su gran apoyo

## **AGRADEZCO A:**

Los docentes de la Universidad Alas Peruanas, por la formación y por permitirme convertirme en un profesional en lo que más me apasiona.

Mi asesor el Dr. Harry Leveau Bartra, a quien le debo el hecho de que esta tesis tenga los menos errores posibles.

## RESUMEN

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.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo que se asocian a las histerectomías obstétricas en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016.

Metodología: La investigación es de tipo observacional, transversal, retrospectiva, y analítica. El grupo de casos estuvo constituido por 56 pacientes con historias clínicas que registra histerectomía obstétrica de urgencia. El segundo grupo estuvo constituido por 112 pacientes con historias clínicas escogidas al azar que no fueron histerectomizadas.

Resultados: La edad de 35 a más años es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia. Chi cuadrado de 15.881 y  $p= 0.000036$ . El antecedente de presentar cesárea anterior es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia. Chi cuadrado de 7.795 y  $p= 0.005$ . La paridad de 3 a más hijos es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia. Chi cuadrado de 9.468 y  $p= 0.002$ . El control prenatal incompleto es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia. Chi cuadrado de 4.257 y  $p= 0.039$ . El periodo inter genésico no es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia. Chi cuadrado de 1.94 y  $p= 1.67$ . La macrosomía fetal es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia. Chi cuadrado de 6.79 y  $p= 0.009$

Conclusiones: El estudio demostró que el antecedente de cesárea anterior, la paridad de 3 a más hijos, el control prenatal incompleto y la macrosomía fetal son factores de riesgo que se asocian a la histerectomía obstétrica de emergencia, mientras que el periodo inter genésico corto no es un factor de riesgo para la histerectomía obstétrica de emergencia

Palabras Claves: FACTORES RIESGO, HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA URGENCIA.

## ABSTRACT

Obstetric hysterectomy is an event that seeks to preserve the lives of women and that required by the severity of it, a better understanding of the causes that trigger it in order to provide more timely care and with high quality standards .

Objective: To determine the risk factors that are associated with obstetric hysterectomies in the Amazon Yarinacocha hospital between July 2011 and June 2016.

Methodology: The research is observational, cross-sectional, retrospective and analytical type. The case group consisted of 56 patients with clinical records that records obstetric emergency hysterectomy. The second group consisted of 112 patients randomly selected medical records that were not undergone hysterectomy.

Results: The age of 35 and over is a risk factor for emergency obstetric hysterectomy. Chi square of 15,881 and  $p = 0.000036$ . The history of having a previous cesarean section is a risk factor for emergency obstetric hysterectomy. Chi square of 7.795 and  $p = 0.005$ . Parity of 3 to more children is a risk factor for emergency obstetric hysterectomy. Chi square of 9,468 and  $p = 0.002$ . Incomplete prenatal management is a risk factor for emergency obstetric hysterectomy. Chi square of 4.257 and  $p = 0.039$ . The intergenerative period is not a risk factor for emergency obstetric hysterectomy. Chi square of 1.94 and  $p = 1.67$ . Fetal macrosomia is a risk factor for emergency obstetric hysterectomy. Chi square of 6.79 and  $p = 0.009$

CONCLUSIONS: The study showed that the history of previous cesarean section, parity of 3 to more children, incomplete prenatal control and fetal macrosomia are risk factors that are associated with emergency obstetric hysterectomy, whereas the short intergenerative period does not Is a risk factor for emergency obstetric hysterectomy.

Keywords: RISK FACTORS hysterectomy obstetric emergency.

## INTRODUCCIÓN

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

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos que con más frecuencia se realiza en el campo ginecológico; en la mayoría de los casos la indicación es una patología benigna, principalmente leiomiomas, sangrado anormal, dolor pélvico y prolapso genital.

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 histerectomía obstétrica, considerada desde hace un tiempo como única alternativa terapéutica en el manejo de patologías hemorrágicas y/o sépticas con el fin de salvar la vida de la paciente, está siendo cada vez más infrecuente por el desarrollo de procedimientos quirúrgicos, mejores condiciones de asepsia, mayor disponibilidad de antibióticos y optimización del uso de sangre y hemoderivados. El manejo óptimo de estas pacientes es complejo y requiere de la cooperación de especialistas de numerosas disciplinas. Para ello, es necesario, como primer paso, el identificar los factores de riesgo y la prevalencia de este evento en nuestros hospitales, así como el poder establecer la mejor técnica y manejo de las complicaciones. Casi 90% de las histerectomías se realiza por indicaciones benignas.<sup>2</sup>

La investigación se diseñó en cinco capítulos. El capítulo I formula el problema, precisa los objetivos de la investigación y justifica el estudio. El capítulo II trata sobre el sustento teórico de la investigación en base a los antecedentes de estudio, bases teóricas y define algunos términos. El capítulo III delimita la hipótesis y variables, así como su operacionalización. El capítulo IV trata sobre la metodología y el capítulo V se presentan los resultados, conclusiones y recomendaciones.

CARÁTULA	Pág
DEDICATORIA	li
AGRADECIMIENTO	lii
RESUMEN	lv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
ÍNDICE	vii

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	10
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA	12
DELIMITACIÓN TEMPORAL	12
DELIMITACIÓN SOCIAL	12
DELIMITACIÓN CONCEPTUAL	12
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3.1. Problema Principal	12
1.3.2. Problemas Secundarios	13
1.4. OBJETIVOS	13
1.4.1. Objetivo General	13
1.4.2. Objetivos Específicos	13
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	14

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
Antecedentes Internacionales	16
Antecedentes Nacionales	21
Antecedentes Locales	24
2.2. BASES TEÓRICAS	25
2.2.1. HISTORIA	25

2.2.2. INCIDENCIA	26
2.2.3. MORBILIDAD DE LAS HISTERECTOMÍAS DE URGENCIA	27
2.2.4. FACTORES DE RIESGO	27
2.2.5. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA	29
2.2.5.1. Indicaciones de histerectomía obstétrica	32
2.2.6. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS	34
2.2.7. COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA	36
2.2.7.1. Complicaciones infecciosas de la histerectomía	36
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	37

### **CAPÍTULO III**

#### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

3.1. HIPÓTESIS	39
3.2. VARIABLES	39
3.2.1. Variables	40
3.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41

### **CAPÍTULO IV**

#### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

4.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	42
Tipo de Investigación	42
Nivel de la investigación	42
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	42
Población	42
Muestra	42
Criterios de Inclusión	42
Criterios de Exclusión	43
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
Técnicas	43
Instrumentos	43
4.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	43

## **CAPÍTULO V**

### **PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

5.1. RESULTADOS	45
5.2. DISCUSIÓN	55
5.3. CONCLUSIONES	59
5.4. RECOMENDACIONES	60
FUENTES DE INFORMACIÓN	61
ANEXOS	64
• MATRIZ DE CONSISTENCIA	65
• FICHA DE RECIOLECCIÓN DE DATOS	66

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se producen en el mundo 50 000 muertes maternas. Solamente en la región de las Américas se reportan 30 000 defunciones, la mayoría de ellas evitables con un tratamiento médico quirúrgico oportuno.

A escala mundial la primera causa de muerte materna es la hemorragia ligada al proceso del embarazo, en particular la hemorragia del posparto.

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

La incidencia de histerectomía obstétrica en el mundo se reporta de 7 a 13 por cada 10,000 nacimientos, siendo más frecuente la variedad post-cesárea. En Noruega, se reportaron 11 casos de histerectomía obstétrica en un lapso de 25 años. En Inglaterra la incidencia se reporta en 4.1 por 10,000 nacidos vivos. En EUA, Whiteman, et al. reportaron una incidencia de 0.77 por cada 1,000 partos. Cada vez menos médicos indican la histerectomía obstétrica; la incidencia en México se desconoce, sin embargo, algunos autores refieren que es de 0.5 a 0.9%. Puede realizarse de manera electiva o de urgencia, y los factores de riesgo son: antecedente de cesárea previa, mayores de 35 años, multiparidad, instrumentación uterina previa y embarazos múltiples.<sup>1</sup>

---

1.- Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas.

La mayoría de las muertes maternas ocurren dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto, la causa más frecuente es la hemorragia. Según la Organización Mundial de la Salud (WHO), 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.

Es por esto que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene como estrategia la denominada "maternidad sin riesgo", que consiste en facilitar el acceso a la información sobre salud reproductiva y a la atención sanitaria con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad materna, esto quiere decir que los procedimientos quirúrgicos obstétricos tienen como única finalidad el garantizar el bienestar materno infantil.<sup>1</sup>

Es por esto que la lucha por disminuir la morbilidad y la mortalidad materna debe continuar, ya que cada vez que se logre que una mujer no tenga una complicación relacionada con el proceso reproductivo, se está cooperando con el bienestar de la madre y su hijo, así como la satisfacción personal que brinda la capacitación científica para abordar los problemas obstétricos y un mejor indicador de la calidad en la atención a las mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio y el reconocimiento social a esta labor.

En el Perú se reporta en el Instituto Materno Perinatal una incidencia global fue de 3.12 histerectomías por cada 1000 partos y 12.39 histerectomías por cada 1000 abortos.<sup>2</sup>

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.

El manejo óptimo de estas pacientes es complejo y requiere de la cooperación de especialistas de numerosas disciplinas. Un manejo organizado, en el cual todos entiendan qué esperar y cuál es su contribución particular, reduciría la confusión en el momento que se lleve a cabo la cirugía.

---

1.- Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas.

2.- Patino-Peyrani L. 2014, Histerectomía obstétrica: caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel. Rev. Salud Quintana Roo Volumen 7 No. 28 abril - junio 2014 p. 10-14

La adecuada preparación y manejo del equipo tratante reduce la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, lo cual se constituye en el fin principal del obstetra.

Si se quiere reducir ésta, es fundamental instaurar medidas para lograr que todos los hospitales en que se resuelven embarazos cuenten con la infraestructura y los recursos acordes con la gravedad de la situación y que dispongan del personal calificado.

Para ello, es necesario, como primer paso, el identificar la morbimortalidad y la prevalencia de este evento en este hospital, así como el poder establecer la mejor técnica y manejo de las complicaciones.

En Ucayali es poca la información actualizada que se tiene sobre la epidemiología de la histerectomía obstétrica, por tanto, el propósito de este estudio fue determinar la incidencia de la histerectomía obstétrica y las complicaciones que se asocian con ella.

## **1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA**

La investigación se realizó en el Hospital Amazónico del distrito de Yarinacocha perteneciente al departamento de Ucayali - Perú

### **DELIMITACIÓN TEMPORAL**

El estudio comprende las gestantes atendidas entre julio 2011 a junio 2016

### **DELIMITACIÓN SOCIAL**

Se estudió a las gestantes con historias clínicas atendidas en el periodo indicado.

### **DELIMITACIÓN CONCEPTUAL**

El estudio determina la prevalencia de las histerectomías de causas obstétricas realizadas en el periodo indicado, así como los factores de riesgo asociadas a ella.

## **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.3.1. Problema Principal**

¿Existen factores de riesgo que se asocian a las histerectomías obstétricas en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016?

### **1.3.2. Problemas Secundarios**

1.- ¿Es la edad un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016?

2.- ¿Es el antecedente de cesárea anterior un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016?

3.- ¿Es la paridad un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016?

4.- ¿Es el control prenatal un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016?

5.- ¿Es el periodo inter genésico un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016?

6.- ¿Es la macrosomía fetal un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016?

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo que se asocian a las histerectomías obstétricas en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

1.- Determinar si la edad es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016.

2.- Precisar si el antecedente de cesárea anterior es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016.

3.- Determinar si la paridad es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016.

4.- Indicar si el control prenatal es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016.

5.- Indicar si el periodo inter genésico es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016.

6.- Determinar si la macrosomía fetal es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital Amazónico de Yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016.

## **1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

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

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

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

La histerectomía obstétrica es usualmente efectuada como el último recurso en el manejo de una hemorragia obstétrica masiva. La mayoría de las muertes maternas ocurren dentro de las 24 horas posteriores al parto, siendo la causa más frecuente el sangrado excesivo. El sangrado grave o hemorragia es la principal causa de muerte materna en todo el mundo, así como también a nivel nacional.

Es necesario identificar los factores de riesgo relacionados a Histerectomía Obstétrica, para reconocer posibles situaciones de alto riesgo quirúrgico,

replantear conducta a seguir e instaurar medidas para que todos los hospitales en los que se atienden partos cuenten con la infraestructura y recursos acordes con la gravedad de la situación y que dispongan con personal calificado.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **Antecedentes Internacionales**

**Espinosa Mejía A.**<sup>3</sup> 2014, Histerectomía obstétrica de emergencia: prevalencia, morbilidad y mortalidad materna en pacientes atendidas en el hospital de ginecología y obstetricia IMIEM durante el periodo de marzo 2010 a febrero 2013. México 2014. Objetivo: Determinar prevalencia, morbilidad y mortalidad, en pacientes atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia IMIEM. Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, a mujeres a las cuales se les realizó histerectomía obstétrica entre el 1 de marzo 2010 al 28 de febrero 2013. Resultados: la prevalencia de histerectomía obstétrica fue de 0.24%. El promedio de edad de las pacientes fue de  $27 \pm 5$  años, de las cuales 81.9% fueron multigestas. El 65.3% tenía antecedentes de cesárea. Los principales factores de riesgo fueron cesárea urgente 29.2% (n=21), seguida de cesárea iterativa 27.8% (n=20) y corioamnioitis 16.7% (n=12). La indicación más frecuente fue atonía uterina 45% (n=33) seguida de placenta previa 20.8% (n=15) vinculada con alteraciones de la inserción placentaria 19.4% (n=14). Las complicaciones fueron: choque hipovolémico 80.6% (n=58), lesión vesical 11% (n=8), infección de herida quirúrgica 6.9% (n=5) y absceso pélvico 1.4% (n=1).

---

3.- Espinosa Mejía A. 2014, Histerectomía obstétrica de emergencia: prevalencia, morbilidad y mortalidad materna en pacientes atendidas en el hospital de ginecología y obstetricia IMIEM durante el periodo de marzo 2010 a febrero 2013. México 2014.

La morbilidad fue del 27%, entre las cuales están edema agudo de pulmón 8.3% (n=6), falla renal aguda 5.6% (n=4), sepsis 5.6% (n=4), CID 5.6% (n=4) y EVC 2.8% (n=2). No hubo muertes maternas. Conclusiones: El antecedente de cesárea induce mayor prevalencia de histerectomía obstétrica en mujeres con embarazo de alto riesgo, la cual va en aumento. La principal indicación fue la atonía uterina y la placenta previa lo que incrementa la posibilidad de hemorragia y, por lo tanto, la morbilidad y mortalidad maternas.

**Montoya C.**<sup>4</sup> 2014, Histerectomía obstetrica de emergencia en el hospital regional de occidente: incidencia y factores asociados. Hospital Regional de Occidente, Honduras. El objetivo del estudio fue determinar 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 vrs. parto fue de OR 11.78 (4.78 – 29.76), IC 95%, p 0.000, las tres principales indicaciones fueron rotura uterina, atonía uterina y acretismo placentario; multíparas en más del 50% de los casos, el 53% sin control prenatal.

**Jin R, Guo Y, Chen Y.**<sup>5</sup> 2014, Factores de riesgo asociados con histerectomía periparto de emergencia se identificaron los factores de riesgo asociados con histerectomía peri parto de emergencia (HPE, para lo cual realizaron un estudio de casos y controles con 21 pacientes quienes fueron a histerectomía, encontrando que en 21 gestantes tuvieron HPE, con una incidencia de 24 por

---

4.- Montoya C. Histerectomía obstetrica de emergencia en el hospital regional de occidente: incidencia y factores asociados. Hospital Regional de Occidente, Honduras. Rev Med Honduras, Vol. 82, No. 2, 2014

5.- Jin R, Guo Y, Chen Y. Factores de riesgo asociados con histerectomía periparto de emergencia. Chin Med J (Engl). 2014;127(5):900-4.

cada 100 000 partos; Los factores de riesgo independientes para HPE en un modelo de regresión logística fueron: coagulación intravascular diseminada (CID) (OR: 9,9), cesárea previa (OR: 5,27), placenta previa (OR: 6,9), HPP (OR: 1,001), placenta accreta (OR: 68), uso de agentes tocolíticos prenatalmente (OR: 6,55) y la macrosomía fetal (OR: 6.9)

**Casas-Peña R.**<sup>6</sup> 2013, Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de cohorte. Objetivo: determinar la frecuencia, las indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica (HO). Materiales y métodos: 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. Muestreo consecutivo. Resultados: 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 anormalidades 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 anormalidades de la inserción placentaria, ruptura uterina, miometritis, abrupcio placentae y aborto séptico.

**Guerrero-Valdéz M.**<sup>7</sup> 2013, Características clínicas y operatorias de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica. México. Objetivo: determinar cuáles son los principales factores asociados con la realización de histerectomía obstétrica. Material y Métodos: se realizó un estudio

---

6.- Casas-Peña R. 2013, 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

7.- Guerrero-Valdéz M. 2013, Características clínicas y operatorias de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica. México. Rev Med UAS; Vol. 4: No. 2. Abril-junio 2014

retrospectivo entre enero de 2006 y diciembre de 2010, en el cual se analizaron 64 expedientes clínicos de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica. Resultados: durante el periodo de estudio se atendieron 23,000 pacientes, de las cuales en 64 casos se realizó Histerectomía obstétrica (Tasa de 2.7/1000 nacidos vivos). La edad materna promedio fue de 28 años y el 51.6% fueron multíparas. La edad gestacional promedio fue 36.6 semanas. Causas principales: atonía uterina en un 45.3%, sangrado del lecho placentario con el 25% y acretismo placentario 17.2% (n= 11) de las cuales un 90.9% tenían antecedente de cesárea en embarazos anteriores. Conclusiones: La histerectomía obstétrica se efectuó con mayor frecuencia en pacientes multíparas, con antecedentes de cesárea previa. La indicación más frecuente fue hemorragia posparto severa secundaria a la atonía uterina y placenta previa/acretismo placentario.

**Aguilar Ponce S.**<sup>8</sup> 2012, La histerectomía obstétrica como un problema vigente. Hospital Ginecobstétrico "América Arias", La Habana, Cuba. Objetivo: determinar la incidencia y las principales causas que llevan a la intervención y su relación con algunos factores obstétricos. Métodos: 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. Resultados: 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  $\geq 35$  años, siendo en este grupo la hemorragia la indicación más frecuente y los antecedentes obstétricos de  $\geq 3$  gestaciones. La terminación de embarazo por cesárea constituyó un factor relevante. Conclusión: la incidencia se mantiene en cifras similares a quinquenios anteriores por lo que continúa siendo un problema de salud para nuestra Institución.

---

8.- Aguilar Ponce S. 2012, La histerectomía obstétrica como un problema vigente. Hospital Ginecobstétrico "América Arias", La Habana, Cuba. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2012;38(1):107-116

**Mendoza Gama A.**<sup>9</sup> 2011, Histerectomía obstétrica en el Hospital de la Mujer, SSA, México, D.F. Objetivo. Investigar, describir y analizar la incidencia y prevalencia de la histerectomía obstétrica en mujeres atendidas en el Hospital de la Mujer, SSA, México, D.F. Material y métodos. Es un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico de una muestra de mujeres a las que se realizó histerectomía obstétrica entre el 1 de marzo 2009 al 28 de febrero 2010. Resultados. Se obtuvo una muestra de 41 pacientes con una media de edad de  $29 \pm 6$  años. El 68% tenían antecedente de cesárea. Las principales indicaciones para histerectomía obstétrica (HO) fueron: atonía uterina 36% (n = 15); placenta accreta 32% (n = 13) y rotura uterina 5% (n = 2). La HO más frecuente fue la posterior a cesárea con 61% (n = 25), postparto 17% (n = 7), postaborto 15% (n = 6), postectópico 7% (n = 3). En 88% (n = 36) se realizó histerectomía total y en 12% (n = 5), subtotal. Conclusiones. La principal causa de HO fue atonía uterina; se presentaron complicaciones hasta en la tercera parte de los casos.

**Suárez González J.**<sup>10</sup> 2011, La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Cuba. Objetivo: determinar características obstétricas y generales en una población de pacientes con morbilidad obstétrica extremadamente grave a las cuales se les realizó histerectomía obstétrica. Métodos: estudio descriptivo de corte transversal, realizado desde enero del 2007 a diciembre del 2009, en el Hospital Ginecobstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara, Villa Clara. Se revisaron los expedientes de 71 pacientes a quienes se hizo histerectomía obstétrica. Resultados: se realizó una histerectomía obstétrica cada 463 partos. El promedio de edad de las pacientes fue de  $33,8 + 6,78$  años. El 78,6 % tenía antecedentes de cesárea. Predominó la histerectomía total abdominal en el 63,3 % de la muestra y en 27 pacientes se realizaron ligaduras de las arterias hipogástricas, 38 %. Se requirió el ingreso en la terapia intensiva en un 69 %

---

9.- Mendoza Gama A. 2011, Histerectomía obstétrica en el Hospital de la Mujer, SSA, México, D.F. Rev Invest Med Sur Mex, Julio-Septiembre 2011; 18 (3): 96-101.

10.- Suárez González J. 2011, La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Cuba. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37(4):481-488.

de las pacientes histerectomizadas. No se reportaron muertes maternas vinculadas con las histerectomías obstétricas en estos tres años en la provincia. Conclusiones: la histerectomía obstétrica es una opción terapéutica asociada a la morbilidad obstétrica extremadamente grave, donde el accionar oportuno, con dominio técnico y cumpliendo las indicaciones pertinentes se convierte en una herramienta que garantiza la vida de muchas pacientes en momentos críticos.

**Ramos García R.**<sup>11</sup> 2010, Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia México. La incidencia de la histerectomía obstétrica absoluta durante el periodo 2007-2008 en el Hospital de Ginecología y Obstetricia (HGO) del IMIEM correspondió a 1.26 por cada 1,000 nacidos vivos. La edad media de las pacientes fue de 29.90 años. Las indicaciones prequirúrgicas más frecuentes de histerectomía obstétrica fueron atonía uterina (33.3%) y acretismo placentario (28.6%). Los diagnósticos histopatológicos reportados con mayor frecuencia fueron placenta acreta (28.6%), seguido por miometritis (23.8%) y placenta increta (14.3%). Entre los factores predisponentes conocidos para la histerectomía obstétrica absoluta, ocupó el primer lugar en frecuencia la edad mayor a 30 años, lo que también aumenta el riesgo en pacientes que tenían por lo menos una gestación. La frecuencia de histerectomía obstétrica no se vio aumentada con la presencia de abortos.

### **Antecedentes Nacionales**

**Ipanaque Rebaza, R.**<sup>12</sup> 2016, Histerectomía obstétrica como factor de riesgo para complicaciones maternas. Hospital Belén de Trujillo. Objetivo: Determinar si la Histerectomía obstétrica es un factor de riesgo para complicaciones maternas postoperatorias en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de

---

11.- Ramos García R. 2010, Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia México. Arch Inv Mat Inf. Vol. II, No. 1. Enero-Abril 2010 pp 11-14

12.- Ipanaque Rebaza, R. 2016, Histerectomía obstétrica como factor de riesgo para complicaciones maternas. Hospital Belén de Trujillo  
URI: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1301>

tipo, analítico, observacional, de cohorte retrospectivo. La población de estudio estuvo constituida por 100 mujeres según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con histerectomía obstétrica (25 casos) y no obstétrica (75 controles). Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como complicaciones asociadas fue: 1) shock hemorrágico (RR: 24;  $p < 0.01$ ), 2) infección de sitio operatorio (RR: 4;  $p > 0.05$ ), 3) necesidad de transfusión sanguínea (RR: 6.9;  $p < 0.01$ ). El promedio de estancia hospitalaria en histerectomía obstétrica y no obstétrica fue de 14.2 y 4.5 días respectivamente ( $p < 0.05$ ). Conclusiones: La histerectomía obstétrica se asocia de manera significativa con shock hemorrágico y necesidad de transfusión sanguínea; pero no se asocia con infección de sitio operatorio. El promedio de estancia hospitalaria de las pacientes expuestas a histerectomía obstétrica es significativamente mayor de las pacientes expuestas a histerectomía no obstétrica.

**Sandoval Altamirano K.**<sup>13</sup> 2015, Factores de riesgo asociados con histerectomía periparto de emergencia. Universidad Particular Antenor Orrego. Material y método: Realizamos un estudio observacional, analítico, de casos y controles, que evaluó 66 gestantes cuyo embarazo, parto o puerperio fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia, las cuales fueron distribuidas en dos grupos, los casos (22 pacientes con histerectomía) y los controles (44 pacientes sin histerectomía). Resultados: La edad promedio de las pacientes del grupo de casos fue  $28,27 \pm 8,21$  años y de las pacientes del grupo control fue  $27,80 \pm 6,38$  años ( $p > 0,05$ ); la edad gestacional al momento del parto promedio en el grupo de casos fue  $36,09 \pm 3,95$  semanas y en el grupo control fue  $38,05 \pm 1,75$  semanas ( $p < 0,01$ ). En lo que respecta a los factores evaluados en los casos y controles se observó la siguiente distribución: placenta previa (18,18% vs 2,27%,  $p < 0,05$ ), placenta accreta (31,82% vs 0%,  $p < 0,001$ ), atonía uterina (54,55% vs 4,55%,  $p < 0,001$ ), ruptura uterina (22,73% vs 0%,  $p < 0,001$ ), DPP (22,72% vs 2,27%,  $p < 0,05$ ) y macrosomía

---

13.- Sandoval Altamirano K. 2015, Factores de riesgo asociados con histerectomía periparto de emergencia. Univerisdad Particular Antenor Orrego.

fetal (9,09% vs 2,27%,  $p > 0,05$ ). Conclusiones: Los factores de riesgo asociados a HPE fueron la placenta previa, la placenta acreta, atonía uterina, ruptura uterina y el desprendimiento prematuro de placenta.

**Rubio Ocampo M.**<sup>14</sup> 2015, Factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el hospital Regional de Loreto, durante los años 2011-2014. Objetivo. - Determinar los factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el período de 2011-2014. Metodología. - Se realizó una investigación de tipo retrospectivo, de diseño analítico caso control; que a través de la fórmula para este tipo de diseño se evaluaron 44 pacientes cesareadas que fueron sometidas a histerectomía obstétrica (casos) y 88 pacientes cesareadas que no fueron sometidas a histerectomía obstétrica (controles). Resultados. - Se encontraron 62 casos de Histerectomía obstétrica 44 de ellos se dieron en pacientes que tuvieron cesárea, 15 en pacientes que tuvieron parto eutócico y 3 en pacientes a quienes se les realizó legrado uterino por aborto incompleto. En las pacientes cesareadas sometidas a histerectomía obstétrica se encontró relación relativamente significativa ( $\text{Chi}^2= 7.404$ ;  $p=0.0.060$ ), teniendo como factor de riesgo la paridad (IC al 95%): OR nulíparas - primíparas = 1.49, OR nulíparas - multíparas = 3.2, OR nulíparas – gran multíparas = 2.42; las mujeres con cicatriz de cesárea previa tienen un riesgo 1.63 veces mayor de tener Histerectomía que aquellas sin cicatriz de cesárea previa. (OR= 1.63, IC al 95%); que la gestación pretérmino presentaría 1.49 veces mayor riesgo frente a un embarazo a término. Y a la edad gestacional postérmino 1.12 veces mayor frente a un embarazo a término. (IC 95%). Teniendo como factor de riesgo el embarazo multifetal con Histerectomía Obstétrica (OR=3.315, IC 95%) Conclusiones.- La histerectomía obstétrica se relaciona con algunos factores clínicos y patologías de la gestación.

---

14.- Rubio Ocampo M. 2015, Factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el hospital Regional de Loreto, durante los años 2011-2014.

**Colque, M.**<sup>15</sup> (2012) factores de riesgo asociados a la histerectomía obstétrica hospital regional del Cusco. Metodología: Tipo de estudio retrospectivo, descriptivo, analítico tipo caso control. Casos: Pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica, hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia, atendidas en el período de 2005 - 2010. Controles: Pacientes las cuales no fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica, hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia, atendidas en el periodo de 2005 - 2010. Población y muestra.- Se tomó como población a las pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica como casos y las pacientes no Histerectomizadas como controles. La Muestra de casos está dada por 65 pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica y los controles está dado por 195 casos de pacientes que no fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica, atendidas en el Hospital Regional del Cusco en el período 2005-2010, que cumplan con los criterios de selección, tanto para los casos como para los controles, teniéndose en cuenta que e tomarán 3 controles por cada uno de los casos de Histerectomía Obstétrica en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Cusco desde Enero 2005 a Diciembre del 2010, y además que estén registradas en los libros de Sala de Operaciones. Y que cumplan con los siguientes criterios de inclusión en ambos grupos. Resultados. -Los factores de riesgo para Histerectomía Obstétrica son: Edad mayor a 35años; Antecedente de legrado uterino; Antecedente de cesárea; multiparidad; sin controles prenatales. Conclusiones. - Respecto a los factores de riesgo para la Histerectomía Obstétrica, se debe tener en cuenta los antecedentes obstétricos de la paciente sobre todo a nivel de la Historia Clínica de la paciente.

### **Antecedentes Locales**

**Del Águila Paredes R. Isla Guerrero J.**<sup>16</sup> 2012, Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011. Los resultados arribados fueron los siguientes: la incidencia de Histerectomía

---

15.- Colque, M (2012) factores de riesgo asociados a la histerectomía obstétrica hospital regional del Cusco.

16.- Del Águila Paredes R. Isla Guerrero J. 2012, Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011

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. La cesárea aumenta 1.04 veces el riesgo de la histerectomía obstétrica comparado con el parto vaginal.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. HISTORIA**

Etimológicamente, histerectomía se forma de dos raíces griegas: isteros (útero) y ectomía (extirpación).

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).

La histerectomía obstétrica se inicia originalmente en 1768 cuando Joseph Covallini sugiere por primera vez la cesárea-histerectomía fundamentándose en experimentos animales, aunque nunca lo llevó a cabo, fue Horacio Storer en 1869 quien realiza la primera cesárea histerectomía en una gestante con un tumor previo, aunque la paciente falleció a las pocas horas. La primera cesárea-histerectomía con éxito fue la que realizó Eduardo Porro en Italia en una enana primípara que por curiosa coincidencia se apellidaba Covallini desde entonces la cesárea-histerectomía se llama operación de Porro. Porro realizó la histerectomía con fijación del muñón cervical a la pared abdominal, cirugía a la cual se le hizo referencia al hablar de la evolución histórica de operaciones obstétricas.

La era moderna de la histerectomía se inicia en los años 40 del siglo pasado donde mejoran la técnica quirúrgica y anestésica, en 1951 Davis sostiene que la cesárea-histerectomía era “un adelanto lógico en la cirugía obstétrica actual”. Tait, en 1890, introdujo modificaciones técnicas a la primera cirugía de Porro. Entre los muchos trabajos destacan los de autores como Muller, Taylor, Richardson y Godzon, siendo este último el primero en realizar la histerectomía por causa obstétrica. Ya en el siglo XX, en 1990, en Inglaterra, Duncan y Target recomiendan la histerectomía de primera intención como procedimiento de esterilización ante complicaciones obstétricas.<sup>17</sup>

### **2.2.2. 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 Shan-gai 0.54%, en Taiwán 0.36% y en México (INPer) 1.72%.

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

La Organización Panamericana de la Salud determinó una tasa global de 190 muertes por 100 mil nacidos vivos en América Latina y el Caribe durante 2012. 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. En la actualidad, cada vez menos médicos indican la histerectomía obstétrica debido diversas razones, entre ellas: disponibilidad de antibióticos de amplio

---

17.- Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1594)

Vásquez, Javier. Manual de Ginecología y Obstetricia. 4ta edición. 2011. Editorial Tierra Nueva.

espectro, de hemoderivados, agentes uterotónicos, y al refinamiento y estandarización de la cirugía. La incidencia real en México se desconoce, aunque algunos autores indican que es del 0.5 al 0.9%.

El Estado de México encabeza la lista de las nueve principales entidades de nuestro país en cuanto a mortalidad materna; las causas más frecuentes de muerte se relacionan con hipertensión arterial, representadas como preeclampsia y eclampsia, seguidas de hemorragias obstétricas. Sumando las cinco principales causas, comprenden el 67% en este rubro. La tasa de mortalidad materna en el Estado de México es de 62.2% por cada 100 mil nacidos vivos registrados en el año 2000.<sup>18</sup>

### **2.2.3. MORBILIDAD DE LAS HISTERECTOMÍAS DE URGENCIA.**

Clark y colaboradores en un estudio de 70 histerectomías de urgencia por hemorragia obstétrica, comunicaron que 95% de las pacientes de su estudio recibieron transfusiones sanguíneas y que 50% presentó morbilidad febril.

#### **Morbilidad de las histerectomías por cesárea electiva.**

En una revisión de 80 casos de mujeres sometidas a histerectomía por cesárea electiva, McNulty comunicó que sólo cinco (6%) presentaron morbilidad febril y 12 (15%) recibieron transfusiones de sangre, cuatro (5%) padecían lesiones vesicales y cuatro (5%) tenían hematomas del ligamento ancho. En consecuencia, es probable que las histerectomías por cesáreas electivas no se relacionen con mayor riesgo de complicaciones o de morbilidad respecto al parto por cesárea, seguido por histerectomía electiva posterior.<sup>19</sup>

### **2.2.4. FACTORES DE RIESGO**

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

---

18.- Gómez Hernández, H. Río de la Loza Jiménez, F. 2013, Histerectomía obstétrica, Incidencia y análisis de la experiencia en la institución gineco-obstétrica y de perinatología S.A. DE C.V. 2010 y 2011

19.- Nodarse Rodríguez A. 2013, Comportamiento epidemiológico de la histerectomía obstétrica. Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013; 39(2)128-134

Existen factores que predisponen o empeoran la hemorragia obstétrica: trastornos adherenciales de la placenta, traumatismo durante el parto, atonía uterina, entidades nosológicas obstétricas que afecten la coagulación sanguínea, infecciones, sobredistensión uterina (feto macrosómico, polihidramnios, embarazo múltiples) entre otros. Al fallar el tratamiento médico ante una hemorragia obstétrica es imperativo el tratamiento quirúrgico y dentro de éste, la histerectomía obstétrica.

La cesárea es el factor de riesgo más importante para la histerectomía obstétrica, porque incrementa la posibilidad de placentación anormal en el sitio de la incisión. Se ha demostrado que las mujeres con cesáreas previas incrementan la probabilidad de requerir histerectomía por causa obstétrica que aquellas que no presentan este antecedente. Se han identificado otros factores de riesgo, tales como la sobredistensión uterina, el trabajo de parto prolongado y la toxemia del embarazo, que están relacionados con la hipotonía uterina y por lo tanto con la realización de histerectomía obstétrica.

### **Características obstétricas de las pacientes sometidas a histerectomía.**

#### **Periodo o Intervalo Intergenésico**

Se define como el tiempo entre fechas de los nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad Gestacional del neonato más reciente. El número de hijos vivos depende de múltiples factores tales como edad de la madre, el resultado del embarazo anterior, el espaciamiento entre embarazos (Intervalo intergenésico), el número total de hijos deseados, el acceso a métodos contraceptivos, etc.

#### **Edad de la Paciente:**

Periodo de tiempo en años desde el nacimiento al día de parto.

#### **Edad Gestacional:**

Semanas transcurridas desde el primer día del último periodo menstrual hasta el día del nacimiento. Según la OMS la duración del embarazo se mide en semanas a partir del primer día de la fecha de última menstruación (FUM). Se divide así a tres grupos:

- RN de Término (RNT): entre las 37 y las 41 semanas.
- RN Prematuro (RNP): A los RN de 36 semanas o menos.
- RN Posttermino (RNPost): A los de 42 semanas o más.

**Paridad:**

1.- (en obstetricia) clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.

Habitualmente, la paridad se designa con el número total de embarazos y se representa por la letra "P" o la palabra "para". Una mujer para 4 (P4) grávida 5 (G5) ha tenido cuatro embarazos de más de 28 semanas y un aborto antes de las 28 semanas.

2.- (en epidemiología) clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos que ha parido.

**Control Prenatal:**

Se entiende por control prenatal (Vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, atención prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el control y la crianza del niño.<sup>20</sup>

**2.2.5. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA**

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 útero.

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

La hemorragia postparto ocurre en 1% de las pacientes y es principalmente secundaria a trastornos en la implantación de la placenta.

La exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto, aborto o en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica, procedimiento quirúrgico mayor, diseñado con el fin de preservar la vida de las mujeres en situaciones de urgencia. Esto involucra necesariamente la condición de un útero

---

20.- Pariguana J. Et al (Perú 2014): Título: Factores de riesgo de la hemorragia Post Parto Inmediato: Estudio Caso - Control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique durante el periodo de Abril – Octubre del 2013

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.

Este procedimiento no planeado se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, como única alternativa terapéutica en el manejo de la hemorragia y la sepsis, después de grandes esfuerzos conservadores e inútiles. Modificada su frecuencia por las medidas de prevención en el seguimiento de los casos de riesgo, seguirá siendo utilizada en futuras generaciones, en el manejo sobre todo de la hemorragia postparto.

Si bien desconocemos la real incidencia, varios autores han comunicado índices de 0,6 hasta 6,2 por mil partos, en diversos estudios realizados en el mundo.

Las principales causas de histerectomías obstétricas reportadas son: ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa con una incidencia calculada de 12 %, placenta acreta con 4,1 %, placenta previa 0,5 %, abrupción placentaria 23,5 %, atonía uterina 23,5 %.

El embarazo ectópico cornual o intersticial que constituye el 3 % de todas las gestaciones ectópicas es otra de las causas, aunque menos frecuente, al igual que el ectópico cervical, una forma rara con una incidencia de 1 en 180000 embarazos, pero que parece ir en aumento.

Para las pacientes sin paridad completa el uso no tan reciente de las prostaglandinas y el masaje uterino propuesto por la OMS, han demostrado su efectividad, reduciendo drásticamente la histerectomía por hemorragia, sin tener que llegar a las conductas quirúrgicas mutilantes. Ligaduras vasculares (hipogástricas, uterinas), sutura de B-Lynch y embolización arterial selectiva, son utilizadas, como medidas alternativas para preservar la integridad uterina.

En nuestro medio la histerectomía de urgencia por causas obstétricas ha sido objeto de atención priorizada, por su repercusión sobre la morbilidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida.

La histerectomía obstétrica de emergencia se puede llevar a cabo junto con una cesárea (cesárea-histerectomía) o después de ella, después de un parto vaginal o aborto o incluso en el puerperio, debido a complicaciones como la hemorragia post-parto, estados infecciosos severos que llevan a una sepsis que no responda a los antibióticos y que requiera una desfocalización; por lo que las causas de histerectomías obstétricas de emergencia son la atonía uterina, el acretismo placentario, la ruptura y

perforación uterinas y los cuadros sépticos puerperales y post-aborto; Clark y col en 1984 revisaron 70 casos de histerectomía periparto de emergencia a causa de hemorragias obstétricas y concluyeron que el 86% se realizaron después de una cesárea y 14% después de partos vaginales, casi las tres cuartas partes de los casos se debieron a atonía uterina o acretismo placentario. Las indicaciones para una histerectomía post-cesárea se discuten en relación con diferentes cuadros para los cuales está indicada esta operación, unos pocos incluyen la infección intrauterina, una cicatriz groseramente defectuosa, un útero marcadamente hipotónico que no responde a los oxitócicos, prostaglandinas o masaje energético; desgarró de los vasos uterinos principales, grandes miomas y la displasia cervical severa o el carcinoma in situ de cervix.

En la enfermedad del trofoblasto puede recurrirse a la histerectomía como tratamiento, especialmente en mujeres que han concluido con su paridad.

La incidencia de histerectomía periparto de urgencia ha variado mucho en informes de la experiencia de diferentes hospitales. En un estudio reciente, la incidencia de histerectomía después de una cesárea era de 8.3 en 1000 y 0.087 en 1000 después de un parto vaginal, en este estudio 94.5% de las pacientes tuvieron parto por cesárea y 66.7% de ellas tenía antecedente de esta operación. Las indicaciones de histerectomía de urgencia fueron placentación con adherencia anormal 64%, atonía uterina 21% y otras causas 17% (sepsis, fibromas y desgarró de la cicatriz uterina), las nulíparas tenían riesgo de histerectomía de 0.43 en 1000 partos y aquellas con una paridad de por lo menos cuatro tenían una tasa de 6.57 en 1000, en las mujeres que han tenido parto esta tasa aumento a 21 en 1000 si había placenta previa y 65 en 1000 si había antecedente de cesárea. Los últimos estudios reportan porcentajes crecientes del acretismo placentario como causa de la histerectomía periparto de urgencia y alcanzan hasta un 49.6% de las histerectomías de 1985 a 1990 y fueron la indicación más frecuente de histerectomía de urgencia en el periparto, mientras que informes previos señalaba a la atonía uterina como la indicación más frecuente que contribuía con 43% de los casos, varios autores han especulado que los cambios en las indicaciones de la histerectomía de urgencia en el periparto tienen una relación directa con el mejor manejo médico de atonía y la mayor

tasa de cesáreas por placenta previa que es un factor de riesgo establecido para la aparición de la placenta previa y acreta. Los reportes nacionales consignan a la atonía uterina como la indicación más frecuente de histerectomía periparto de urgencia, o la placentación anormal. Reportes de otras realidades mencionan al acretismo como primera causa (38.1%), como también a la ruptura uterina (35.3%).<sup>21</sup>

### **Histerectomía de urgencia versus electiva.**

En dos estudios comparativos sobre histerectomías electivas postparto y de urgencia, la morbilidad fue mayor cuando se relacionaba con el procedimiento de urgencia. En el grupo de urgencia fueron superiores: la pérdida estimada de sangre, la cantidad de mujeres transfundidas y el tiempo del procedimiento. En general, las complicaciones son más frecuentes en las histerectomías de urgencia que en los casos de indicación electiva.

### **2.2.5.1. INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA.**

Las indicaciones absolutas son aquellas que durante el transcurso de un nacimiento vía vaginal y/o abdominal, obligan a terminar la intervención con una histerectomía como único procedimiento para solucionar una situación grave.

Generalmente se elige la histerectomía total, pero en determinados casos, por la urgencia que se requiere, puede estar indicada la histerectomía subtotal.

#### **Indicaciones absolutas:**

1. 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 abruptio placentae.
5. Acretismo placentario.
6. Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico.
7. Infección puerperal de órganos internos.

---

21.- Morales Quiroz, J. 2013, Histerectomía obstétrica correlación del diagnóstico pre quirúrgico con el resultado Anatomopatológico en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Saenz en sus 2 años de existencia. México.

### **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:

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.)

### **Rotura Uterina**

Se define como la solución de continuidad de la pared uterina durante la gestación o el parto.

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

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

### **Atonía Uterina**

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

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

### **Hemorragia puerperal**

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

Se clasifica en temprana cuando ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto y tardía cuando ocurre después de las 24 horas hasta las 6 semanas postparto.

### **Útero de Couvaliere**

Consiste en un estado de infiltración hemática del miometrio uterino debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal por vía cervical.<sup>22</sup>

### **Acretismo placentario**

El término placenta accreta se usa para describir cualquier implantación de la placenta en la cual hay adherencia anormalmente firme a la pared del útero. Como consecuencia de falta parcial o total de decidua basal, y desarrollo imperfecto de la capa fibrinoide (capa de Nitabuch), las vellosidades placentarias están fijadas al miometrio en la placenta accreta, invaden el miometrio en la placenta increta, y lo penetran en la placenta percreta. La adherencia anormal puede afectar todos los cotiledones (placenta accreta total), algunos a varios cotiledones (placenta accreta parcial), o sólo el cordón (placenta accreta focal).<sup>23,24</sup>

## **2.2.6. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS**

La histerectomía abdominal sigue siendo la vía más común para este procedimiento, a pesar de una estancia hospitalaria más prolongada, más dolor postoperatorio, una mayor tasa de infección y lento retorno a las actividades normales.

La histerectomía vaginal continúa siendo el método menos invasivo, con una recuperación más rápida, menos episodios febriles, menores gastos, y está respaldada por el Dictamen de Comité No. 444 del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos como la ruta de preferencia cuando es factible.

A pesar de los beneficios de la histerectomía vaginal, se registró un descenso del 2% en el cantidad de histerectomías vaginales realizadas.

---

22.- Serrano-Berrones MA y col. Útero de Couvelaire en el puerperio. Ginecología y Obstetricia Mexico 2014;82:496-498.

23.- Michael AB. Placenta accreta. Am J Obstet Gynecol.2010;203:430-9.

24.- Flores-Romero AL. Acretismo placentario: una alternativa quirúrgica que puede salvar vidas. Ginecol Obstet Mex 2012;80(2):79-83

La histerectomía laparoscópica, una técnica que se ha popularizado rápidamente, tiene ventajas similares a la histerectomía vaginal, pero tarda más en llevarse a cabo, su costo es mayor, y conlleva los riesgos asociados a las incisiones abdominales. La indicación más común para la histerectomía abdominal fue el leiomioma uterino (62%); el prolapso constituyó el 62% de las indicaciones para histerectomía vaginal; y el sangrado anormal representó el 53% de las indicaciones para histerectomía laparoscópica.<sup>25, 26</sup> No hubo diferencias en la ruta con base al entorno hospitalario. La duración de la estancia hospitalaria y los gastos generales variaron de acuerdo a la ruta de la histerectomía.

La histerectomía laparoscópica tuvo el periodo más corto de estancia, de 1.65 días, pero los costos totales más altos, de \$18,821. La histerectomía abdominal tuvo el mayor el tiempo de estancia, 3.07 días, y los cargos promedio fueron de \$17,839; mientras que la histerectomía vaginal tuvo una estancia promedio de 1.86 días, con los costos totales más bajos, \$14,121.

La edad promedio de las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica fue de 44.2 años, frente a 45.2 años para las abdominales y 49.3 años para la histerectomía vaginal. La raza de las pacientes también puede tener influencia es la ruta de la histerectomía. En las mujeres caucásicas, el leiomioma uterino fue la indicación quirúrgica más común (33%), seguida por trastornos menstruales (21%) y prolapso (16%).

En las mujeres afro-americanas, la indicación más frecuente también fue leiomioma uterino (70%), seguido por trastornos menstruales (12%) y endometriosis (6%). En las mujeres hispanas, el leiomioma uterino fue de nuevo el más común (46%), seguido por prolapso (17%) y trastornos menstruales (14%). En los tres grupos, la histerectomía abdominal fue la ruta más común. En cuanto a la satisfacción de la paciente, una revisión Cochrane reciente no encontró diferencia al comparar la histerectomía abdominal, ya sea con la

---

25.- Bautista-Gómez E, Morales-García V, Hernández-Cuevas J, Calvo-Aguilar O, Instituto Clínica de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínica de Barcelona. Anomalías placentarias (placenta previa, placenta accreta y vasa previa) y manejo de la hemorragia de tercer trimestre. Servicio de Medicina Maternofetal. 2013

26.- Sumano-Ziga, E. 2015, Histerectomía programada vs. histerectomía de urgencia en pacientes con placenta accreta, en una unidad médica de alta especialidad. Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.

vaginal o la laparoscópica. Sin embargo, estos análisis se limitaron a un estudio aleatorio para cada una de las técnicas.<sup>27</sup>

## **2.2.7. COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA**

### **2.2.7.1. COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE LA HISTERECTOMÍA**

El índice de complicaciones infecciosas después de una histerectomía es variable. Las tasas informadas son de 10.5% para la histerectomía abdominal, 13.0% para la histerectomía vaginal y 9.0% para la histerectomía laparoscópica.

Estas tasas se basan en varios factores, incluyendo la profilaxis antimicrobiana preoperatoria, status socioeconómico, índice de masa corporal, procedimientos concurrentes, experiencia del cirujano, y sitio de estudio.

Las infecciones más comunes incluyen celulitis del manguito vaginal, hematoma infectado o absceso, infección de la herida, infección del tracto urinario, infección respiratoria, y morbilidad febril.

Los factores que pueden aumentar el riesgo de infección postoperatoria incluyen estado inmune comprometido, obesidad, hospitalización, experiencia del cirujano, mayor pérdida de sangre, tiempo operatorio de más de 3 horas, mala alimentación, tejido desvitalizado como se puede encontrar en pedículos operatorios mayores, comorbilidades como diabetes Mellitus y tabaquismo, falta de antibióticos preoperatorios, y presencia de un sitio operatorio infectado.

Momento de realización de la Histerectomía: Según Obeid Layón y col. Citados por Villalobos y López, esta operación se puede clasificar en:

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

---

27.- Aristóbulo Astorga A. Hemorragias del tercer trimestre. Obstetricia moderna Cap. 19. 2012

- Histerectomía en bloque: cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica, u óbito fetal con corioamnionitis.<sup>28</sup>

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

**HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA.**- 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. La histerectomía obstétrica es una intervención que se realiza, en la mayoría de los casos, de emergencia con el fin de solucionar una complicación obstétrica.

**FACTOR DE RIESGO.**- Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

**PLACENTA PREVIA.**- Se produce cuando la placenta se inserta en el segmento uterino inferior, de modo que puede ocurrir el orificio cervical interno (OCI).

**PLACENTA ACCRETA.**- Se define como una implantación placentaria anormal. Las vellosidades coriales se insertan directamente en el miometrio en ausencia de decidua basal.

**ATONIA UTERINA.**- Se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato, ocasionando una pérdida continua de sangre desde el lugar donde estaba implantada la placenta.

**RUPTURA UTERINA.**- Se define como una solución de continuidad patológica de la pared uterina, situada con mayor frecuencia en el segmento inferior.

**DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP).**- Se define como la separación total o parcial de la placenta, después de la semana 20 y antes de la expulsión completa del feto.

**MACROSOMIA FETAL.**- Significa tamaño grande del cuerpo. Definida como peso arbitrario al nacer como 4 000, 4 100, 4 500 o 4 536 gramos.

---

28.- Clarke-Pearson, D. 2013, Complicaciones de la histerectomía EE. UU. Rev. Español, Obstet Gynecol 2013;121:654–73

**ATENCIÓN PRENATAL.**- Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido.

**EDAD GESTACIONAL.**- Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal.

**CESÁREA.**- Es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.

**HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL.**- En una histerectomía radical se extrae el útero, el cuello uterino, la parte superior de la vagina y sus tejidos de apoyo. Este procedimiento se realiza en algunos casos de cáncer.

**HISTERORRAFÍA.**- Sutura quirúrgica de las laceraciones e incisiones uterinas.

**HISTEROTOMÍA.**- Incisión quirúrgica del útero, realizada para algunos procesos quirúrgicos.

**ÚTERO COUVELAIRE.**- Proceso hemorrágico de la musculatura uterina que puede acompañar al Abruption Placentae grave. La sangre extravasada se dispone entre las fibras musculares y por debajo del peritoneo que cubre al útero; éste adopta color púrpura y se contrae anormalmente. Denominado también apoplejía útero-placentaria.

**GRAVIDAD.**- Número de veces que la mujer ha estado gestando, haya o no sido completas.

**EDAD GESTACIONAL.**- Tiempo cronológico medido en semanas desde el primer día de la última menstruación y/o valorado por ultrasonido hasta el momento de la interrupción del embarazo, expresado en semanas.

**EMBARAZO MULTIFETAL.**- Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos

**SEPTICEMIA.**- Infección grave y generalizada de todo el organismo debida a la existencia de un foco infeccioso.

**ÓBITO FETAL.**- Es la muerte fetal ocurrida después de la semana 20 de edad gestacional o con un peso fetal mayor a 500g, durante el embarazo o el trabajo de parto.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. HIPÓTESIS**

Ha: La edad es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

Ha: El antecedente de cesárea anterior es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

Ha: La paridad es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

Ha: El control prenatal es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

Ha: El periodo inter genésico es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

Ha: La macrosomía fetal es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

#### **3.2. VARIABLES**

##### **3.2.1. Variables**

###### **-Variable dependiente**

Histerectomía obstétrica de urgencia

###### **-Variable independiente**

Edad

Cesareada anterior

Paridad

Control prenatal

Intervalo intergenésico

Macrosomia Fetal

### **Definición conceptual de las variables**

Histerectomía obstétrica de urgencia.- extirpación del útero durante una cesárea o en el puerperio, por complicaciones relacionadas con el embarazo o por indicaciones ginecológicas.

Edad.- Tiempo transcurrido en años de la madre desde el nacimiento hasta la inclusión al estudio.

Cesareada anterior.- Gestante con historia de cesárea previa una o más veces.

Paridad.- Mujer que ha dado a luz sea por vía vaginal o abdominal, uno o más productos (vivos o muertos), con peso mayor a 500 g o mayor de 20 semanas de gestación.

Control prenatal.- Número de visitas prenatales que se realizó en el actual embarazo.

Intervalo intergenésico.- Se define como el tiempo transcurrido desde el término de la última gestación (parto o aborto) y la actual

Macrosomia Fetal.- Feto que pesa al nacer más de 4.000 gramos; o que tiene un peso fetal estimado por ecografía más de 4.500 gr.

### 3.2.2. Operacionalización de las variables

VARIABLE	TIPO	NATURALEZA	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
Histerectomía obstétrica de urgencia	Dependiente	Cualitativa	Presente Ausente	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
Edad	Independiente	Cualitativa	De 35 a más años < de 35 años	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
Cesareada anterior			Presente Ausente		
Paridad			De 3 a más partos < de 3 partos		
Control prenatal			Incompletas Completas		
Intervalo intergenésico			< de 2 años De 2 a más años		
Macrosomia Fetal			Presente Ausente		

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **Tipo de Investigación**

La investigación es de tipo observacional pues no se intervino en las variables, transversal porque solo se midió las variables en una sola oportunidad, retrospectiva pues los datos fueron tomados de registros como historias clínicas aludiendo que ocurrieron en el pasado, y analítica pues tiene dos variables.

**Nivel:** Relacional cuyo objetivo es asociar

#### **4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

**Población:** El estudio comprende las gestantes atendidas entre julio 2011 a junio 2016 que fueron histerectomizadas por motivos obstétricos.

**Muestra:** El grupo de casos estuvo constituida por 56 pacientes con historias clínicas que registra histerectomía obstétrica de urgencia. El segundo grupo estuvo constituido por 112 pacientes con historias clínicas escogidas al azar que no fueron histerectomizadas.

**Criterios de inclusión:**

Pacientes que su gestación fue atendida en el periodo de julio 2011 a junio 2016 en el hospital Amazónico, que tenga su historia clínica completa para los datos que se necesiten para el estudio.

**Criterios de exclusión:**

Pacientes que su gestación fue atendida en el periodo no comprendida entre julio 2011 a junio 2016 en el hospital Amazónico y que no tenga su historia clínica completa para los datos que se necesiten para el estudio.

#### **4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Técnicas:** Se utilizó la técnica documental, para ello, aprobado el proyecto se presentó una solicitud al Director del Hospital para el permiso correspondiente. A través del libro de registro del Servicio de Sala de Operaciones, se obtuvieron los números de las historias clínicas de las pacientes, y dentro del periodo que comprende el estudio se escogió al azar los controles, perteneciendo al mismo grupo etario, siendo la proporción 1:2. Los casos se escogieron de la totalidad de historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión; las variables a estudiar fueron obtenidas de la historia clínica.

**Instrumentos:** Se utilizó una ficha de recolección de datos que contiene los datos a necesitar para la investigación.

#### **4.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los resultados fueron procesados en el software estadístico SPSS versión 23, para ello se codificaron las variables, se tabuló los datos y se realizó los respectivos cruces de variables.

Los resultados se presentan a través de estadística descriptiva y analítica mediante tablas bivariadas de frecuencias relativas, gráficos y tablas de contingencia; se aplicó la prueba del Chi cuadrado para determinar la relación entre las variables.

**CAPÍTULO V**  
**ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

## 5.1. RESULTADOS

Tabla N° 01

### PREVALENCIA DE HISTERECTOMIAS OBSTÉTRICAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha ENTRE JULIO DEL 2011 Y JUNIO DEL 2016

Histerectomía obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
SI	56	0.38%
NO	14680	99.62%
Total	14736	100%

Fuente: Hospital de Yarinacocha

La prevalencia de histerectomías obstétricas de emergencia en el Hospital de Yarinacocha Ucayali es de 0.38% tal como se observa en la tabla.

Gráfico N° 01

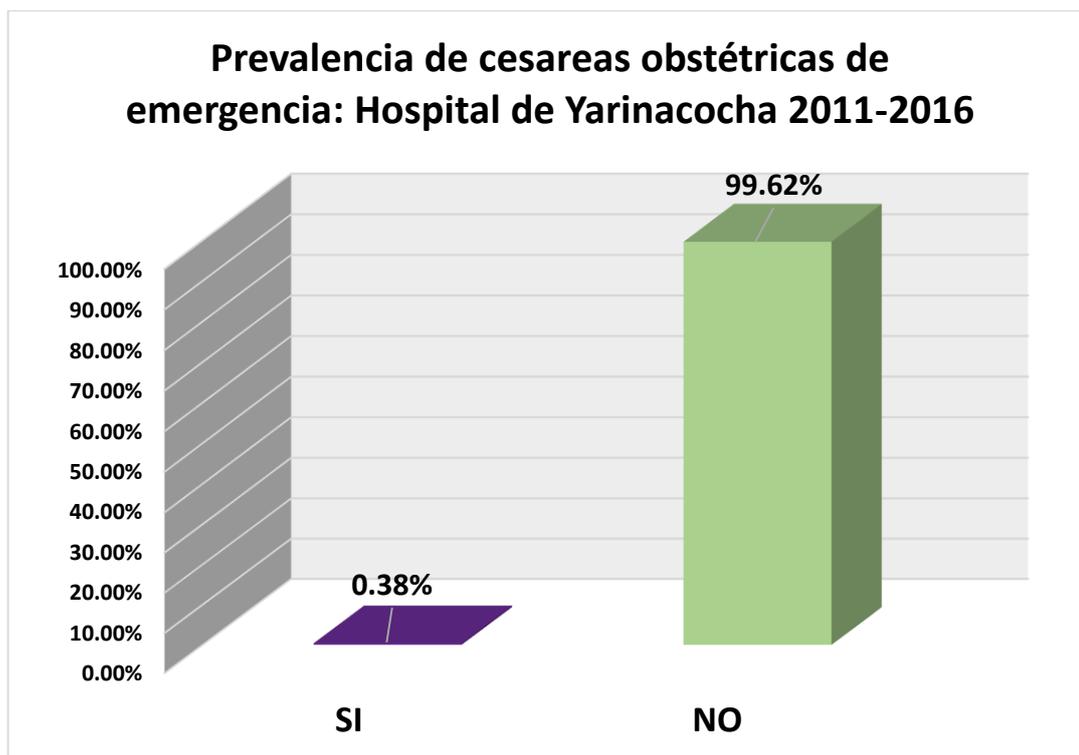


Tabla N° 02

LA EDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA HISTERECTOMÍA  
OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

EDAD	HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
De 35 a más años	27	48.2%	21	18.8%	48	28.6%
Menos de 35 años	29	51.8%	91	81.3%	120	71.4%
Total	56	100%	112	100%	168	100%

Fuente: Hospital de Yarinacocha

La tabla muestra que las cesáreas obstétricas de emergencia son más frecuentes cuando la edad de la gestante es de entre 35 años a más, 48.2% de histerectomías frente a 18.8% de no histerectomías en este grupo etáreo. Con una significancia estadística de  $p= 0.000067$

Gráfico N° 02

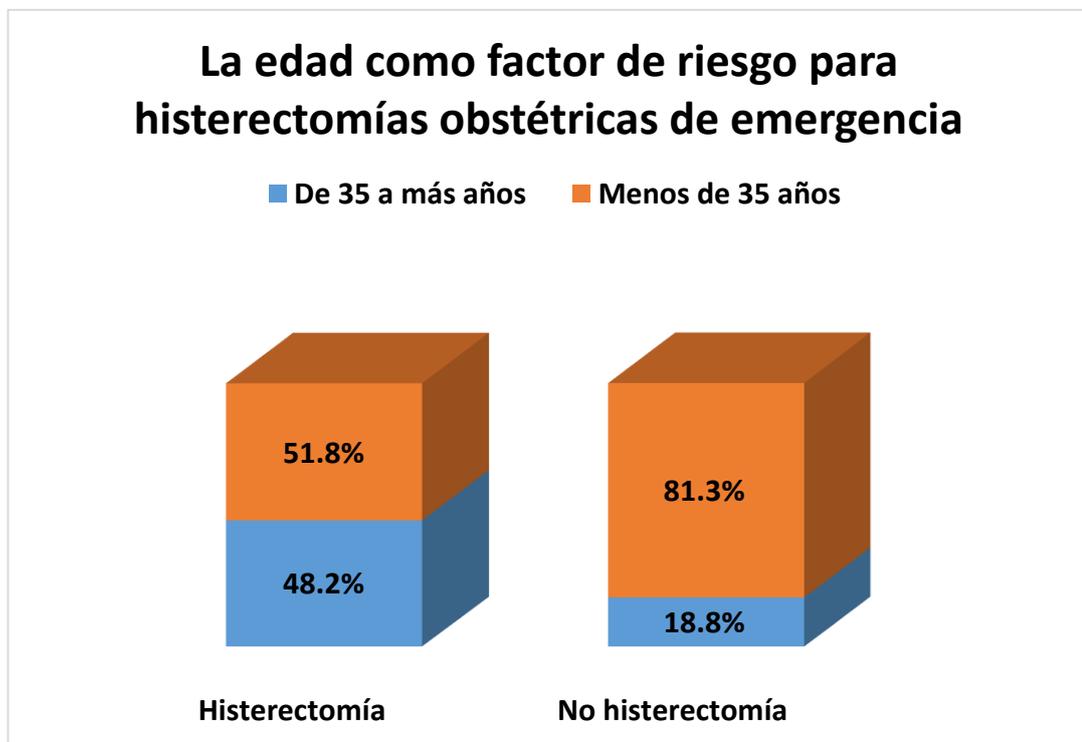


Tabla N° 03

EL ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR COMO FACTOR DE RIESGO PARA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

CESAREADA ANTERIOR	HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
SI	19	33.9%	17	15.2%	36	21.4%
NO	37	66.1%	95	84.8%	132	78.6%
Total	56	100%	112	100%	168	100%

Fuente: Hospital de Yarinacocha

Se observa que las cesáreas obstétricas de emergencia son más frecuentes cuando existe el antecedente de cesárea anterior, 33.9% de histerectomías en comparación a 15.2% de no histerectomías en el grupo de presentó antecedente de cesárea anterior. Con una significancia estadística de  $p=0.005$

Gráfico N° 03

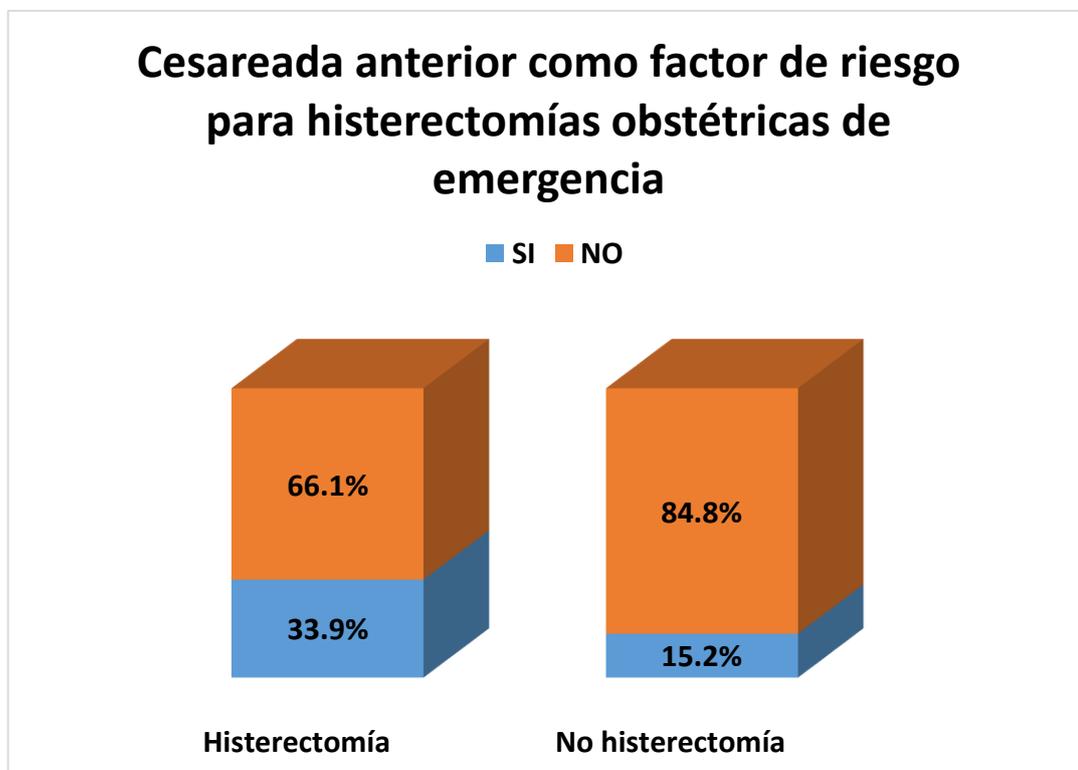


Tabla N° 04

LA PARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA HISTERECTOMÍA  
OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

PARIDAD	HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
De 3 a más hijos	34	60.7%	40	35.7%	74	44.0%
Menos de 3 hijos	22	39.3%	72	64.3%	94	56.0%
Total	56	100%	112	100%	168	100%

Fuente: Hospital de Yarinacocha

La tabla muestra que las cesáreas obstétricas de emergencia son más frecuentes cuando existe una paridad de 3 a más hijos, 60.7% de histerectomías en comparación a 35.7% de no histerectomías en el grupo mencionado. Con una significancia estadística de  $p= 0.002$

Gráfico N° 04

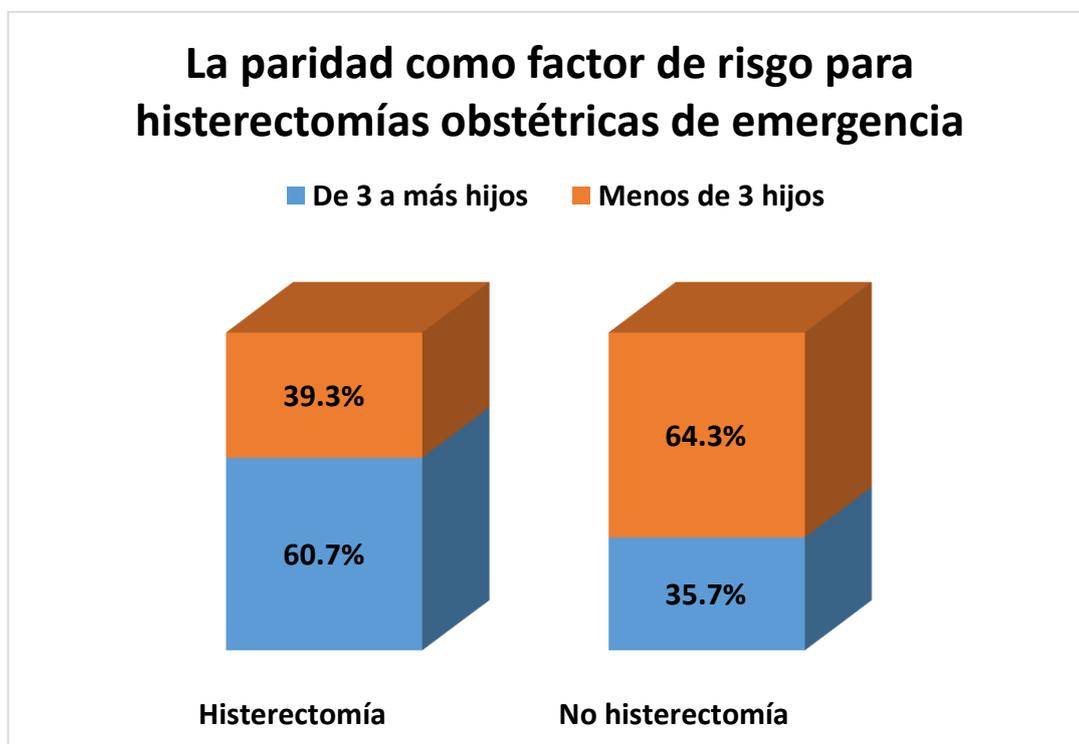


Tabla N° 05

EL CONTROL PRENATAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

CONTROL PRENATAL	HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA				TOTAL	
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
INCOMPLETAS	12	21.4%	11	9.8%	23	13.7%
COMPLETAS	44	78.6%	101	90.2%	145	86.3%
Total	56	100%	112	100%	168	100%

Fuente: Hospital de Yarinacocha

Se observa que las cesáreas obstétricas de emergencia son más frecuentes cuando los controles prenatales son incompletos o ausentes, 21.4% de histerectomías en comparación a 9.8% de no histerectomías en el grupo de comparación. Con una significancia estadística de  $p= 0.039$

Gráfico N° 05

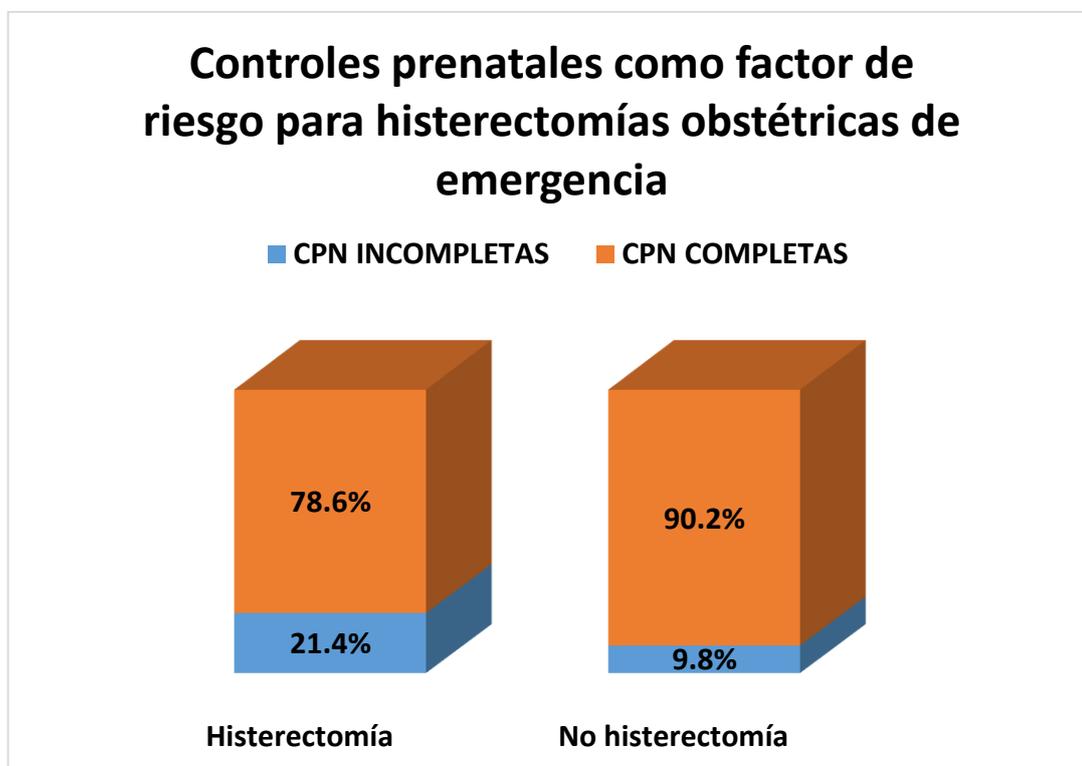


Tabla N° 06

EL INTERVALO INTERGENÉSICO CORTO COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

INTERVALO INTERGENÉSICO	HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
Menos de 2 años	14	63.6%	20	45.5%	34	51.5%
De 2 a más años	8	36.4%	24	54.5%	32	48.5%
Total	22	100%	44	100%	66	100%

Fuente: Hospital de Yarinacocha

Se observa que las cesáreas obstétricas de emergencia son más frecuentes cuando las que tuvieron intervalo intergenésico corto, 63.6% de histerectomías en comparación a 45.5% de no histerectomías en el grupo comparado. Con una significancia estadística de  $p=1.67$

Gráfico N° 06

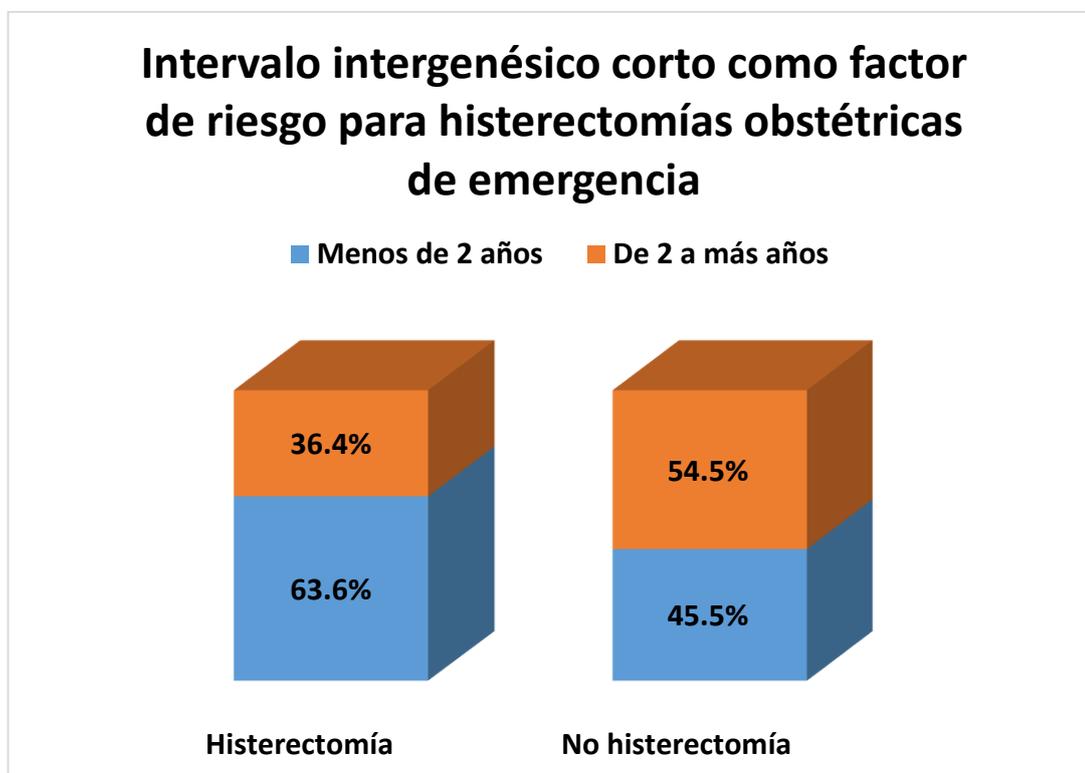


Tabla N° 07

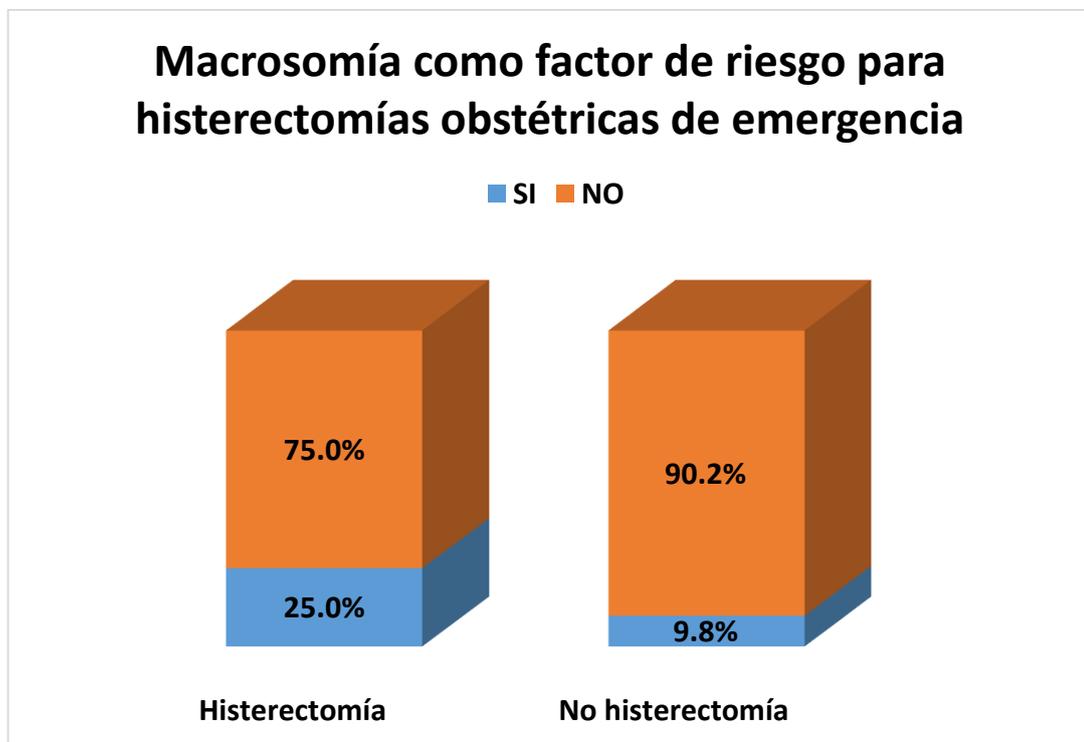
MACROSOMÍA FETAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

MACROSOMÍA FETAL	HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
SI	14	25.0%	11	9.8%	25	14.9%
NO	42	75.0%	101	90.2%	143	85.1%
Total	56	100%	112	100%	168	100%

Fuente: Hospital de Yarinacocha

En la tabla se observa que las cesáreas obstétricas de emergencia son más frecuentes cuando el recién nacido es macrosómico, 25% de histerectomías en comparación a 9.8% de no histerectomías en el grupo comparado. Con una significancia estadística de  $p= 0.009$

Gráfico N° 07



## PRUEBA DE HIPÓTESIS

### **Primera hipótesis**

1.- Hipótesis

Ha: La edad es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

Ho: La edad no es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

2.- Significancia: 0.05

3.- Estadístico: Chi cuadrado

Chi cuadrado calculado= 15.881

4.- P valor: 0.000067

5.- Decisión: La edad de 35 a más años es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia.

### **Segunda hipótesis**

1.- Hipótesis

Ha: El antecedente de cesárea anterior es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

Ho: El antecedente de cesárea anterior no es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

2.- Significancia: 0.05

3.- Estadístico: Chi cuadrado calculado= 7.795

4.- P valor: 0.005

5.- Decisión: El antecedente de presentar cesárea anterior es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia.

### **Tercera hipótesis**

1.- Hipótesis

Ha: La paridad es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

Ho: La paridad no es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

2.- Significancia: 0.05

3.- Estadístico: Chi cuadrado calculado= 9.468

4.- P valor: 0.002

5.- Decisión: La paridad de 3 a más hijos es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia.

### **Cuarta hipótesis**

1.- Hipótesis

Ha: El control prenatal es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

Ho: El control prenatal no es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

2.- Significancia: 0.05

3.- Estadístico: Chi cuadrado calculado= 4.257

4.- P valor: 0.036

5.- Decisión: El control prenatal incompleto es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia.

## **Quinta hipótesis**

1.- Hipótesis

Ha: El periodo inter genésico es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

Ho: El periodo inter genésico no es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

2.- Significancia: 0.05

3.- Estadístico: Chi cuadrado calculado= 1.94

4.- P valor: 1.67

5.- Decisión: El periodo inter genésico no es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

## **Sexta hipótesis**

1.- Hipótesis

Ha: La macrosomía fetal es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

Ho: La macrosomía fetal no es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

2.- Significancia: 0.05

3.- Estadístico: Chi cuadrado calculado= 6.790

4.- P valor: 0.009

5.- Decisión: La macrosomía fetal es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia

## 5.2. DISCUSIÓN

En el Hospital de Yarinacocha en el periodo de estudio de julio del 2011 a junio del 2016 se encontró una prevalencia de histerectomías obstétricas de emergencia de 0.38%. Espinosa Mejía A.<sup>3</sup> encontró una prevalencia de histerectomía obstétrica fue de 0.24% en el hospital de ginecología y obstetricia IMIEM de México, probablemente porque los factores de riesgo para dicha intervención son menos prevalentes en este nosocomio, también encontró que el antecedente de cesárea es un factor asociado a la histerectomía obstétrica de urgencia. Así lo demostró también Ramos García R.<sup>11</sup> 2010 en un hospital de México 1.26 por cada 1,000 nacidos vivos. Casas-Peña R.<sup>6</sup> 2013, en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010 en Colombia encontró una incidencia de la histerectomía obstétrica fue de 5.9 por 1000 recién nacidos vivos prevalencia más alta que la encontrada por nosotros lo que podría deberse a que en dicho país presentan asociados otras circunstancias como la violencia que podrían estar aumentando esta prevalencia. Del Águila Paredes R. Isla Guerrero J.<sup>16</sup> 2012, en su estudio características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011 encontró una incidencia de Histerectomía Obstétrica fue 0,18% lo que estaría indicando un aumento de la histerectomía obstétricas de urgencia en este nosocomio.

Los factores de riesgo que se asocian a histerectomía obstétrica de urgencia estudiados fueron:

La edad de 35 a más años demostró ser un factor que esta asociado a la histerectomía obstétrica de urgencia pues el  $p=0.000067$  es mucho menor

---

3.- Espinosa Mejía A. 2014, Histerectomía obstétrica de emergencia: prevalencia, morbilidad y mortalidad materna en pacientes atendidas en el hospital de ginecología y obstetricia IMIEM durante el periodo de marzo 2010 a febrero 2013. México 2014.

6.- Casas-Peña R. 2013, 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

11.- Ramos García R. 2010, Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia México. Arch Inv Mat Inf. Vol. II, No. 1. Enero-Abril 2010 pp 11-14

16.- Del Águila Paredes R. Isla Guerrero J. 2012, Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 201

que el nivel de significancia del estudio. Esta asociación se debería a que las gestantes añosas presentan a la vez otros factores de riesgo para complicaciones de su gestación que podrían terminar en una histerectomía obstétrica de urgencia que no la tienen sus homólogas de menor edad. Aguilar Ponce S.<sup>8</sup> 2012 en la Habana encontró que el grupo etario que predominó en relación fue  $\geq 35$  años, siendo en este grupo la hemorragia la indicación más frecuente y los antecedentes obstétricos de  $\geq 3$  gestaciones. También Colque, M.<sup>15</sup> (2012) en su estudio factores de riesgo asociados a la histerectomía obstétrica hospital regional del Cusco encontró que un factor de riesgo para Histerectomía Obstétrica es la edad mayor a 35 años.

El antecedente de cesárea anterior al parto que terminó en histerectomía obstétrica de urgencia se asocia a esta intervención quirúrgica, pues el  $p=0.005$  es menor que el nivel de significancia del estudio. Se debería a que la cesárea anterior traumatiza al útero en todas sus capas lo que podría traer complicaciones en la gestación siguiente con la finalización en una histerectomía obstétrica de urgencia. Montoya C.<sup>4</sup> en el 2014 en un hospital de Honduras encontró que la cesárea anterior es un factor asociado a la histerectomía obstétrica de urgencia. De igual modo demostró Mendoza Gama A.<sup>9</sup> 2011, en México encontrando que la cesárea anterior es un factor asociado a la histerectomía obstétrica de urgencia. De la misma manera Suárez González J.<sup>10</sup> 2011 lo demostró en Cuba. Sandoval Altamirano K.<sup>13</sup> 2015 indica que las causas de mayor frecuencia que indican histerectomía obstétrica de urgencia son placenta previa, la placenta acreta, atonía uterina, ruptura uterina y el desprendimiento prematuro de placenta.

---

4.- Montoya C. Histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital regional de occidente: incidencia y factores asociados. Hospital Regional de Occidente, Honduras. Rev Med Honduras, Vol. 82, No. 2, 2014

8.- Aguilar Ponce S. 2012, La histerectomía obstétrica como un problema vigente. Hospital Ginecobstétrico "América Arias", La Habana, Cuba. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2012;38(1):107-116

9.- Mendoza Gama A. 2011, Histerectomía obstétrica en el Hospital de la Mujer, SSA, México, D.F. Rev Invest Med Sur Mex, Julio-Septiembre 2011; 18 (3): 96-101.

13.- Sandoval Altamirano K. 2015, Factores de riesgo asociados con histerectomía periparto de emergencia. Universidad Particular Antenor Orrego.

15.- Colque, M (2012) factores de riesgo asociados a la histerectomía obstétrica hospital regional del Cusco.

Rubio Ocampo M.<sup>14</sup> 2015 en Loreto también se suma a los que demostraron que la cesárea anterior es un factor para dicha intervención quirúrgica de urgencia.

La paridad es también un factor de riesgo para la histerectomía obstétrica de urgencia pues el  $p=0.002$  es menor a lo propuesto en el estudio demostrando que las diferencias son significativas. Esta asociación se debería a que el útero a mayor número de partos mayor número de posibles complicaciones, así como el riesgo de atonía uterina que es una de las causas de mayor incidencia en la indicación de histerectomía obstétrica. Colque, M.<sup>15</sup> (2012) en el hospital regional del Cusco encontró que un factor de riesgo para Histerectomía Obstétrica es la multiparidad.

Los controles prenatales incompletos también resultaron estar asociado a las histerectomías obstétricas de urgencia pues el  $p=0.039$  es menor a 0.05 que es el nivel con que se trabajó en este estudio. Ello se debería a que los controles prenatales pueden detectar patologías que podrían ser tratadas a tiempo y evitar una histerectomía obstétricas de urgencia futura. Al respecto Colque, M.<sup>15</sup> (2012) en el hospital regional del Cusco encontró que un factor de riesgo para Histerectomía Obstétrica son la ausencia de controles prenatales.

Sin embargo, el intervalo intergenésico corto no pudo demostrar su asociación con la histerectomía obstétrica de urgencia pues el  $p= 1.67$  es mayor de 0.05 lo que indica que no está asociado a la histerectomía. Aunque existe cierta diferencia a favor de que los que tienen un intervalo intergenésico corto menos de 2 años estarían en riesgo de presentar histerectomía obstétrica de urgencia, pero estas diferencias no sobre pasan el nivel del azar.

La macrosomía fetal es también un factor asociado a la histerectomía obstétrica de urgencia pues el  $p=0.009$  es menor al nivel de significancia del estudio. Ello se debería que un feto macrosómico distiende más al útero

---

14.- Rubio Ocampo M. 2015, Factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el hospital Regional de Loreto, durante los años 2011-2014.

15.- Colque, M (2012) factores de riesgo asociados a la histerectomía obstétrica hospital regional del Cusco.

poniéndole en riesgo de atonía uterina, así como que muchos de ellos terminan en cesárea que ya es un factor más para histerectomía obstétrica de urgencia.

### 5.3. CONCLUSIONES

La edad de 35 a más años es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia. Chi cuadrado de 15.881 y  $p= 0.000036$

El antecedente de presentar cesárea anterior es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia. Chi cuadrado de 7.795 y  $p= 0.005$

La paridad de 3 a más hijos es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia. Chi cuadrado de 9.468 y  $p= 0.002$

El control prenatal incompleto es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia. Chi cuadrado de 4.257 y  $p= 0.039$

El periodo inter genésico no es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia. Chi cuadrado de 1.94 y  $p= 1.67$

La macrosomía fetal es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia. Chi cuadrado de 6.79 y  $p= 0.009$

#### 5.4. RECOMENDACIONES

1. Identificar durante las consultas prenatales todos los factores de riesgo obstétricos para mejor atención integral de cada paciente.
2. Realizar visitas domiciliarias para gestantes que no logran asistir a un centro o puesto de salud para una vigilancia activa y diagnóstico oportuno para valorar los factores de riesgo para histerectomía.
3. Realizar el plan de parto para el diagnóstico y referencia oportuna a un centro de mayor complejidad con personal especializado.
4. Evaluar de manera racional las indicaciones de cesárea a objeto de reducir su utilización.
5. Manejar adecuadamente los cuadros hemorrágicos y la sepsis, usar otras medidas terapéuticas (médicas o quirúrgicas) para tratar la hemorragia y disminuir la incidencia de las histerectomías.
6. Identificar los factores de riesgo demostrados en este estudio en las gestantes a fin de tomar las medidas pertinentes a fin de evitar mayores complicaciones que podría llevar a una histerectomía obstétrica de urgencia.

## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

- 1.- Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas.
- 2.- Patino-Peyrani L. 2014, Histerectomía obstétrica: caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel. Rev. Salud Quintana Roo Volumen 7 No. 28 abril - junio 2014 p. 10-14
- 3.- Espinosa Mejía A. 2014, Histerectomía obstétrica de emergencia: prevalencia, morbilidad y mortalidad materna en pacientes atendidas en el hospital de ginecología y obstetricia IMIEM durante el periodo de marzo 2010 a febrero 2013. México 2014.
- 4.- Montoya C. Histerectomía obstetrica de emergencia en el hospital regional de occidente: incidencia y factores asociados. Hospital Regional de Occidente, Honduras. Rev Med Honduras, Vol. 82, No. 2, 2014
- 5.- Jin R, Guo Y, Chen Y. Factores de riesgo asociados con histerectomía periparto de emergencia. Chin Med J (Engl). 2014;127(5):900-4.
- 6.- Casas-Peña R. 2013, 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
- 7.- Guerrero-Valdéz M. 2013, Características clínicas y operatorias de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica. México. Rev Med UAS; Vol. 4: No. 2. Abril-junio 2014
- 8.- Aguilar Ponce S. 2012, La histerectomía obstétrica como un problema vigente. Hospital Ginecobstétrico "América Arias", La Habana, Cuba. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2012;38(1):107-116
- 9.- Mendoza Gama A. 2011, Histerectomía obstétrica en el Hospital de la Mujer, SSA, México, D.F. Rev Invest Med Sur Mex, Julio-Septiembre 2011; 18 (3): 96-101.
- 10.- Suárez González J. 2011, La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Cuba. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37(4):481-488.
- 11.- Ramos García R. 2010, Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia México. Arch Inv Mat Inf. Vol. II, No. 1. Enero-Abril 2010 pp 11-14

- 12.- Ipanaque Rebaza, R. 2016, Histerectomía obstétrica como factor de riesgo para complicaciones maternas. Hospital Belén de Trujillo  
URI: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1301>
- 13.- Sandoval Altamirano K. 2015, Factores de riesgo asociados con histerectomía periparto de emergencia. Universidad Particular Antenor Orrego.
- 14.- Rubio Ocampo M. 2015, Factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el hospital Regional de Loreto, durante los años 2011-2014.
- 15.- Colque, M (2012) factores de riesgo asociados a la histerectomía obstétrica hospital regional del Cusco.
- 16.- Del Águila Paredes R. Isla Guerrero J. 2012, Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011
- 17.- Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1594)  
Vásquez, Javier. Manual de Ginecología y Obstetricia. 4ta edición. 2011. Editorial Tierra Nueva.
- 18.- Gómez Hernández, H. Río de la Loza Jiménez, F. 2013, Histerectomía obstétrica, Incidencia y análisis de la experiencia en la institución gineco-obstétrica y de perinatología S.A. DE C.V. 2010 y 2011”
- 19.- Nodarse Rodríguez A. 2013, Comportamiento epidemiológico de la histerectomía obstétrica. Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013; 39(2)128-134
- 20.- Pariguana J. Et al (Perú 2014): Título: Factores de riesgo de la hemorragia Post Parto Inmediato: Estudio Caso - Control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique durante el periodo de Abril – Octubre del 2013
- 21.- Morales Quiroz, J. 2013, Histerectomía obstétrica correlación del diagnóstico pre quirúrgico con el resultado Anatomopatológico en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Saenz en sus 2 años de existencia. México.
- 22.- Serrano-Berrones MA y col. Útero de Couvelaire en el puerperio. Ginecología y Obstetricia Mexico 2014;82:496-498.
- 23.- Michael AB. Placenta accreta. Am J Obstet Gynecol.2010;203:430-9.
- 24.- Flores-Romero AL. Acretismo placentario: una alternativa quirúrgica que puede salvar vidas. Ginecol Obstet Mex 2012;80(2):79-83

- 25.- Bautista-Gómez E, Morales-García V, Hernández-Cuevas J, Calvo-Aguilar O, Instituto Clínica de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínica de Barcelona. Anomalías placentarias (placenta previa, placenta accreta y vasa previa) y manejo de la hemorragia de tercer trimestre. Servicio de Medicina Maternofetal. 2013
- 26.- Sumano-Ziga, E. 2015, Histerectomía programada vs. histerectomía de urgencia en pacientes con placenta accreta, en una unidad médica de alta especialidad. Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 27.- Aristóbulo Astorga A. Hemorragias del tercer trimestre. Obstetricia moderna Cap. 19. 2012
- 28.- Clarke-Pearson, D. 2013, Complicaciones de la histerectomía EE. UU. Rev. Español, Obstet Gynecol 2013;121:654–73

# **ANEXOS**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuáles son los factores de riesgo que se asocian a las histerectomías obstétricas en el hospital Amazónico de yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016?	Determinar los factores de riesgo que se asocian a las histerectomías obstétricas en el hospital Amazónico de yarinacocha entre julio del 2011 y junio del 2016	<p>1.- Determinar si la edad es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia.</p> <p>2.- Precisar si el antecedente de cesárea anterior es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia</p> <p>3.- Determinar si la paridad es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia.</p> <p>4.- Indicar si el control prenatal es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia.</p> <p>5.- Indicar si el periodo inter genésico es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia.</p> <p>6.- Determinar si la macrosomía fetal es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia.</p>	<p>Ha: La edad es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia</p> <p>Ha: El antecedente de cesárea anterior es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia</p> <p>Ha: La paridad es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia</p> <p>Ha: El control prenatal es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia</p> <p>Ha: El periodo inter genésico es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia</p> <p>Ha: La macrosomía fetal es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia</p>	<p>DEPENDIENTE</p> <p>Histerectomía obstétrica de urgencia</p> <p>INDEPENDIENTES</p> <p>Edad</p> <p>Cesareada anterior</p> <p>Paridad</p> <p>Control prenatal</p> <p>Intervalo intergenésico</p> <p>Macrosomía Fetal</p>	<p>Presente</p> <p>Ausente</p> <p>De 35 a más años</p> <p>&lt; de 35 años</p> <p>Presente</p> <p>Ausente</p> <p>De 3 a más</p> <p>&lt; de 3</p> <p>Incompletas</p> <p>Completas</p> <p>&lt; de 2 años</p> <p>De 2 a más años</p> <p>Presente</p> <p>Ausente</p>	Ficha de recolección de datos	HC



## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Ficha N° \_\_\_\_\_

2.- Histerectomía obstétrica de urgencia

(SI) (NO)

3.- Edad \_\_\_\_\_

(De 35 a más años) (< de 35 años)

4.- Cesareada anterior

(SI) (NO)

5.- Paridad

(De 3 a más) (< de 3)

6.- Control prenatal

(Incompletas) (Completas)

7.- Intervalo intergenésico

(< de 2 años) (De 2 a más años)

8.- Macrosomía fetal

(Presente) (Ausente)