



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

TESIS

**HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha PERIODO 2013- 2017**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR: BACH. SOLSOL GARCIA, MARIA ESPERANZA

ASESOR: DRA. LEILA ROSA MARINO PANDURO DE IBAZETA

PUCALLPA - PERÚ

NOVIEMBRE 2018

ÍNDICE

CARÁTULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII
I. PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	09
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	09
1.2 Delimitación de la investigación	12
1.3 Formulación del Problema	12
1.3.1 Problema principal	12
1.3.2 Problemas secundarios	12
1.4 Objetivos de la investigación	13
1.4.1 Objetivo general	13
1.4.2 Objetivos específicos	13
1.5 Hipótesis de Investigación	14
1.5.1 Hipótesis	14
1.5.2 Variable	14
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	15
1.6 Diseño de la Investigación	16
1.6.1 Tipo de investigación	16
1.6.2 Nivel de la investigación	16
1.6.3 Método	16
1.7 Población y muestra	16
1.7.1 Población	16
1.7.2 Muestra	16
1.8 Técnicas e instrumentos	18

1.8.1 Técnicas	18
1.8.2 Instrumentos	18
1.9 Justificación e importancia de la investigación	18
II. MARCO TEORICO	20
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	20
2.1.1 Antecedentes	20
2.1.2 Bases teóricas	27
2.1.3 Definición de términos	38
III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	40
3.1 Presentación de resultados	40
3.2 Interpretación, análisis y discusión de resultados	40
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
4.1 Conclusiones	53
4.2 Recomendaciones	54
FUENTES DE INFORMACIÓN	55
ANEXOS	57
Matriz de consistencia	
Instrumento de recolección de datos	
Autorización institucional donde se ha realizado el estudio	

Dedico a:

Dedico el presente trabajo con cariño a Dios que me ha dado el don de sabiduría y fortaleza para seguir siempre adelante.

A mis padres Carlos Solsol y Marilú García, por su apoyo moral y económico que con sus sólidos principios supieron guiarme por el camino recto de la superación y el respeto, valorando el esfuerzo y el amor que supieron darme.

Agradezco a:

Dejo constancia de mis más sinceros agradecimientos a mis Maestros de la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas Filial Pucallpa, quienes con amor y sabiduría, depositaron en mí, todo su apostolado; y me han acogido a lo largo de mi formación académica.

A mis padres que con su afán y sacrificio, hicieron posible la culminación de esta etapa estudiantil que me ha capacitado para un futuro mejor y que siempre pondré al servicio del bien, la verdad y la justicia.

A mi Asesora Leila Marino, por el apoyo, paciencia y dedicación brindada en la realización de este trabajo investigativo.

A mis amigos que han sido los mejores aliados que me acompañaron a lo largo de mi vida estudiantil, por permitirme compartir muchas experiencias con ellos.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **Objetivo**: Determinar las causas que conllevan a histerectomía obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha período 2013- 2017. **Material y métodos**. El estudio es descriptivo de tipo no experimental, univariado de corte transversal, método cualitativo. La muestra estuvo constituida por 87 historias clínicas de gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Las **Conclusiones** a las que se llegó son: Respecto a las Características Sociodemográficas el 68% de las gestantes en estudio tuvieron entre 20-34 años y el 14% fueron adolescentes. Las Características Obstétricas el 72% de gestantes tuvieron más de 6 controles prenatales. Las Complicaciones que Conllevaron a Histerectomía el 85% de las complicaciones de las gestantes en estudio fueron por atonía uterina. El Momento de Intervención Quirúrgica en que se procede a realizar la Histerectomía Obstétrica; el 72% de los casos se dio durante la cesárea. Las Complicaciones Maternas respecto a las Transoperatorias el 60% fueron por shock hipovolémico, las Postoperatorias se encontró que: El 51% presentaron complicaciones como shock hipovolémico, trastorno de coagulación y muerte materna respectivamente.

Palabras clave: Gestantes, Histerectomía obstétrica, shock hipovolémico.

ABSTRACT

The present study was proposed with the **objective:** To determine the causes that lead to obstetric hysterectomy in pregnant women treated in the Amazonian Hospital of Yarinacocha period 2013-2017. **Material and methods.** The study is descriptive of non experimental type, univariate cross section, qualitative method. The sample consisted of 87 clinical histories of pregnant women who met the inclusion criteria. The **conclusions** reached are: Regarding Sociodemographic Characteristics, 68% of the pregnant women in the study were between 20-34 years old and 14% were adolescents. The Obstetric Characteristics 72% of pregnant women had more than 6 prenatal controls. The Complications that led to Hysterectomy 85% of the complications of the pregnant women in the study were due to uterine atony. The Moment of Surgical Intervention in which the Obstetric Hysterectomy is performed; 72% of the cases occurred during the cesarean section. The Maternal Complications with respect to the Transoperatories 60% were due to hypovolemic shock, the Postoperative was found that: 51% presented complications such as hypovolemic shock, coagulation disorder and maternal death respectively.

Key words: Pregnant, Obstetric hysterectomy, hypovolemic shock.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica se puede llevar a cabo junto con una cesárea (cesárea histerectomía) o después de ella, después de un parto vaginal o aborto e 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 uterina y los cuadros sépticos puerperales y post aborto.

La histerectomía obstétrica (HO) se impone como una opción indicada aunque no deseable, ya que supone una cirugía con un riesgo aumentado y la erradicación de la posibilidad de una nueva gestación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día mueren unas 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos.

La histerectomía obstétrica es utilizada como el último recurso para preservar la vida de una mujer en situaciones de urgencia; sino es ejecuta a tiempo por un equipo especializado el resultado sería el fallecimiento a causa de la hemorragia incoercible.

CAPÍTULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico que se realiza en el momento del parto o después de ser indicado para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de las pacientes ⁽¹⁾.

La histerectomía se encuentra dentro de los procedimientos quirúrgicos que se realizan con más frecuencia. La histerectomía constituye un recurso importante para el tratamiento de la patología femenina; sea en el área de ginecológica y obstétrica constituyendo un recurso importante que puede salvar la vida de la paciente.

La incidencia de histerectomías obstétricas se ha incrementado ligeramente en la actualidad, por el incremento de intervenciones quirúrgicas uterinas por cesáreas previas que favorecen la placentación anormal, por lo que para evitar esta grave complicación, que pone en riesgo

La vida de la madre, es necesario un buen control prenatal y pensar en esta complicación ante pacientes con factores de riesgo.

En relación a las causas de la histerectomía puede deberse varios factores o razones médicas entre las que se encuentran, los tumores benignos y malignos del útero, las hemorragias disfuncionales refractarias y recidivantes a tratamiento, las endometriosis, las infecciones pélvicas, los prolapsos genitales, etc. Y de histerectomía obstétrica; placenta acreta, hemorragia postparto incoercible, sepsis con foco uterino postparto.⁽²⁾

En España la histerectomía es la segunda cirugía más frecuente realizada luego de la cesárea y su causa más frecuente es por miomatosis uterina.

Se estima que en Estados Unidos de Norte América se realizan alrededor de 600.000 histerectomía anualmente, con una tasa de mortalidad de 0.4%, y el 60% se realiza por vía abdominal.

En Europa la incidencia reportada en la actualidad por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0.1 y 0.9%. En un estudio realizado en Japón se reportó una incidencia de 1% a si mismo informa que el 23.5% fue después de un parto vaginal y el 76,5% después de una cesárea.

En Cuba, se reportó el riesgo materno de morir en 30 por cada 100 000 nacidos vivos entre el 2000 y 2004, la pérdida masiva de sangre posparto fue la causa más frecuente de mortalidad materna.

En México señala que la principal indicación de la histerectomía obstétrica es la hemorragia y la atonía uterina y el acretismo placentario. Se demostró que la atonía uterina y el acretismo placentario fueron los factores de riesgo que más se asociaron con la hemorragia obstétrica.⁽³⁾ 10

En el Instituto Materno Perinatal, Lima- Perú, las principales indicaciones de histerectomía obstétrica fueron la sepsis (39.7%), seguido de la atonía uterina post- parto (28.7.5), el acretismo (14%). Se practicó histerectomía abdominal total en un 94.1%, el 17.6% fue cesárea histerectomía.

En Huancayo la atonía uterina, junto con la adherencia anormal de la placenta son las causas más comunes de histerectomía post parto y aunque esta última está en aumento debido al incremento del número de cesárea, la atonía uterina sigue siendo una de las causas más frecuentes de muerte por hemorragia puerperal precoz. Por tanto la atonía es un tema de primera importancia para disminuir la mortalidad materna en el Perú.

En países desarrollados, la atonía y últimamente la placenta acreta son las causas más frecuentes de hemorragias post parto de suficiente severidad como para requerir de tratamiento quirúrgico.

En el Perú la histerectomía ha sido considerada como la solución definitiva a problemas ginecológicos y complicaciones obstétricas, es un intervención quirúrgica muy frecuente dentro de esta especialidad médica, sea programada o de urgencia; aunque es una intervención muy común, hay pocos estudios en la actualidad que analicen sus causas, frecuencia y características del procedimiento. En el Perú la hemorragia materna es la principal causa de muerte materna en las zonas rurales y aun en los hospitales.⁽⁴⁾

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

ESPACIAL.- La investigación se llevó a cabo en el Hospital Amazónico, Hospital referencial de nivel II.2, ubicado en el Jr. Aguaytia N° 605 Distrito de Yarinacocha.

TEMPORAL.- La investigación se llevó a cabo en el periodo 2013 - 2017.

SOCIAL.- El sujeto de estudio son todas las gestantes que tuvieron complicaciones que conllevaron a una histerectomía

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son las causas que conllevan a histerectomía obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha período 2013- 2017?.

1.3.2 Problemas Secundarios

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con histerectomía obstétrica atendidas en el Hospital Amazónico período 2013- 2017?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con histerectomía atendidas en el Hospital Amazónico período 2013- 2017?

- ¿Qué complicaciones conllevaron a la histerectomía obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico período 2013- 2017?
- ¿Cuál fué el momento de intervención quirúrgica en la que se produjo la Histerectomía obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico período 2013- 2017?
- ¿Qué complicaciones maternas transoperatorias y postoperatorias se identificaron en las gestantes con histerectomía obstétricas atendidas en el Hospital Amazónico período 2013- 2017?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar las causas que conllevan a histerectomía obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha período 2013- 2017

1.4.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de las gestantes con histerectomía obstétrica atendidas en el Hospital Amazónico período 2013- 2017
- Identificar las características obstétricas de las gestantes con histerectomía atendidas en el Hospital Amazónico período 2013- 2017.

- Identificar las complicaciones que conllevaron a la histerectomía obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico período 2013- 2017.
- Conocer el momento de intervención quirúrgica en la que se produjo la Histerectomía obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico período 2013- 2017.
- Describir las complicaciones maternas transoperatorias y postoperatorias que se identificaron en las gestantes con histerectomía obstétricas atendidas en el Hospital Amazónico período 2013- 2017.

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

En el presente estudio no se planteó hipótesis de investigación por tratarse de un estudio netamente descriptivo en la que se revisara el objeto de estudio sin realizar manipulación de las variables.

1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

1.5.2.1 Variable

Histerectomía obstétrica en gestantes

1.5.2.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Histerectomía obstétrica en gestantes	Características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Grado de Instrucción ✓ Estado civil ✓ Ocupación
	Características obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CPN: Sin CPN <ul style="list-style-type: none"> 1-2 3-5 6 >6 ✓ N° Gestaciones: <ul style="list-style-type: none"> Primigestas Segundigestas Tercigestas Multigestas Gran Multigestas ✓ Período Intergenesico: <ul style="list-style-type: none"> Corto: <2 Adecuando: 3-5 Largo > 5 ✓ Edad Gestacional: <ul style="list-style-type: none"> 37- 38 ss 39 – 40 ss >40 ss
	Complicaciones que conllevaron a histerectomía	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atonía Uterina ✓ Desgarro Cervical ✓ Ruptura uterina ✓ Acretismo Placentario ✓ Útero de Couvelaire ✓ Inversión uterina
	Momento de intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cesárea - Histerectomía ✓ Histerectomía Post Parto ✓ Histerectomía Post Cesárea
	Complicaciones maternas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Transoperatorias: <ul style="list-style-type: none"> Shock Hipovolémico Muerte Materna Sin Complicaciones ✓ Postoperatorias: <ul style="list-style-type: none"> Shock Hipovolémico Muerte Materna Sin Complicaciones

1.5.3 Tipo de Investigación

Se realizó un estudio de tipo descriptivo no experimental, univariado de corte transversal.

1.5.4 Nivel de Investigación

El estudio propuesto corresponde al nivel exploratorio de tipo descriptivo, su diseño es observacional, retrospectivo basado en el análisis de las historias clínicas.

1.5.5 Método

El método de investigación es cualitativo porque estudia la realidad de su contexto natural tal como sucedieron los hechos, procediendo luego a su interpretación.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La población está constituida por 113 gestantes que se les practicó la histerectomía obstétrica en el período de estudio.

1.7.2 Muestra

La muestra está constituida por 87 Historias Clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión, para lo cual se aplicó la fórmula muestral para población finita.

Se aplicará la fórmula estadística para población finita o conocida y variable cualitativa.

$$n = \frac{Z^2 N P q}{E^2}$$

$$E^2 (N-1) + Z^2 P q$$

n = muestra

Z= 1,96 (valor en la tabla de la distribución normal estándar correspondiente a un nivel de confianza de 95%)

P = 0.5 (probabilidad de tener el factor a investigar, cuando no se conoce la proporción ni por antecedentes, se considera 50%)

q = 1-p= 1-0,5= 0,5 (probabilidad de no tener el factor a investigar, que se consideraría también 50%)

E= 0,05 (error máximo permisible o precisión que se considera frecuentemente 5%)

N= Población conocida o finita

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (87) \times (0.5)^2}{(0.05)^2 (87-1) + (1.96)^2 (0.5)^2}$$

$$(0.05)^2 (87-1) + (1.96)^2 (0.5)^2$$

$$n = 87.49 = \boxed{87}$$

Donde la muestra será de 87 Historias clínicas

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

La técnica utilizada en la investigación es la revisión exhaustiva de historias clínicas valiéndose del sistema informático perinatal (SIP 2000), y así mismo el libro de registro de centro quirúrgico.

1.8.2 Instrumentos

El instrumento a utilizar es la ficha de recolección de datos conformada por cinco componentes:

- Características sociodemográficas
- Características obstétricas
- Complicaciones que conllevaron a histerectomía
- Momento de intervención quirúrgica
- Complicaciones maternas

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Al ser la histerectomía una intervención quirúrgica frecuente y de múltiples causas a nivel mundial. Lo que demuestra que la histerectomía se mantiene como un recurso del Gineco – obstetra, para dar un tratamiento definitivo a la patología de la paciente o salvar su vida. Sin embargo no existen datos fiables en nuestro país y en nuestro medio, que nos indique su frecuencia, diagnóstico operatorio y factores que influyen en la toma de esta decisión que afecta la salud reproductiva a expensas de la solución del problema o enfermedad de la paciente. La finalidad de este trabajo es obtener datos que nos permitan conocer la realidad del problema en nuestro medio.⁽⁵⁾

Identificar las complicaciones obstétricas más frecuentes es la razón de la investigación, el que permitirá conocer con precisión las causas que originan la histerectomía obstétrica, situación que forma parte de la morbi-mortalidad materna la cual debemos sumar esfuerzos para

disminuir los altos índices a un existentes en nuestro país, esta investigación contribuirá con sus resultados a tales propósitos.⁽⁶⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día mueren unas 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.⁽⁷⁾

En el Hospital Amazónico de Yarinacocha siendo un hospital referencial acoge a un elevado porcentaje de gestantes de la región que vienen con un sin número de complicaciones observándose muy frecuentemente que en las gestantes terminaron en histerectomía, por tanto la presente investigación trata de identificar las causas más relevantes que conllevaron a esta intervención quirúrgica de trascendental repercusión en la salud física y psicológica de la paciente con la finalidad de conocer los mismos para una intervención oportuna, adecuada con el equipo básico de salud tratando de disminuir la incidencia de esta complicación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Rev., S. 2016 - México. Trabajo realizado en el Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología, con el **Objetivo:** determinar las causas de la hemorragia obstétrica en pacientes a quienes se efectuó histerectomía obstétrica en el Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología entre los años 2011 a 2015. **Material y Método:** estudio de prevalencia, descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo efectuado en el Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología en pacientes atendidas en los años 2011 a 2015. Se consideraron los expedientes de pacientes embarazadas y en el puerperio que tuvieron alguna complicación

Intraparto o posparto que hizo necesaria la histerectomía obstétrica. **Resultados:** Se registraron 19,746 pacientes en quienes se demostró que la atonía uterina y el acretismo placentario fueron los factores de riesgo que más se asociaron con la hemorragia obstétrica, con una frecuencia de 8 y 5 casos (23.5 y 14.7%, respectivamente), seguido por placenta previa con algún otro factor de riesgo asociado (placenta previa y acretismo placentario; placenta previa y atonía uterina; placenta previa y placenta acreta) con una proporción de 8.8%, respectivamente. **Conclusiones:** la prevalencia es similar a la publicada en la bibliografía internacional que señala que la principal indicación de la histerectomía obstétrica es la hemorragia, y la atonía uterina y el acretismo placentario los principales factores de riesgo que incrementan la morbilidad. No se registraron casos de muerte por esta causa.⁽⁵⁾

Reveles., J. 2007 Realizaron un estudio en el Hospital de Gineco-obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS, Guadalajara 2004- 2006. Con el **Objetivo** de Identificar la incidencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en una población de alto riesgo. **Material y método:** estudio transversal, retrospectivo, realizado del 1 de julio del 2004 al 30 de junio del 2006, en la unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS. Se revisaron los expedientes de 103 pacientes a quienes se hizo histerectomía obstétrica. Se calculó la incidencia y se identificaron las características clínicas y sociodemográficas, las indicaciones y las complicaciones de la histerectomía obstétrica expresadas en frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. **Resultados:** incidencia de histerectomía obstétrica fue de ocho casos por cada mil consultas obstétricas. El promedio de edad de las pacientes fue de 31.1% ± 5.1 años. El 72.8% tenía antecedentes de cesárea. La principal indicación fue placenta previa vinculada con acretismo placentario (33%), seguida de hipotonía uterina (22,3%). Las 21

complicaciones fueron: choque hipovolémico (58.3%) y lesión vesical (5.8%). No hubo muertes maternas. **Conclusiones:** el antecedente de cesárea induce mayor incidencia de histerectomía obstétrica en mujeres con embarazo de alto riesgo, ya que se relaciona con trastornos en la placentación, como la placenta previa, que incrementa la posibilidad de hemorragia y, por ende, la morbilidad y mortalidad maternas.⁽⁶⁾

Castro., C. 2010. Realizó una investigación en el departamento de obstetricia y ginecología del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" Barquisimeto Estado Lara, (España) Enero 2010. **Objetivo:** Conocer los factores de riesgo más frecuentes y las complicaciones asociadas a las histerectomías obstétricas realizadas en las pacientes atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" de Barquisimeto, Estado Lara. **Material y método:** se realizó un estudio de corte transversal. **Resultados:** Se estudiaron 10 pacientes a quienes se les practicó histerectomía obstétrica en dicho centro, el 80% de las pacientes tenían edad comprendida entre 20 y 34 años, la prevalencia fue de 0,0467% para pacientes con parto normal y de 0,219% para pacientes con cesárea, las cuales fueron de urgencia, la prevalencia total fue de 0,0937, La atonía en el 70% fue la causa de la histerectomía y el acretismo representó el 30%, En 20% de las pacientes hubo lesión de vejiga, y en el 100% anemia. Hubo una muerte materna. **Conclusiones:** La mayor incidencia de histerectomía recae en mujeres en edad reproductiva. La cesárea y de manera especial la que implica urgencia constituye mayor riesgo de histerectomía con respecto al parto vaginal. Que las causas más frecuentes para la realización de histerectomía la constituye la atonía uterina y el acretismo placentario. La vejiga es el órgano más lesionado accidentalmente durante la intervención.⁽⁷⁾

ANTECEDENTES NACIONALES

Ramírez J., 2016 - Lima, Trabajo realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú, con el **Objetivo:** Determinar la incidencia, factores asociados y repercusiones de la histerectomía obstétrica. **Material y Método:** Se analizaron las historias clínicas de 69 pacientes con histerectomía obstétrica (HO) realizadas del 01 de enero 2003 al 31 de diciembre 2015. Se utilizó el odds ratio como medida de asociación. El análisis estadístico se realizó en los programas Excel 2013 y SPSS. **Resultados:** La tasa de histerectomía obstétrica fue 0,69/1 000. El 82,6% consistió en parto por cesárea (1,94/1 000), OR cesárea/parto vaginal 19,91. El 65,2% fue realizada en múltipara de 35 años o menos de edad, 78,2% con control prenatal. Los diagnósticos principales fueron placenta previa (27,5%) y cesárea anterior (15,9%). Las principales indicaciones clínicas para realizar una HO fueron atonía uterina y acretismo placentario (ambas 39,1%). En 47,8% de los casos se practicó cesárea histerectomía, y la HO supracervical representó el 55%. Ingresó a la unidad de cuidados intensivos el 84%, necesitó transfusión sanguínea el 91,3%. Se reportó complicaciones durante el acto quirúrgico en 18,7%, siendo reintervenida el 15,9%. No hubo muerte materna. **Conclusiones:** La histerectomía obstétrica (HO), aunque de baja incidencia (0,69/1 000 eventos obstétricos), sigue siendo una circunstancia crítica y mutilante. La cesárea tuvo 19,9 veces más riesgo de histerectomía obstétrica que el parto vaginal (OR: 19,9; IC95%, 8,6 a 46,2). No hubo casos de muerte materna.⁽⁸⁾

Bejar., J.2001- Lima Trabajo realizado en el Instituto Materno Perinatal (Ex Hospital Maternidad de Lima), con el **Objetivo:** conocer la ²³ incidencia de la histerectomía durante la gestación y los factores asociados a la misma, **Material y Método:** el diseño del presente estudio es observacional, de cohorte, transversal descriptivo y retrospectivo, para

lo cual se tomó el universo de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de emergencia **Resultados:** la edad promedio de las pacientes fue de 30.7 +/- 6.86 años (rango de 17 a 45 años), con una paridad promedio de 3.51 +/- 1.98 gestaciones (rango de 1 a 9). El 77.3% no tenía control prenatal, el 94.9% ingresaron por emergencia con edades gestacionales entre el 1er y 2do trimestre el 29.4% y el 3er trimestre y puérperas el 70%. La incidencia global fue de 3.12 histerectomías por cada 1000 partos y 12.39 histerectomías por cada 1000 abortos. Las principales indicaciones de Histerectomía Obstétrica fueron la sepsis (39.7 %), seguido de la atonía uterina post – parto (28.7 %), el acretismo (14%). Se practicó histerectomía abdominal total en un 94.1%, el 17.6% fue cesárea histerectomía. La mortalidad alcanzó el 2.2% (3 casos) y el 91.2% fue dada de alta mejorada. Las complicaciones post-operatorias más frecuentes fueron la anemia (45.6%) **Conclusiones:** La histerectomía obstétrica es un procedimiento relativamente frecuente que se usa como un recurso para salvar la vida de la madre y su técnica requiere ser aprendida por todo especialista en Gineco – obstetricia.⁽⁹⁾

Tang., L. realizaron un estudio en la clínica santa Isabel, Lima 2012, con el **Objetivo** de Determinar la experiencia con histerectomía puerperal en una institución privada. **Material y método:** estudio retrospectivo, serie de casos. **Resultados:** El 75% tuvo algún antecedente de instrumentación uterina, sea cesárea o legrado, siendo el procedimiento practicado en 12 casos durante la cesárea, tres en el posparto y una luego de legrado por parto inmaduro de 24 semanas. El 68,8% fue de emergencia y en un porcentaje igual se realizó histerectomía total. ²⁴ Las indicaciones más frecuentes fueron acretismo placentario en seis pacientes, atonía uterina en cinco y miomatosis uterina en otras cinco, que fueron las intervenciones electivas. El tiempo operatorio osciló entre 65 y 170 minutos, con una media de 105 minutos; se realizó transfusiones

sanguíneas en 9 pacientes (56,3%). No hubo lesiones de vía urinaria ni intestinales, ni casos de muerte materna. **Conclusiones:** En nuestra institución, la histerectomía puerperal mostró ser un procedimiento aparentemente seguro, con frecuencia, indicaciones y complicaciones muy similares a las encontradas en la literatura. ⁽¹⁰⁾

ANTECEDENTES REGIONALES

Shapiama P. El presente estudio fue planteado con el **Objetivo** de Determinar las patologías maternas que conllevan a Histerectomía Obstétrica en las pacientes atendidas en el Hospital Amazónico, periodo enero 2000 a diciembre del 2014. **Material y métodos.** El estudio es descriptivo, de tipo transversal, método cualitativo. La población estuvo conformada por 48 pacientes con histerectomía obstétrica ocurridas en el Hospital Amazónico. Los **Resultados:** a las que se llegó son: las patologías maternas que conllevan a Histerectomía Obstétrica fueron: Atonía uterina 79%, seguidas de rotura uterina 13%, otros 8%. La edad promedio de las pacientes fue 30 años, con un rango de 19 a 44 años; el 19% de las pacientes eran añosas y un 12% adolescentes. El 52% obtuvieron una paridad de 1 a 2 veces. La educación primaria de las pacientes fueron un 40%, así mismo el 85% fueron unión civil. La cesárea fue la vía del parto en 83% de las pacientes por causas de: distocias de presentación fetal en 30%, seguida de trabajo de parto prolongado en 28% y otros 42%. La histerectomía subtotal fue el tipo de histerectomía que prevaleció con un 83%, lo cual indica la urgencia de los cuadros. Las complicaciones post quirúrgicas más frecuentes son: anemia 25 72%, shock hipovolémico 13% y lesión vesical en 11%. En el periodo de estudio se registraron 2 muertes maternas por hemorragia post parto.⁽¹¹⁾

2.1.2 BASES TEÓRICAS

ASPECTOS HISTÓRICOS

El italiano Joseph Cavallini, durante la segunda mitad del siglo XVIII (1768), fue quien realizó las primeras histerectomías en animales gestantes y no gestantes, demostró así que el útero es un órgano que puede ser extraído del cuerpo sin perder la vida. En humanos, el primer reporte de una cesárea-histerectomía realizada es de Horatio Robinson Storer en 1868, en Boston a una paciente, que presentaba un tumor que obstruía el canal del parto, ésta falleció tres días después del procedimiento.

El primer caso con sobrevivencia después de la resección del cuerpo uterino y ligadura del muñón cervical fue realizado en Pavia Italia 1876, por Eduardo Porro después de una cesárea, por eso este procedimiento lleva su nombre.

Posteriormente fue Tait, en 1890, quien introdujo modificaciones técnicas a la primera cirugía de Eduardo Porro. Pero fue Godzon, el primero en realizar la histerectomía por causa obstétrica.

A partir de 1900 las técnicas quirúrgicas y anestésicas fueron mejorando, además se empezaron a contar con bancos de sangre y nuevos antibióticos, por lo que los resultados obtenidos fueron mejores, por eso empezó a ser utilizada con mayor frecuencia.

A partir de los ochentas, existieron por igual reportes a favor y en contra de utilizar esta técnica pero como método de esterilización; sin embargo, la baja incidencia con que se reporta el procedimiento durante los últimos años, indica que la tendencia de la mayor parte de los Gineco-obstetras es la de reservar las indicaciones de

la cirugía, para el manejo de las complicaciones obstétricas de urgencia o indicaciones ginecológicas bien precisas.

HISTERECTOMÍA

Es la cirugía para extirpar el útero (matriz) de una mujer. El útero es un órgano muscular hueco que alimenta al feto durante el embarazo.

Hay muchas maneras diferentes de hacer una histerectomía. Puede hacerse a través de:

1. Una incisión quirúrgica en el abdomen (llamada abierta o abdominal).
2. Tres a cuatro pequeñas incisiones quirúrgicas en el vientre y luego usando un laparoscopia.
3. Una incisión quirúrgica en la vagina y usando un laparoscópico.
4. Tres a cuatro pequeñas incisiones quirúrgicas en el vientre, con el fin de realizar la cirugía robótica.⁽¹²⁾

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

La histerectomía obstétrica es, probablemente, la operación de connotaciones más graves para la madre y el niño. Esta operación ha aumentado progresivamente su incidencia en nuestro medio y el acretismo placentario se ha convertido en la indicación más frecuente.

La histerectomía obstétrica se define como la extirpación del útero después de un evento obstétrico, último esfuerzo para cuando las medidas conservadoras fallan o no son aplicables.⁽¹²⁾

TIPOS DE HISTERECTOMÍA

Es importante mencionar los procedimientos mediante los cuales son intervenidas las pacientes en un histerectomía. Existen tres tipos de histerectomía; la histerectomía subtotal, total y radical. ⁽¹³⁾

- Histerectomía parcial (o supracervical):

Se extirpa sólo la parte superior del útero. El cuello uterino se deja en su lugar.

- Histerectomía total:

Se extirpa todo el útero y el cuello uterino.

- Histerectomía radical:

Se extirpa el útero, el tejido en ambos lados del cuello uterino y la parte superior de la vagina. Ésta se hace principalmente si usted tiene cáncer.

Cabe mencionar que la histerectomía puede realizarse por dos vías, la vía vaginal y la vía abdominal, la vía por la cual se opte intervenir va a depender del estado de la paciente, de la patología que presente, y la técnica del cirujano.

CAUSAS DE LA HISTERECTOMÍA

29

La extirpación del útero puede deberse a varios factores, que dependen del estado de la paciente, su edad y estado gravídico como complicación de la misma, por ello dividimos las causas de

la histerectomía independientemente de su tipo en Ginecológicas y obstétricas: a su vez las causas obstétricas se subdividen en causas durante el: preparto, parto y postparto.

Las causas de histerectomía varían dependiendo de la edad de la paciente de allí que en las mujeres jóvenes la causa de histerectomía es debido a complicaciones obstétricas.⁽¹⁴⁾

CAUSAS OBSTÉTRICAS

Se denomina histerectomía obstétrica a la resección parcial o total del útero, realizada generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por complicación de una enfermedad preexistente.

La mayoría de las histerectomías de urgencia se realizan por hemorragia posparto provocadas por atonía uterina. Otras indicaciones son la ruptura uterina que no puede repararse o los abscesos pélvicos que no responden al tratamiento médico o por alteraciones de la placenta como: placenta acreta, increta y percreta, donde puede ser necesaria la histerectomía.⁽¹⁵⁾

HEMORRAGIA POSTPARTO

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia postparto precoz es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de hemorragia postparto incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción

y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía.⁽¹⁶⁾

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

La hemorragia obstétrica puede ser antes del parto, como en la placenta previa o el desprendimiento prematuro de placenta. También puede ser posparto, por atonía uterina o desgarros del aparato genital. La hemorragia sigue siendo el más grande desencadenante del desequilibrio hemodinámico que favorece que las pacientes entren en estado crítico, incluso llegar a la muerte, si no se controla tempranamente.⁽¹⁷⁾

RUPTURA UTERINA

La ruptura uterina es el desgarro de la porción supra vaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo del útero. Es más común en la multípara, porque la musculatura uterina con el paso del tiempo y con las gestas anteriores, tiene predisposición a su laceración.

La contracción del útero exagerada y continua, puede también causar la ruptura de dicho órgano, cuando se llega a vencer la resistencia del segmento inferior antes que éste permita la salida del producto. Las roturas del útero se pueden clasificarlas en espontáneas y traumáticas.⁽¹⁸⁾

- Ruptura Uterina Espontanea

Son aquellas roturas que se presentan en úteros en los ³¹ cuales puede haber una causa predisponente que modifique la calidad de la fibra uterina, por ejemplo la multiparidad,

degeneración granulo-grasosa de la celdilla muscular; procesos endometriticos.⁽¹⁸⁾

- **Ruptura Uterina Traumática**

Ocasionadas por diferentes factores. De origen pelviano, una pelvis estrecha, como causa más frecuente de la rotura traumática. Obstrucción del canal del parto por neoplasias. Algunos tumores, no óseos, pero que por su proximidad obstruyan el canal genital, también pueden ser responsables.⁽¹⁸⁾

De origen uterino, cicatrices por intervenciones quirúrgicas anteriores. Heridas de la musculatura uterina consecutivas a embarazos anteriores por manipulaciones internas pueden ser también factores decisivos en la rotura traumática.

Los fármacos oxitócicos empleados inadecuadamente pueden llegar a romper el útero por lo que deben ser administrados previo conocimiento del estado del canal genital y del momento adecuado para que la sinergia de contracción uterina no se vea afectada.

ALTERACIONES DE LA PLACENTA

- **Placenta acreta:**

Placenta acreta abarca diversos tipos de placentación anormal en la que las vellosidades coriónicas se conectan directamente a, o invaden el miometrio. Placenta acreta es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y ahora es la causa más común de histerectomía posparto emergente. Adherencia anormal de la placenta a la pared uterina sobrepasando la capa fibrinoide de Nitabuch sin que el trofoblasto penetre al miometrio.⁽¹⁹⁾

- **Placenta increta:**

La placenta penetrante invade el miometrio. El trofoblasto penetra el miometrio.⁽¹⁹⁾

- **Placenta percreta:**

Placenta perforante, perfora la pared uterina hasta invadir la capa serosa y las estructuras pélvicas circundantes, por lo general la vejiga. El trofoblasto penetra el miometrio y sobrepasa la serosa.⁽¹⁹⁾

CLASIFICACIÓN

Según el momento de realización

- **Cesárea-histerectomía** llamada operación de Porro, donde la cesárea y la histerectomía se realizan en un solo tiempo.
- **Histerectomía post-cesárea**, se realizan en tiempos ³³ diferentes, primero se realiza el procedimiento completo de la cesárea, y si existe complicación que requiera la extracción del útero, la paciente vuelve al quirófano para que se realice la histerectomía
- **Histerectomía post-parto**, se realiza después de un parto vía vaginal, en el puerperio inmediato o mediato.
- **Histerectomía post-aborto**, se realiza posteriormente a un aborto y que éste requiera de una histerectomía.
- **Histerectomía en bloque**, se realiza cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica, un feto muerto, corioamnionitis severa, sepsis grave o choque séptico.

IMPORTANCIA CLÍNICA DEL ACRETISMO PLACENTARIO

El acretismo placentario puede llevar a hemorragia obstétrica masiva y como consecuencia alteraciones de la coagulación por pérdida, y por Coagulación Intravascular Diseminada. La necesidad de realizar histerectomía total, especialmente cuando se asocia a placenta previa e inserta en cicatrices de cesáreas

previas. La incidencia de placenta acreta está aumentando, especialmente por la mayor incidencia de operación cesárea. ⁽²⁰⁾

FISIOPATOLOGÍA

34

Se piensa que el acretismo placentario es debido a una ausencia o deficiencia de la capa de Nitabuch, que es una capa de fibrina que se ubica entre la decidua basal y el corion frondoso. Benirschke y Kaufman sugieren que esta situación es consecuencia de una falla en la reconstitución del endometrio/decidua basal, especialmente después de la reparación de una operación cesárea. ⁽²⁰⁾

INVERSIÓN UTERINA

Es la salida de la cara endometrial del útero hacia la vagina, puede llegar a su máxima expresión que es su exteriorización hasta la vulva. ⁽²¹⁾

Se considera una patología propia del alumbramiento. Se asocia más frecuentemente posterior a aborto o entre los embarazos de 4 a 6 meses, asociado frecuentemente a una tracción fuerte sobre el cordón, además que durante estas semanas de gestación la placenta se encuentra más adherida al útero. Existe un porcentaje menor en el que las inversiones uterinas son debidas a presencia de tumores uterinos pediculados benignos o malignos. ⁽²¹⁾

ETIOLOGÍA

Se asocian a conductas sistemáticamente agresivas en el alumbramiento, maniobra de Credé (presión ejercida sobre el

fondo uterino para acelerar el alumbramiento) y/o a la tracción excesiva del cordón umbilical. ⁽²¹⁾

FISIOPATOLOGÍA

35

Se considera la vía espontánea y la provocada; la primera requiere de los siguientes cambios: cérvix dilatado, vacío súbito con expulsión brusca del contenido del útero, inserción fúndica de la placenta y que coincida con una zona hipotónica del útero que se deprima y se paralice desencadenado un gradiente de contracción inverso. Una vez instalado esto, se genera una sensación de cuerpo extraño que necesita ser eliminado provocando nuevas contracciones y favorece más su progresión. ⁽²¹⁾

En la inversión provocada, además de los factores descritos, existe una conducta inapropiada y agresiva al momento del alumbramiento con la finalidad de acelerar éste periodo mediante la tracción excesiva del cordón umbilical. Se asocia también a la brevedad de cordón, a la compresión manual sobre el fondo uterino (Maniobra de Credé) y también a la extracción manual de la placenta. ⁽²¹⁾

También se reporta que la mujer primípara es un factor predisponente hasta un 50-60%, debido a que tienen más posibilidades de presentar atonía uterina secundaria al trabajo de parto prolongado y periodo expulsivo de 60 a 90 minutos. También se asocia en este grupo de pacientes: la inserción fúndica, excitación neurogénica o emocional aumentada y a la inmadurez de la inervación y de la musculatura uterina. ⁽²¹⁾

36

CLASIFICACIÓN

En función de la importancia de la inversión:

Grado 1º: depresión del fondo uterino en cúpula sin alcanzar orificio cervical interno.

Grado 2º: el fondo uterino franquea el orificio cervical, pero permanece en la vagina.

Grado 3º: fondo uterino se exterioriza fuera de la vagina hasta la vulva

Grado 4º: tracción de las paredes vaginales que participan en la inversión, la cual corresponde también a inversión de la vagina.

(21)

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser urgente para evitar la formación de edema y del anillo de tracción que condiciona en corto tiempo necrosis del útero. En caso de presentarse también estado de choque, se deben tratar simultáneamente ambas condiciones con la finalidad de prevenir la muerte materna.

La indicación de Histerectomía es excepcional en la inversión uterina aguda, solo se practica en las inversiones crónicas por necrosis del útero. (21)

ÚTERO DE COUVELAIRE

Proceso hemorrágico de la musculatura uterina que puede acompañar al desprendimiento de placenta grave. La sangre extravasada discurre entre las fibrillas musculares y por debajo del peritoneo uterino y el útero no se contrae bien. (22)

El útero de Couvelaire se produce por la infiltración del miometrio por la sangre retroplacentaria. Es un útero blando, de color 37

púrpura con equimosis que dislaceran las fibras musculares, peritoneo petequiado y puede haber extravasación de sangre a la cavidad peritoneal. Tiene capacidad contráctil disminuida originando metrorragia en el posparto. ⁽²²⁾

El tratamiento no siempre es la histerectomía, la mayoría de las veces se recupera, debe reservarse cuando no responde a dosis máximas de oxitocina. Si existe coagulopatía debe intentarse primero la ligadura de las arterias hipogástricas antes de decidirse por la histerectomía. ⁽²²⁾

2.1.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **HISTERECTOMÍA.** Es la cirugía para extirpar el útero de una mujer y se puede hacer a través de una incisión (corte) ya sea en el abdomen o la vagina. ⁽²³⁾
- **HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA.** Es un procedimiento quirúrgico de urgencia que puede practicarse desde el primer trimestre del embarazo hasta el puerperio con el propósito de prevenir o contrarrestar posibles Complicaciones. ⁽²³⁾
- **TUMOR.** Uno de los principales signos de la inflamación; aumento mórbido de tamaño.
- **COMPLICACIONES MATERNAS.** Enfermedades que puedan comprometer la vida de la madre o que conducen a situaciones de emergencia. ⁽²³⁾
- **PATOLOGÍAS MATERNAS:** Conjunto de enfermedades de una persona. ⁽²³⁾

- **ALUMBRAMIENTO.** El alumbramiento es el período del parto que ocupa la salida de los llamados "anexos ovulares", es decir, la placenta y la bolsa de las aguas. ⁽²³⁾
- **PUERPERIO.** Es el periodo que comprende desde el final del parto hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo. ⁽²³⁾
- **HEMORRAGIA POST PARTO.** Consiste en la pérdida de sangre por encima de los 500 ml en un parto vaginal y mayor de los 1000 ml en un parto por cesárea. ⁽²³⁾
- **SHOCK HIPOVOLÉMICO.** Es una afección de emergencia en la cual la pérdida severa de sangre y líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. ⁽²³⁾
- **ÚTERO.** Órgano muscular hueco constituido por un cuerpo, un fondo, un istmo y un cuello. ⁽²³⁾
- **EMBARAZO.** Estado de tener un embrión o feto en desarrollo en el cuerpo. ⁽²³⁾
- **PARTO.** Función del organismo femenino por medio de la cual se expulsa el producto del concepto desde el útero por la vagina hacia el exterior. ⁽²³⁾
- **TRANSOPERATORIO.** Periodo en el cual transcurre el acto quirúrgico. ⁽²³⁾
- **POSTOPERATORIO.** Periodo de tiempo que transcurre a partir del momento de concluir una cirugía hasta que el paciente se recupera.

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE
RESULTADOS

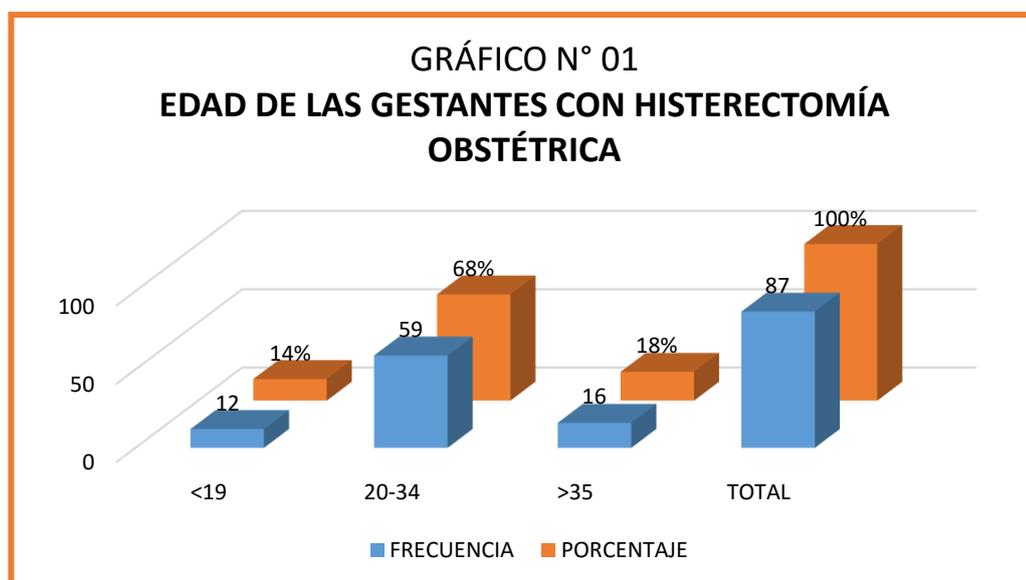
TABLA N°01
EDAD DE LAS GESTANTES CON HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA
PERÍODO 2013-2017

Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<19	12	14
20-34	59	68
>35	16	18
TOTAL	87	100

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N°01 se observa que el 68% de las gestantes en estudio se encuentra en el rango de edades de 20-34 años, seguido de los 14% menores de 19 años lo que corresponde población a adolescentes.

Contrastando el estudio de Shapiama cuyo objetivo fué: Determinar las patologías maternas en el Hospital Amazónico período enero 2000 a diciembre del 2014 encontrando que el 12% de la población estuvieron entre las edades <19 años siendo similar estos resultados con lo nuestro.



Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

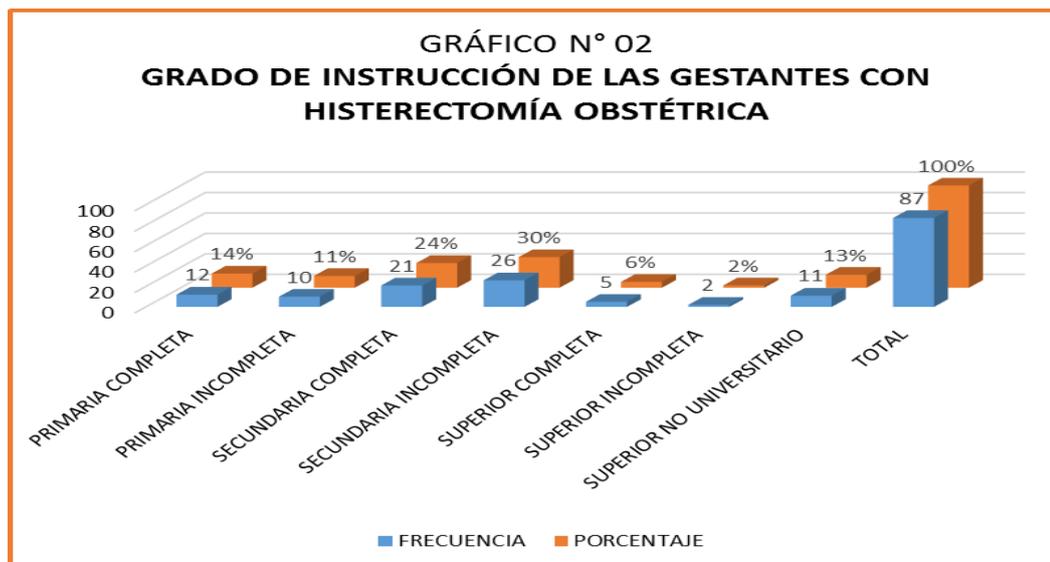
TABLA N°02

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES CON HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha PERÍODO 2013-2017

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA COMPLETA	12	14
PRIMARIA INCOMPLETA	10	11
SECUNDARIA COMPLETA	21	24
SECUNDARIA INCOMPLETA	26	30
SUPERIOR COMPLETA	5	6
SUPERIOR INCOMPLETA	2	2
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	11	13
TOTAL	87	100

Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N°02 se observa que el 30% de las gestantes sometidas a histerectomía obstétrica cuentan solo con secundaria incompleta, seguido del 02% con superior incompleta. Contrastando el estudio de Shapiama cuyo objetivo fué Determinar las patologías maternas en el Hospital Amazónico período enero 2000 a diciembre del 2014 encontró que el 40% de la población que estudió cuentan con secundaria incompleta siendo similar estos resultados con lo nuestro.



Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

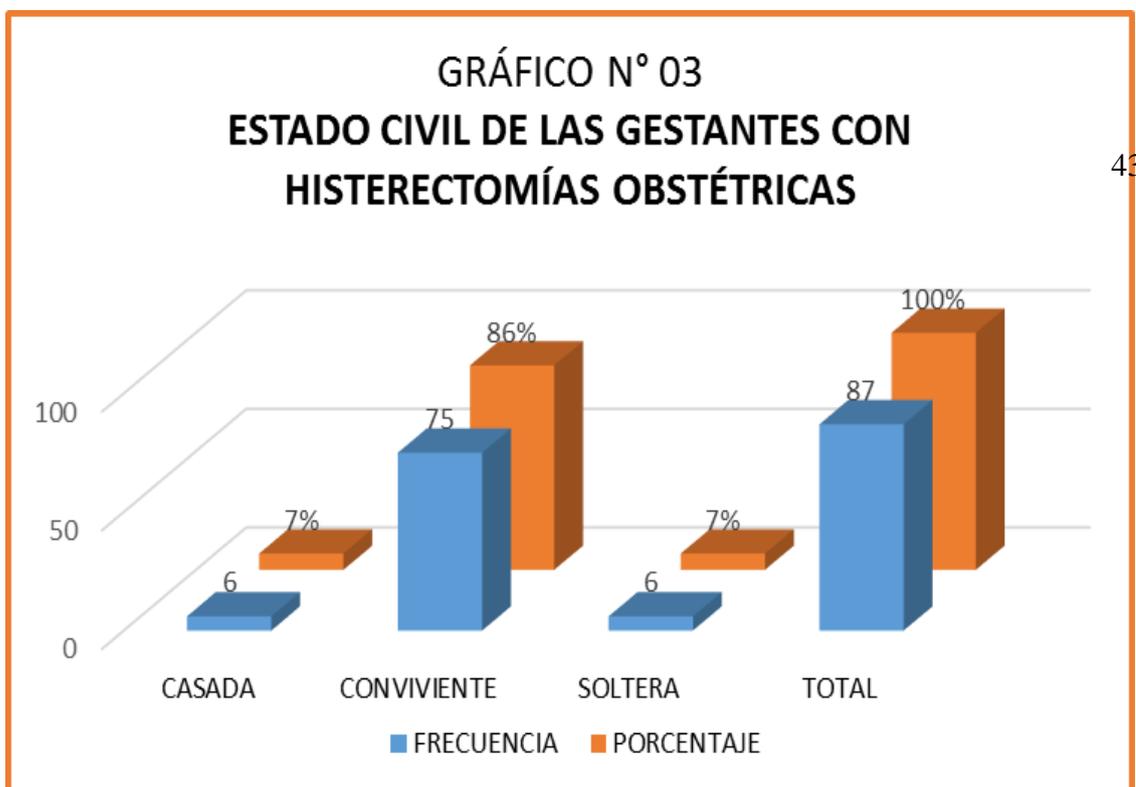
TABLA N°03

**ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES CON HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOA PERÍODO
2013-2017**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	6	7
CONVIVIENTE	75	86
SOLTERA	6	7
TOTAL	87	100

Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N°03 se observa que el 86% de las gestantes en estudio se encuentra en el rango de estado civil de conviviente, seguido del 7% casadas y solteras respectivamente. Contrastando el estudio de Shapiama cuyo objetivo fué Determinar las patologías maternas en el Hospital Amazónico período enero 2000 a diciembre del 2014 encontró que el 85% de la población que estudió estuvieron en el estado conyugal de convivencia siendo este resultado similar con este estudio.



Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

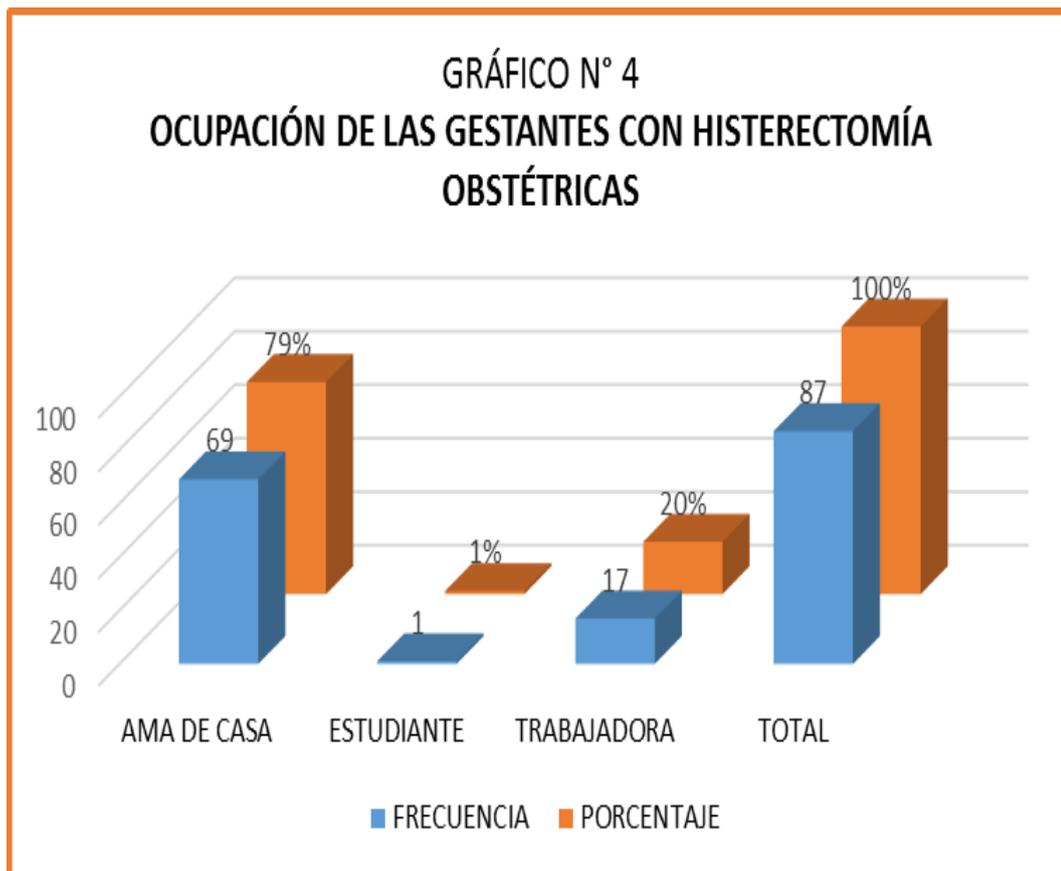
TABLA N°04

**OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES CON HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOA PERÍODO
2013-2017**

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	69	79
ESTUDIANTE	1	1
TRABAJADORA	17	20
TOTAL	87	100

Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N°04 se observa que el 79% de las gestantes en estudio se encuentra en el rango de ocupación de ama de casa, seguido del 01% de ocupación de estudiante.



Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

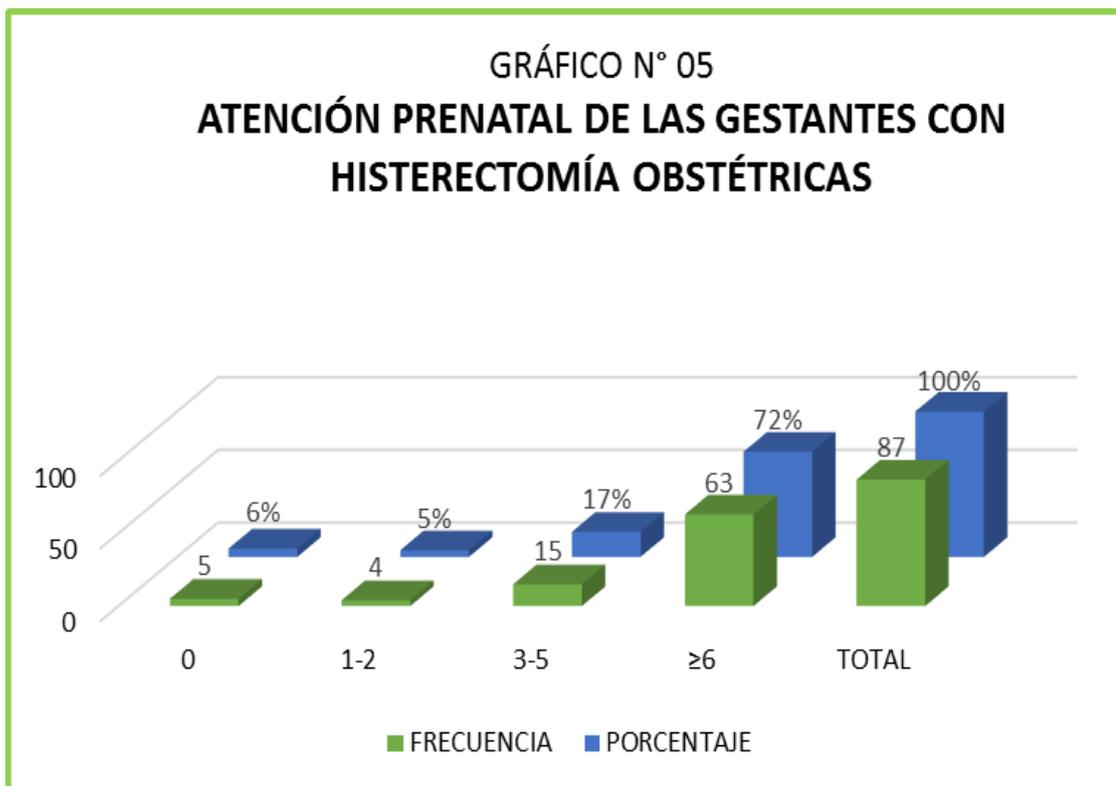
TABLA N°05

NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES DE LAS GESTANTES CON HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOA PERÍODO 2013-2017

Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

CPN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	5	6
1-2	4	5
3-5	15	17
≥6	63	72
TOTAL	87	100

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N°05 se observa que el 6% de las gestantes en estudio no presenta ninguna atención prenatal durante su embarazo, seguido del 72% presentan más de 6 controles durante su gestación.



Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

TABLA N°06

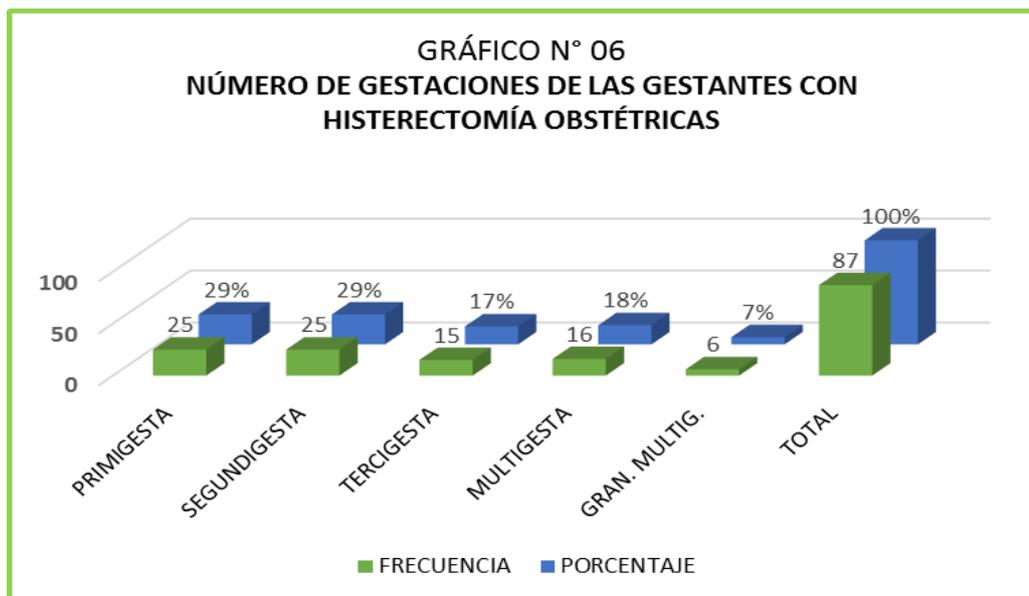
NÚMERO DE GESTACIONES DE LAS GESTANTES CON HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha PERÍODO 2013-2017

N° GESTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	25	29
SEGUNDIGESTA	25	29
TERCIGESTA	15	17
MULTIGESTA	16	18
GRAN MULTIG.	6	7
TOTAL	87	100

Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 06 se observa que el 29% de las gestantes en estudio fueron Primigestas y Segundigestas respectivamente, seguido del 7% que fueron Gran Multigestas.

Contrastando el estudio de Shapiama cuyo objetivo fue Determinar las patologías maternas en el Hospital Amazónico periodo enero 2000 a diciembre del 2014 encontró que el 52% fueron Primigestas y Segundigestas respectivamente, resultado que difiere con nuestros hallazgos.



Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

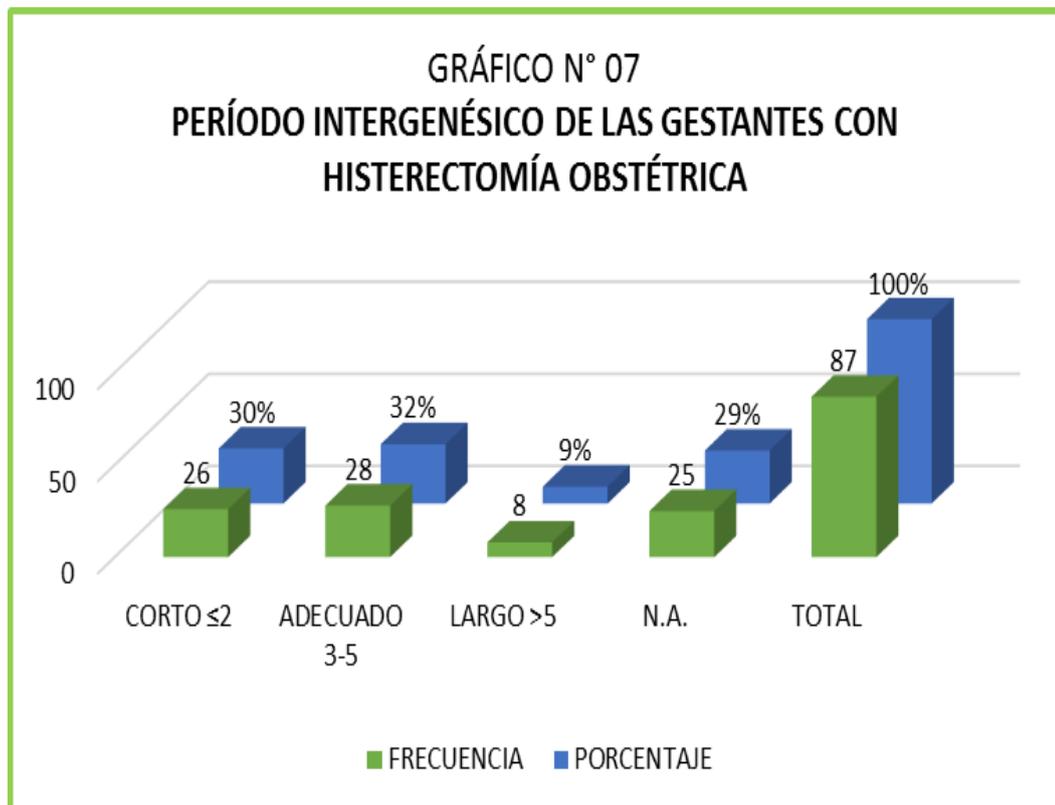
TABLA N°07

PERÍODO INTERGENESICO DE LAS GESTANTES CON HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha PERÍODO 2013-2017

PERÍODO INTERGENESICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CORTO <2	26	30
ADECUADO 3-5	28	32
LARGO >5	8	9
N.A.	25	29
TOTAL	87	100

Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 07 se observa que el 32% de las gestantes en estudio tuvieron un periodo Intergenesico adecuado entre 3-5 años, seguido de un 9% tuvieron un periodo Intergenesico largo >5 años.



Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

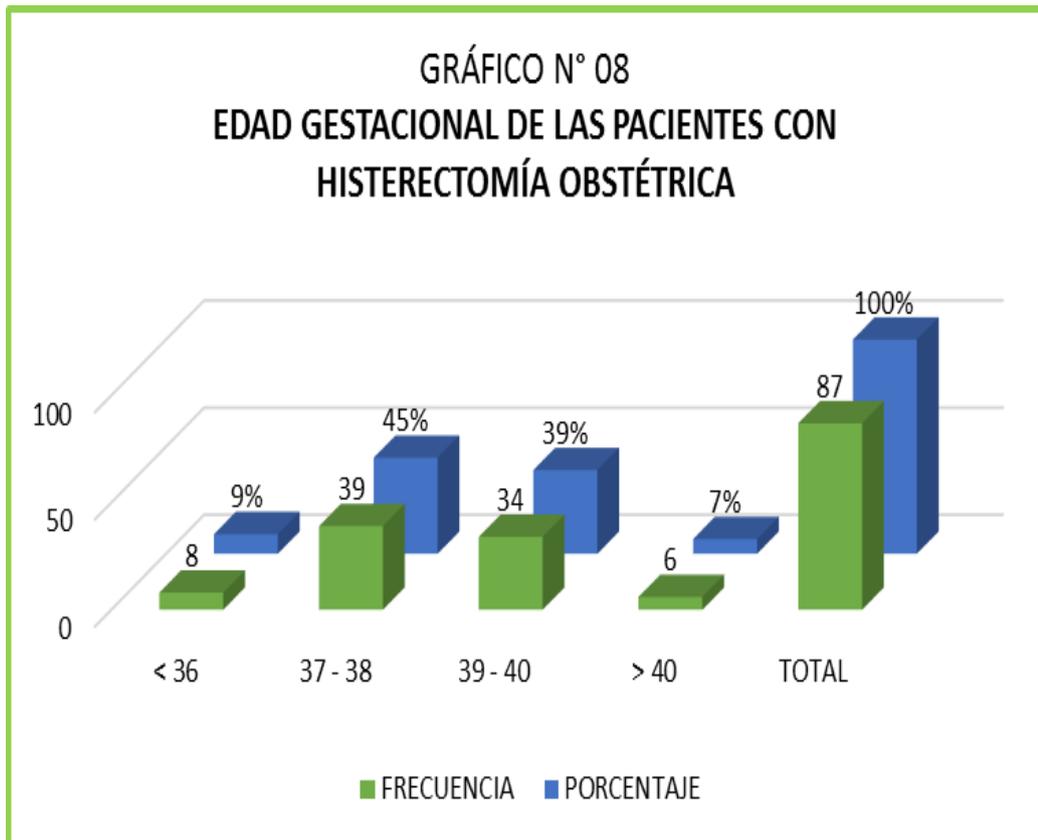
TABLA N°08

EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES CON HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha PERÍODO 2013-2017

EDAD GESTACIONAL (semanas)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 36	8	9
37 - 38	39	45
39 - 40	34	39
> 40	6	7
TOTAL	87	100

Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 08 nos muestra que el 45% se encontraban entre las 37 – 38 semanas de gestación, asimismo el 07% de las gestantes tuvieron más de las 40 semanas.



Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

TABLA N°09

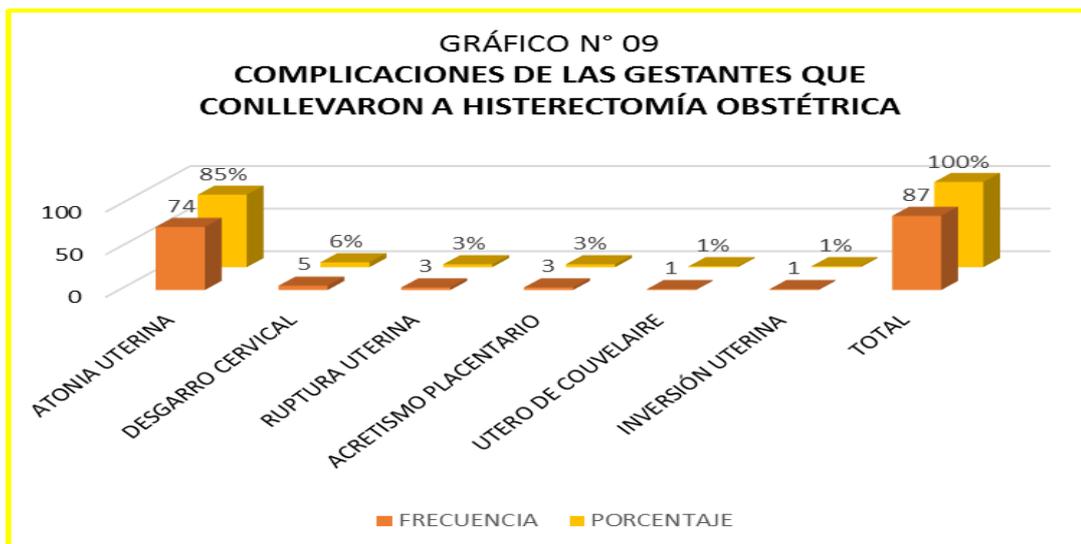
COMPLICACIONES LAS GESTANTES QUE CONLLEVARON A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha PERÍODO 2013-2017

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ATONIA UTERINA	74	85
DESGARRO CERVICAL	5	6
RUPTURA UTERINA	3	3
ACRETISMO PLACENTARIO	3	3
UTERO DE COUVELAIRE	1	1
INVERSIÓN UTERINA	1	1
TOTAL	87	100

Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 09, el 85% presentaron atonía uterina, seguido de un 1% presentaron entre útero de Couvalier e inversión uterina respectivamente.

Contrastando el estudio de Shapiama cuyo objetivo fue Determinar las patologías maternas en el Hospital Amazónico periodo enero 2000 a diciembre del 2014 encontró que el 79% de la población que estudió presentaron atonía uterina y un 6% presentaron útero de couvelaire siendo diferente resultado con este estudio.



Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

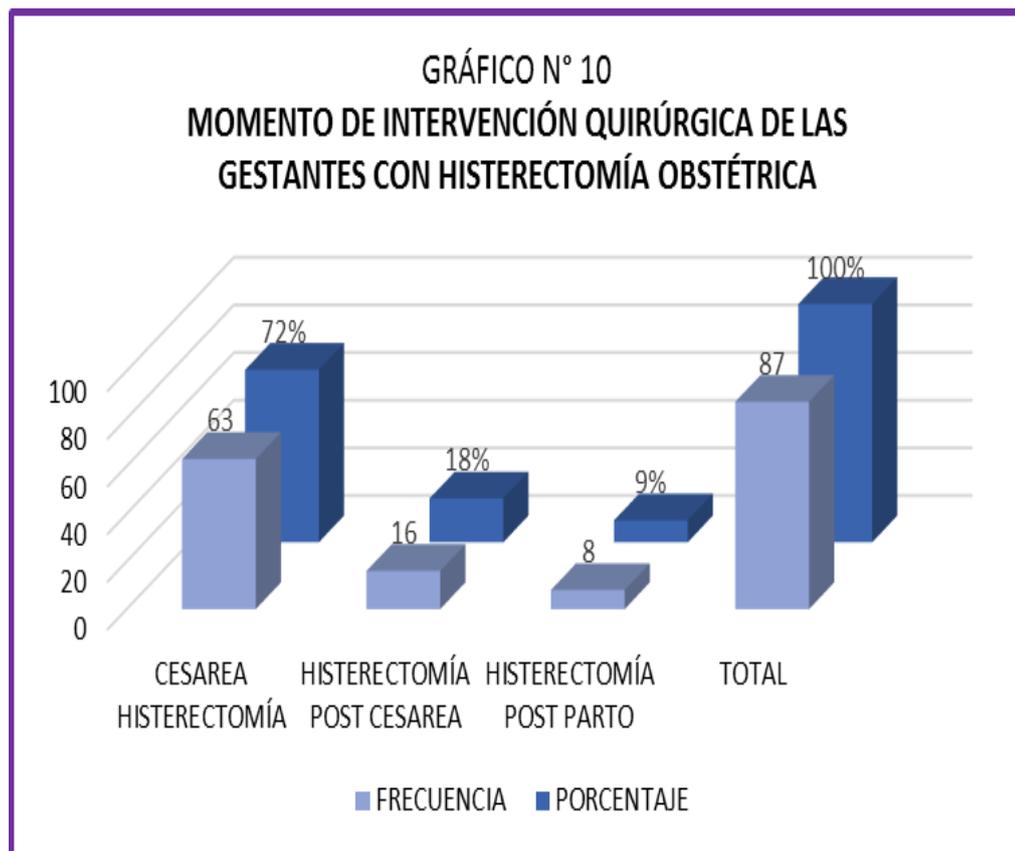
TABLA N°10

MOMENTO DE INTERVENCIÓN DE LAS GESTANTES CON HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha PERÍODO 2013-2017

MOMENTO DE INTERVENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CESAREA HISTERECTOMÍA	63	72
HISTERECTOMÍA POST CESAREA	16	18
HISTERECTOMÍA POST PARTO VAGINAL	8	9
TOTAL	87	100

Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 10, muestra que el 72% de las gestantes les realizaron histerectomías obstétricas en el acto quirúrgico de las cesáreas, El 9% en el post parto vaginal.



50

Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

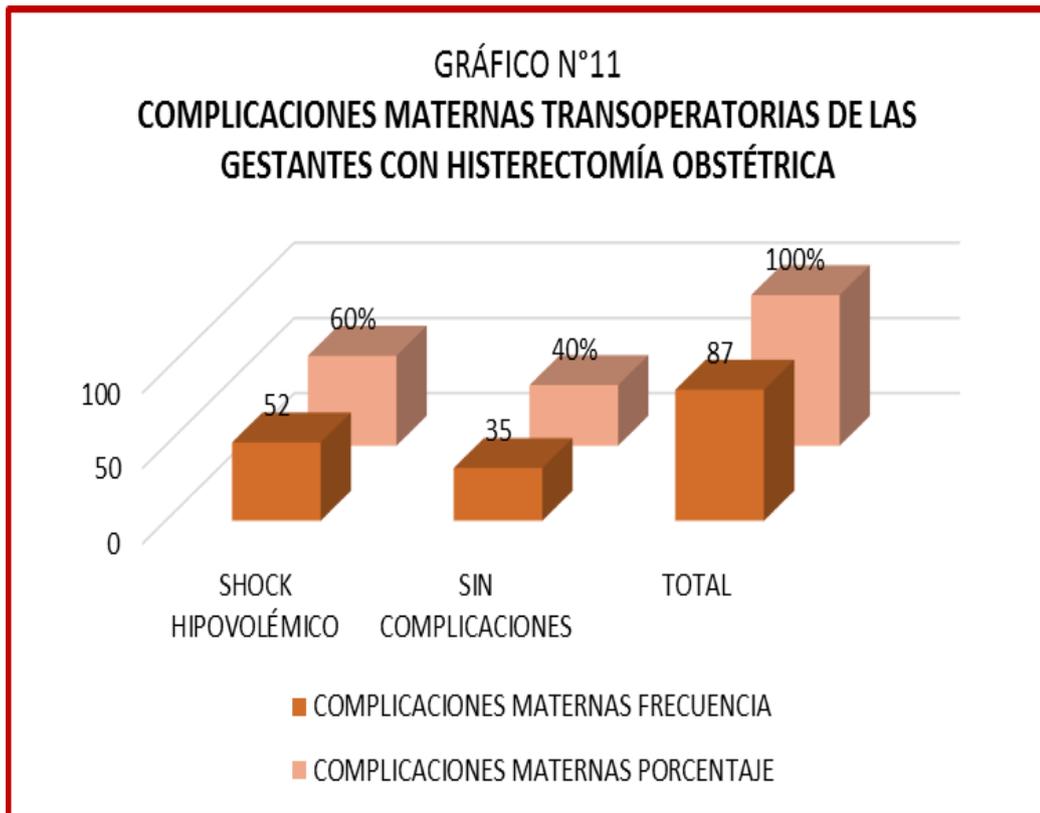
TABLA N°11

COMPLICACIONES MATERNAS TRANSOPERATORIAS DE LAS GESTANTES CON HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOA PERÍODO 2013-2017

Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

COMP. TRANSOPERATORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SHOCK HIPOVOLÉMICO	52	60
SIN COMPLICACIONES	35	40
TOTAL	87	100

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 11 muestra que el 60% de las complicaciones maternas transoperatorias se produjo por shock hipovolémico y un 40% no presento complicación alguna



Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

TABLA N°12

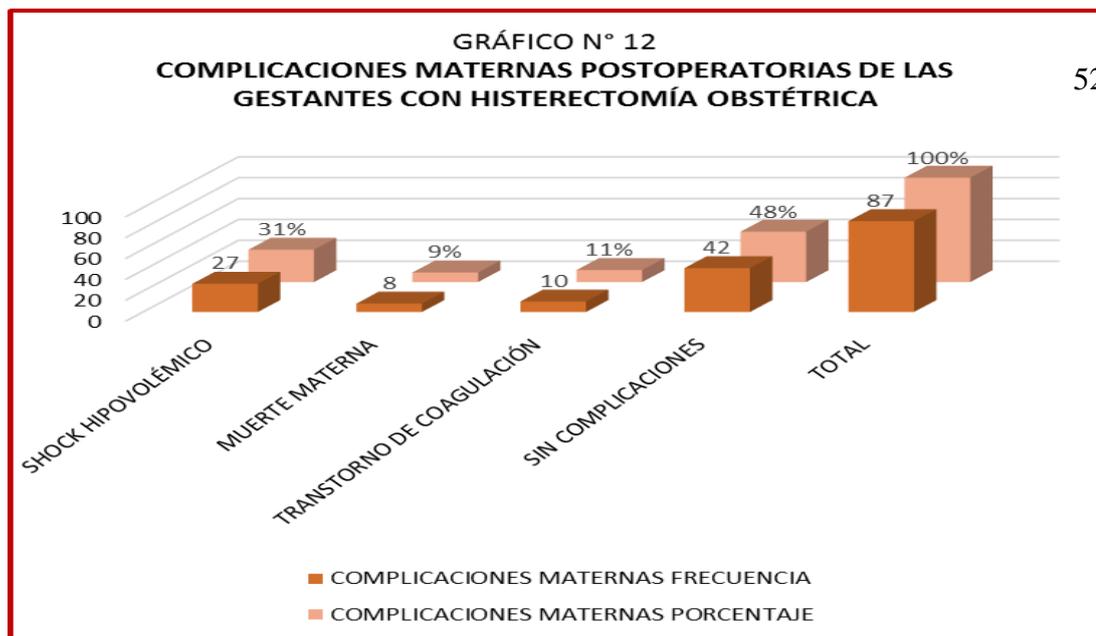
COMPLICACIONES MATERNAS POSTOPERATORIAS DE LAS GESTANTES CON HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOA PERÍODO 2013-2017

Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

COMP. POSTOPERATORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SHOCK HIPOVOLÉMICO	27	31
MUERTE MATERNA	8	9
TRANSTORNO DE COAGULACIÓN	10	11
SIN COMPLICACIONES	42	48
TOTAL	87	100

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 12 se observa que el 51% de las gestantes sometidas a histerectomía obstétrica presentaron complicaciones como shock hipovolémico, trastorno de coagulación y muerte materna respectivamente.

Contrastando el estudio de Shapiama cuyo objetivo fué Determinar las patologías maternas en el Hospital Amazónico periodo enero 2000 a diciembre del 2014 encontró que el 13% de la población que estudió fueron por complicaciones de shock hipovolémico siendo estos hallazgos diferentes a nuestros resultados.



Fuente historias clínicas de gestantes en estudio 2013-2017 HAY

CONCLUSIONES

Analizados los datos de la Investigación se concluye que:

1. Respecto a las causas que conllevaron a histerectomía obstétrica se encontró que: El 87% se debió a hemorragia por tono, el 9% por trauma y el 3% por tejido.
2. Con respecto a las Características Sociodemográficas se encontró que: El 68% de las gestantes en estudio tuvieron entre 20-34 años y el 14% fueron adolescentes, el 30% obtuvieron secundaria incompleta, el 86% estuvieron en el estado conyugal de convivencia y el 79% fueron ama de casa.
3. En cuanto a las Características Obstétricas se encontró que; el 72% de gestantes tuvieron más de 6 controles prenatales, el 29% fueron Primigestas y Segundigestas respectivamente, el 32% tuvieron un periodo Intergenesico adecuado entre 3-5 años y el 45% de gestantes se encontraban en la edad gestación de 37-38 semanas.
4. Respecto a las Complicaciones que Conllevaron a Histerectomía se encontró que: El 85% de las complicaciones de las gestantes en estudio fueron por atonía uterina.
5. Así mismo el Momento de Intervención Quirúrgica en que se procede a realizar la Histerectomía Obstétrica; el 72% de los casos se dio durante la cesárea, seguidamente el 09% fue posterior a la cesárea
6. En cuanto a las Complicaciones Maternas respecto a las Transoperatorias se encontró que: El 60% fueron por shock hipovolémico, en cuanto a las Postoperatorias se encontró que: El 51% presentaron complicaciones como shock hipovolémico, trastorno de coagulación y muerte materna respectivamente.

RECOMENDACIONES

Luego de obtener los datos de la investigación se recomienda:

1. El personal de salud encargado en la atención de la gestante estar capacitado para realizar el diagnóstico oportuno de la causa que origina el sangrado para un manejo inmediato mediante un trabajo en equipo.
2. A la Diresa Ucayali en coordinación con otros sectores lanzar campañas efectivas para reducir los embarazos en adolescentes en nuestra región, población susceptible de mayores complicaciones al experimentar el proceso de gestación.
3. Así mismo recomendar a los profesionales Gineco Obstetras y al equipo de atención a la gestante realizar la consejería post quirúrgica para reducir el trauma psicológico que una intervención de esta magnitud conlleva, más aun cuando se suscita en Primigestas y Segundigestas.
4. A todo el personal encargado de la atención a las gestantes encontrarse capacitados permanentemente en emergencias obstétricas particularmente en el manejo de la clave roja que es una de las principales causas de muertes maternas, el mismo que se evidenció en el estudio con un 85% de atonías uterinas que fueron las causas para la histerectomía.
5. Por ser el parto abdominal una cirugía mayor que puede llegar a serias complicaciones se recomienda al profesional obstetra realizar consejería de sensibilización dirigidas a las gestantes para dar a conocer los riesgos que esta cirugía implica siendo únicamente aplicada para salvaguardar la salud materna-fetal.
6. Se recomienda al establecimiento de salud contar permanentemente con el banco de sangre disponible con las unidades necesarias para afrontar la emergencia por shock hipovolémico que representa uno de las grandes causas de muertes maternas

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002915.htm>
2. Whiteman K, Kurlina E, Hillis D, Jamieson J. Incidence and Determinants of Peripartum Hysterectomy. ACOG. 2008;108:1486-92.
3. Ramos RR, Ramírez G, Hurtado G. Indicaciones de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. Arch Inv Mat Inf 2010; II (1); 11
4. Orderique L. Chumbe O. Cesárea histerectomía en el Hospital María Auxiliadora. Ginecol Obstet (Perú). 1998;44(1):61-4.
5. Rev Sanid Milit Mex 2016; 70; 63-71. Histerectomía obstétrica, último recurso en el tratamiento de la hemorragia obstétrica.
6. Juan A Reveles Vásquez, Geannyne Villegas Rivera, Salvador Hernandez Higareda, Fernando Grover Paéz, Carmen C Hernández Vega, Agustín Patiño Segura. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones
7. Antonio María Pineda. Barquisimeto estado Lara, España enero 2010 factores de riesgo más frecuentes causales de histerectomía obstétrica y complicaciones de la misma departamento de obstetricia y ginecología del hospital central universitario.
8. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015. Juan Ramírez Cabrera, Santiago Cabrera Ramos, Gerardo Campos Siccha, Melissa Peláez Chomba, Clifford Poma Morales.
9. Julio Bejar Cuba 2001- Lima incidencia de la histerectomía durante la gestación y los factores asociados a la misma
10. Luis E. Tang Ploog, Roberto Albinagorta Olórtegui. Revista peruana de Ginecología y obstetricia. vol.59 no.3 Lima jul/set. 2013. Histerectomía puerperal. Experiencia en una institución privada, Clínica Santa Isabel, Lima, Perú
11. Patologías maternas que conllevan a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico periodo enero 2000 a diciembre 2014- Patricia Shapiama

12. Rodolfo I. Casas Peña, revista colombiana de obstetricia y ginecología. vol 64 n° 2 abril- junio 2013 121- 125. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el hospital universitario San José de Popayán, 2006- 2010.
13. Raziél Ramos García, Gilberto Ramírez López, Gabino Hurtado Estrada. Indicaciones de Histerectomía obstétrica en el hospital de ginecología y obstetricia del instituto materno infantil del estado de México del 2007 al 2008
14. Uribe R. Histerectomía obstétrica. Concepto e importancia. Ginec Obst Mex. 2004;64:23.
15. Zorlu C, Turan C, Isik A, y col. Histerectomía de emergencia en práctica obstétrica moderna. Cambiando la perspectiva clínica en hora. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77: 186-90.
16. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007). Fundamentos de Obstetricia.
17. Anderson JM, Etches D (marzo de 2007). «Prevención y tratamiento de la hemorragia postparto».
18. O. Rigol. «Sangramientos en obstetricia». Editorial Ciencias Médicas. 2004
19. <https://es.scribd.com/doc/17485940/Alteraciones-de-La-Placenta>
20. <http://obstetriciaeneo.blogspot.com/2012/03/acretismo-placentario.html>
21. <http://saludmaternamedicos.blogspot.com/2011/12/inversion-uterina.html>
22. http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2014/clase2014_rotura_uterina.p
23. www. Onsalus.com/index.php/diccionario/utero de couvelaire.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA PERIODO 2013- 2017.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
¿Cuáles son las causas que conllevan a histerectomía en gestantes atendidas en el hospital amazónico de Yarinacocha periodo 2013- 2017?	Determinar las causas que conllevan a histerectomía en gestantes atendidas en el hospital amazónico de Yarinacocha periodo 2013- 2017	En el presente estudio no se planteara hipótesis de investigación por tratarse de un estudio netamente descriptivo en la que se revisara el objeto de estudio sin realizar manipulación de las variables.	Histerectomía obstétrica en gestantes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Grado de Instrucción ✓ Estado civil ✓ CPN ✓ N° Gestaciones: ✓ Periodo Intergenesico: ✓ Edad Gestacional: ✓ Atonía Uterina ✓ Desgarro Cervical ✓ Ruptura uterina ✓ Inversión uterina ✓ Útero de Couvalier ✓ Cesárea Histerectomía ✓ Histerectomía Post Cesárea ✓ Histerectomía Post Parto ✓ Transoperatorias ✓ Postoperatorias 	El método de investigación es cualitativo porque estudia la realidad de su contexto natural tal como sucedieron los hechos, procediendo luego a su interpretación



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES:

1.- EDAD:

- a) < 19
- b) 20-34
- c) > 35

2.- GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

3.- ESTADO CIVIL:

- a) Soltera.
- b) Casada.
- c) Conviviente.

4.- OCUPACIÓN:

- a) Estudiante.
- b) Trabajadora.
- c) Oficio del hogar

II.- CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

5.- CONTROLES PRENATALES

- a) 0
- b) 1-2
- c) 3-5
- d) ≥ 6

6.- N° GESTACIONES:

- a) Primigestas
- b) Segundigestas
- c) Tercigestas
- d) Multigestas
- e) Gran Multigestas

7.- PERÍODO INTERGENESICO:

- a) Corto: ≤ 2
- b) Adecuado: 3-5
- c) Largo > 5

8.- EDAD GESTACIONAL:

- a) < 36 ss
- b) 37- 38 ss
- c) 39– 40 ss
- d) > 40 ss

III.- COMPLICACIONES QUE CONLLEVARON A HISTERECTOMÍA

9.- COMPLICACIONES

- a) Atonía Uterina
- b) Desgarro Cervical
- c) Ruptura uterina
- d) Acretismo Placentario
- e) Útero de Couvelaire
- f) Inversión uterina

IV. MOMENTO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

10.- MOMENTO DE INTERVENCIÓN:

- a) Cesárea Histerectomía
- b) Histerectomía Post Cesárea
- c) Histerectomía Post Parto

V. COMPLICACIONES MATERNAS

11. - COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS:

- a) Shock Hipovolémico
- b) Muerte Materna
- c) Sin Complicaciones

12- COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

- a) Shock Hipovolémico
- b) Trastorno de coagulación
- c) Muerte Materna
- d) Sin Complicaciones

