

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE ICA PERÍODO
JUNIO 2007 - MAYO 2010**

TESIS

Presentada por:

Bach. Javier Chambilla Fernández

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2011

Registro N° _____ Escuela: Medicina Humana
Sustentador: Javier Chambille Fernández
Fecha de Sustentación: 26-07-2011
Aprobado por: Unanimidad Nota: 15
Calificativo: Bueno
Jurado: - Dra Victoria Nora Vela de Cordova Presidenta
- Dr Jaime Miranda Benarunte Miembro
- Hed David Vela Miembro
Observaciones: _____



M. Vela
**Secretario Académico
Administrativo**

UNIVERSIDAD NACIONAL "JORGE BASADRE GROHMANN"-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA PERÍODO JUNIO 2007 – MAYO 2010**

TESIS

Presentada por:

Bach. JAVIER CHAMBILLA FERNÁNDEZ

Para optar el Título Profesional de

MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por _____, ante el siguiente Jurado:



Dra. Nora Vela Paz
Presidente



Med. David Vela Moscoso
Miembro



Dr. Jaime Miranda Benavente
Miembro



Dr. Claudio Ramírez Atencio
Asesor

DEDICATORIA:

Con mucho cariño para mis seres
más preciados madre, mis
hermanos, mis tíos.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios.....porque a pesar de que muchas veces puse mis intereses por encima de ti nunca me faltaste y aunque no soy tu hijo más devoto, en ti confío. Siempre me has ayudado a seguir adelante y por ti aún no pierdo la esperanza, sé que todos pueden decepcionarme menos tú y reconozco que sin ti no hubiese podido sobrevivir estos últimos meses. Muchas Gracias.

A mis maestros, que con su experiencia me enseñaron gran parte de lo que sé hasta ahora, y que me dejaron siempre en claro que uno nunca deja de aprender.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
RESUMEN	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA	6
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.4. OBJETIVOS.....	8
1.5. OBJETIVOS GENERALES.....	8
1.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
CAPITULO II	
2.1. ANTECEDENTES	10
2.2. MARCO TEORICO.....	14

CAPITULO III

3.1. DISEÑO METODOLOGICO.....	31
3.2. PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	33
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	34
3.5. VARIABLES.....	34

CAPITULO IV

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	35
4.2. DISCUSIÓN	45

CONCLUSIONES	48
--------------------	----

RECOMENDACIONES	49
-----------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
---------------------------------	----

ANEXO

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objetivo determinar la incidencia de Cesárea Histerectomía en el Hospital Regional de Ica. Se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo en el Departamento de Gineco-Obstetricia del hospital regional de Ica, donde se estudiaron 16 historias clínicas de pacientes histerectomizadas durante el acto operatorio de la cesárea comprendido en el periodo 2007-2010. El universo del trabajo está constituido por las pacientes cesareadas de urgencia y la muestra quedó conformada por la totalidad de los casos histerectomizadas, cuyas historias se localizaron en el archivo y me permitió reconocer los datos necesarios para este estudio. En cuanto a los resultados se analizaron distintas variables, estos resultados se compararon con los hallazgos de otros autores y se concluyó la incidencia de cesárea histerectomía en el hospital regional de Ica es de 1,4 por cada mil partos de un total de 11.130 partos, de los cuales 3.218 en cesárea y se realizaron 16 cesáreas histerectomías equivalentes un 0,4%. El mayor porcentaje de operadas eran amas de casa, 87,5%, cuyas edades fluctuaban entre 31 a 35 años,

correspondiente al 31.25% ; procedentes de la zona rural en un 43.75%, se encontró que el 31.25 % no tenían antecedentes de parto, el 18.75 % no tuvo ningún control prenatal siendo la causa fundamental de la cesárea la placenta previa con el 31.25 %, el DPPNI con el 18.75 % al igual el sufrimiento fetal agudo, seguido por el oligohidramnios excelente con el 6,25 %. La causa por la determinó la indicación de la histerectomía fue la atonía uterina en el 75 % de los casos y el útero de couvaliere en el 6,25 % de los casos. Estos resultados han sido analizados y expresadas estadísticamente en porcentajes presentados en tablas simples. La cesárea-histerectomía es un procedimiento quirúrgico poco frecuente, pero su técnica quirúrgica y sus indicaciones deben ser dominadas por todo especialista en ginecología y obstetricia por su potencial para salvar vidas. Además, es importante contar con un buen banco de sangre y una unidad de cuidados intensivos especializada para lograr resultados satisfactorios.

INTRODUCCION

La excéresis del útero en una gestante después de una cesárea se considera como cesárea histerectomía, esto involucra necesariamente la condición de un útero que ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción total o parcial del órgano y de urgencia. La histerectomía, 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.¹

La cesárea histerectomía es, probablemente, la operación de connotaciones más graves para la madre y su hijo. Está asociada a severas complicaciones materno neonatales en directa relación con la patología que genera su indicación y a una elevada morbimortalidad

¹ BEJAR CUBA, J. Histerectomía de emergencia durante la gestación, en el Instituto Materno Perinatal: Incidencia y Factores Asociados (Enero 1999 - Diciembre 2006).

materna debido a la patología condicionante y al procedimiento en sí mismo.²

La histerectomía obstétrica tiene sus orígenes por el año 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.

En la era moderna de la histerectomía se inicia en los años 40 del siglo pasado mejorándose la técnica quirúrgica y anestésica, en 1951 Davis sostiene que la cesárea-histerectomía era "un adelanto lógico en la cirugía obstétrica actual.

² ILLIA, R; PRESTA, E.; LOPEZ D'AMATO, F.; BERTOT M., J. La histerectomía obstétrica: epidemiología, factores condicionantes. resultados perinatales y complicaciones maternas en tres centros obstétricos de la República Argentina. Mayo 2001. Volumen 60 - Número 653 p. 181 – 189.

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.

En nuestro medio los trabajos de investigación realizados son mayormente en relación a la cesárea-histerectomía, es así que Castillo y Espinoza en el IMP reportaron 49 casos entre enero de 1993 a diciembre de 1995, encontrando como factores de riesgo la multiparidad, edad mayor a 35 años, placenta previa, HTA, cesárea previa, situación transversa, trabajo de parto disfuncional y corioamnionitis entre otros. García en el Hospital Guillermo Almenara reporta que entre 1991 a 1998 el 0.33% de las cesáreas terminaron en histerectomía haciendo una incidencia de 0.94 por 1.000 partos. Ramírez reporta entre 1980 a 1992, 20 casos de cesárea histerectomía en los hospitales Guillermo Almenara y Centro Médico Naval entre 1980 y 1992 dando una incidencia de 1 en

1076 partos en el Hosp. Almenara y 1 en 1954 partos en el Centro Médico Naval. Meza y Guarnizo en el IMP reportan 120 casos de cesárea hysterectomía entre 1989 a 1993 con una incidencia de 1 hysterectomía por cada 941 nacimientos, Orderique en el Hospital María Auxiliadora 1988-1997, 6.62 por 1.000 partos. Otros autores tanto a nivel nacional como en otros países reportan que entre el 0.05% hasta 1.6% de las cesáreas terminan en hysterectomía.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

El Hospital Regional de Ica considerado como de Alta Complejidad, de referencia y dentro de la cuales se encarga de procedimientos tan complejos como la histerectomía. Esta operación ha jugado un papel importante en la vida de las mujeres a lo largo de la historia. Los primeros casos expuestos en la literatura datan del siglo V a.c. y aunque en sus inicios fue considerado como una de las crueldades más grandes de la medicina (Thompson 1993), en la actualidad ocupa el segundo lugar entre los procedimientos quirúrgicos mayores después de la cesárea. Por otro lado además de ser un procedimiento de emergencia en casos de hemorragias uterinas u otras circunstancias para salvar la vida de la madre, puede tener consecuencias físicas y psicológicas.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de Cesárea Histerectomía en el Hospital Regional de Ica en el periodo Junio 2007 – Mayo 2010?.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

La histerectomía, es considerada desde hace un tiempo como una de las únicas alternativas terapéuticas en el manejo de patologías hemorrágicas y/o sépticas con el fin de salvar la vida de la paciente, 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. Sin embargo en nuestro país aun existes casos de pacientes en los que se consideró realizarles histerectomía como única alternativa terapéutica.

En nuestro medio existen pocos trabajos realizados que ayuden a conocer la real situación, incidencia y patologías asociadas de cesárea histerectomía, que nos permitirían

conocer cuales vienen siendo las primeras causas que conllevan a realizar, en un mismo acto quirúrgico, dos procedimientos con connotaciones muy serias y muchas veces graves para la madre y el niño.

Algunos trabajos nacionales más recientes presentado en el año 2001 por Ramírez Ocaña;³ por lo que las causas de cesáreas histerectomía no vendrían a ser los mismos, dado a múltiples factores socioculturales, demográficos, avance tecnológico entre otros; así por ejemplo algunos trabajos consideran a los defectos de inserción placentaria como primera causa, y otros trabajos revelan que la atonía uterina constituye la principal patología que implica la realización de cesáreas histerectomías.

Por otro lado la indicación de histerectomía es en esencia una emergencia médica que requiere el conocimiento, experiencia y destreza por parte del equipo de cirujanos.

³ Cesárea Histerectomía En El Hospital Almenara Irigoyen Y Centro Médico Naval Durante Los Años 1992 - 2001. Biblioteca Facultad De Medicina San Fernando. Unmsm. Lima 2001.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVOS GENERALES :

- Identificar la incidencia de este procedimiento quirúrgico de emergencia en el Hospital Regional de Ica en el periodo 2007 – 2010.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS :

- Determinar la incidencia de Cesárea Histerectomía en el Hospital Regional de Ica en el periodo 2007 – 2010.
- Identificar la principal indicación de la Cesárea Histerectomía en el Hospital Regional de Ica en el periodo 2007 – 2010.

- Determinar la pérdida sanguínea en las pacientes sometidas a Cesárea Histerectomía en el Hospital Regional de Ica en el periodo 2007 – 2010.
- Determinar el tiempo operatorio empleado durante la Cesárea Histerectomía en el Hospital Regional de Ica en el periodo 2007 – 2010.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES.-

PUBLICACIONES LATINOAMERICANAS :

**Flores N., J.; Angulo P., J.A.; Martínez V., G.; Valle S., V.;
Hernández-V., (Mexico. 2002).⁴**

Estudio publicado en el año 2002, cuyo objetivo era identificar a mujeres con el riesgo potencial para realizarles histerectomía durante la cesarea y para prevenir este problema obstétrico. Se analizaron 43 casos de histerectomía obstétrica; los grupos etareos comprometidos comprendían entre 31 a 35 años (39.5 años en promedio), con embarazos a término (51.1%) en la tercera gestación (27.9%), nulíparas (60.4%), con

⁴ Indicaciones Y Factores De Riesgo Para Histerectomía Obstétrica De Urgencia / Indications And Risk Factors For Emergency Obstetric Hysterectomy. Ginecol. Obstet. Méx;70(6):289-294, Jun. 2002.

la primera cesárea (39.5%), sin abortos anteriores (79.0%). Las complicaciones obstétricas más frecuentes eran placenta acreta y atonía uterina.

Castro C., P.; Bravo O., E.; Bennett R., C.; Franck K., C.; Prado G., J.; Carmona B., A. (Chile 2001)⁵

Publicado en el año 2001, se realizó un estudio prospectivo en pacientes sometidos a histerectomía. Se compararon 3 grupos, Grupo 1: 94 pacientes con 1 o más cesáreas sin partos vaginales, Grupo 2: 131 pacientes con 1 o más cesáreas y partos (s) vaginal (s), Grupo 3: 366 pacientes con uno o más partos vaginales sin cesárea. No se encontró diferencia significativa entre los grupos al evaluar las características de la cirugía, complicaciones intraoperatorias y postoperatorias. Se concluye que el antecedente de una o más cesáreas no es un factor de riesgo para realizar la histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso, con o sin partos vaginales previos.

⁵ Histerectomía vaginal en pacientes con antecedentes de cicatriz de cesárea / Vaginal hysterectomy in patients with previous cesarean section. Rev. chil. obstet. ginecol;66(6):492-496, 2001.

Peralta A., Y. (Nicaragua 2000).⁶

Publicado en el año 2000, donde reporta a 48.658 mujeres que fueron atendidas de parto en el Hospital de referencia nacional. "Bertha Calderón Roque" de la ciudad de Managua de enero 1996 a diciembre 2000. De este grupo, de mujeres 14.965 se les realizó Cesárea 30.75 % del total de demandantes. 49 casos que corresponden al 0.10 % con una tasa de 6 x 10.000, se les realizó Cesárea-Histerectomía y la indicación más frecuente fue por Acretismo Placentario, seguido de Atonía Uterina, Utero de Couvelaire; en 19 casos hubo complicaciones como Lesiones Vesical, Hemorragias; 30 casos no tuvieron verificación histológica; y el total de los casos fueron dadas de alta.

⁶ Morbimortalidad en mujeres a quienes se les realizó cesárea- histerectomía Hospital Bertha Calderón Roque: enero 1996- diciembre 2000 / Morbi- mortality in women whom cesarean section hysterectomy were carried out. Hospital Bertha Calderón Roque: January 1996 - December 2000. Managua; s.n; ene. 2001. 62 p. ilus.

Agüero, O. (Venezuela 2007).⁷

Publicada en el año 2007, cuyo estudio retrospectivo de 33 de tales histerectomías hechas de 1965 a 1999 en 34.342 embarazos. Hospital Privado Centro Médico de Caracas. La frecuencia global de dicha intervención fue de 1 x 1,040, una cada 381 cesáreas, cada 477 abortos y cada 2.177 partos vaginales. El número de las gestaciones se distribuyó entre una y ocho, aun cuando la mayoría (26 casos) se concentró entre dos y cuatro. Hubo antecedente de una o más cesáreas en 10 casos. La hemorragia y la rotura uterina explicaron el 93,93 % (31 casos) de las indicaciones; la sepsis fue el motivo en los restantes dos casos. Las inserciones anormales de la placenta (previa o acreta) estuvieron presentes en 11 casos y la anatomía uterina en 9. Hubo dos muertes maternas (6 %) que ocurrieron en las operaciones realizadas por sepsis.

⁷ Histerectomías obstétricas en hospital privado / Obstetric hysterectomies in private hospital. Rev. obstet. ginecol. Venezuela; 60(4):239-43, dic. 2007. tab.

2.2. MARCO TEORICO.

Definición:

La histerectomía es la extirpación del útero, o matriz. Debe hacerse una histerectomía si hay desarrollo de un cáncer de útero, si hay una endometritis intensa, quistes fibroides o adhesiones pélvicas que comprimen el útero contra los órganos vecinos. Puede ser indicada también si se presenta hemorragias severas e incontrolables o si el útero se ha desprendido y sale por la vagina (prolapso).⁸

Anatomía del útero

El útero es un órgano muscular situado en la pelvis. La abertura de este órgano se llama cérvix o cuello uterino. Durante el embarazo, el útero alberga y nutre al feto.

⁸ FLORES N., J.; ANGULO P., J.A.; MARTÍNEZ V., G.; VALLE S., V.; HERNÁNDEZ-V., M Indications and risk factors for emergency obstetric hysterectomy. Ginecol. obstet. Méx;70(6):289-294, jun. 2002.

Durante el parto, se contrae a fin de expulsar el producto de la gestación. La mujer que no está embarazada, expulsa la membrana uterina (endometrio) en su período menstrual.

A veces se presentan problemas uterinos, y la paciente puede padecer de dolor o de hemorragia excesiva. También pueden desarrollarse tumores o un cáncer. Estos problemas requieren tratamiento.

Condiciones que afectan el útero⁹

Dentro de los procedimientos quirúrgicos que afectan al útero tenemos la histerectomía por el cual podemos tratar las afecciones del útero, estas pueden ser benignas (no cancerosas), otras cancerosas. Algunas producen síntomas que son leves, y otras pueden poner en peligro la vida de la paciente, ocurriendo muchas veces luego de una terminación del embarazo a través de la vía

⁹ AGUERO, O. Histerectomías obstétricas en hospital privado / Obstetric hysterectomies in private hospital. Rev. obstet. ginecol. Venezuela; 60(4):239-43. dic. 2018.

abdominal mediante la cesárea y que obliga a tomar dicha decisión al presentarse alguna complicación.

La histerectomía es una operación que se realiza con mucha frecuencia; sin embargo, a menudo existen métodos no quirúrgicos para tratar ciertas causas del dolor o sangrado pélvicos. Se recomienda entonces hablar con el médico acerca de los tratamientos no quirúrgicos para intentarlos primero, especialmente si la recomendación de practicarse una histerectomía se da por una causa diferente al cáncer.

Durante una histerectomía, el útero se puede extirpar de forma total o parcial, al igual que las trompas de Falopio y los ovarios. Una histerectomía parcial o supracervical consiste en la extirpación de sólo la parte superior del útero, dejando intacto el cuello uterino.

La histerectomía total consiste en la extirpación de todo el útero y del cuello uterino; mientras que la histerectomía radical es la

extirpación del útero, los tejidos de ambos lados del cuello uterino (parametrio) y de la parte superior de la vagina.

La histerectomía se puede realizar a través de una incisión abdominal (histerectomía abdominal) o una incisión vaginal (histerectomía vaginal) o a través de incisiones laparoscópicas.

Inicialmente se evalúan diversas posibilidades pero que no dejen en riesgo a la madre, caso contrario se procede a la histerectomía teniendo en cuenta lo definitivo que resultad dicho procedimiento para la maternidad de la madre. A continuación figuran algunas de las condiciones que podrían requerir una histerectomía:

1. Fibromas uterinos

Los fibromas uterinos (miomas) son el tipo más común de tumor que se forma en la pelvis femenina. Son benignos y puede tener diversos tamaños. Muchos de ellos son pequeños y no producen

síntomas ni necesitan tratamiento. Si los fibromas crecen, pueden causar dolor, pueden ejercer presión contra la vejiga u otros órganos de la pelvis. Los fibromas que hacen presión contra la membrana del útero pueden causar sangrado irregular o abundante.

Los fibromas tienden a encogerse después de la menopausia. Si una paciente con fibromas está cerca de la menopausia, podría ser conveniente establecer primero cómo ésta afecta a los fibromas antes de probar ningún tratamiento.

Algunos medicamentos pueden reducir el tamaño de los fibromas, pero solamente dan resultado mientras se los administra. Una vez que se deja de tomarlos, los fibromas pueden volver a crecer. Estos medicamentos pueden ayudar a pacientes cercanas a la menopausia y que tienen síntomas.

La medicina utilizada para disminuir de tamaño los fibromas puede causar una pérdida de la densidad ósea si se la administra durante

demasiado tiempo. Por esa razón, en la mayoría de los casos se la utiliza solamente durante unos meses.

También administrados durante períodos breves, estos medicamentos pueden servir para encoger los fibromas antes de una operación quirúrgica, tal como la miomectomía. En dicha operación solamente se extirpan los fibromas. El útero permanece intacto. En algunos casos, no puede optarse por una miomectomía, y se hace necesario eliminar todo el útero para poder aliviar los síntomas.

2. Hemorragia uterina anormal

La hemorragia uterina anormal consiste en un sangrado irregular, abundante o excesivo, que proviene del útero. Puede ser causada por fibromas o por cambios hormonales. También puede deberse a infecciones uterinas o a un cáncer. El tratamiento se dirige entonces a combatir la causa de la hemorragia y la terapia hormonal puede ayudar a controlarla.

3. Cáncer

Con el tiempo, las enfermedades del cérvix pueden convertirse en cáncer. Éstas pueden progresar rápidamente o desarrollarse lentamente a lo largo de los años, dependiendo de la persona y del alcance de la enfermedad. Los cambios en el cérvix que pueden producir cáncer pueden ser detectados mediante la prueba de Papanicolaou (PAP) Si son diagnosticados en sus primeras etapas, podrán ser tratados satisfactoriamente sin necesidad de recurrir a una histerectomía.

La enfermedad cervical se vuelve más seria - cáncer invasivo - cuando abarca las capas de tejido más profundas o se propaga a otros órganos. El cáncer también puede afectar a la membrana uterina y a los ovarios.

4. Problemas del sistema de soporte pélvico

Los órganos de la pelvis (la vejiga, el útero, el recto y los intestinos) están sostenidos por músculos, ligamentos y fascias (capas o

bandas de tejido fibroso) Los ligamentos y las fascias podrían estar debilitados y no poder sostener a estos órganos. Esto ocurre debido a la obesidad, la tos crónica, o el estiramiento durante el parto, y puede hacer que los órganos pélvicos se desplacen hacia abajo, cuelguen, o incluso se salgan por la abertura vaginal. Puede experimentarse una sensación de presión en la región pélvica, así como problemas para controlar la orina.

Hay cosas que se puede hacer para aliviar estos problemas como evitar hacer movimientos que fuercen los músculos pélvicos, perder peso, evitar el estreñimiento ingiriendo abundantes líquidos y fibra en la dieta, reforzar los músculos pélvicos haciendo ejercicios Kegel también se puede colocar un pesario (instrumento que se coloca en la vagina para sostener los órganos en su lugar) Si ya pasó la menopausia, la Terapia Hormonal podría ayudar a mantener sus tejidos más flexibles y menos susceptibles al estiramiento.

En algunos casos se puede efectuar una operación para volver a colocar los órganos en su lugar. Cuando otros tratamientos no dan resultado, puede ser necesaria una histerectomía para corregir los problemas del sistema de soporte pélvico.

5. Endometriosis

En los ovarios, las trompas de Falopio y otras estructuras pélvicas pueden también crecer células similares a las de la membrana del útero (endometrio) Dicho estado se llama endometriosis. Los islotes de tejido endometriótico pueden sangrar durante el período menstrual o en otros momentos, y esa sangre puede formar quistes. La endometriosis puede causar cicatrices, adhesiones, dolor o infertilidad.

Esa condición afecta principalmente a mujeres de edad reproductiva. En la mayoría de los casos esta enfermedad no constituye un problema después de la menopausia, dado que ya han cesado los períodos menstruales.

La endometriosis puede ser tratada con hormonas. Cuando de éstas no se obtiene el efecto deseado, los islotes de tejido endometriótico pueden ser extirpados con un instrumento llamado laparoscopio. De fallar este último procedimiento, posiblemente deba procederse a una histerectomía.

6. Dolor pélvico

El dolor pélvico puede tener múltiples causas y el diagnóstico del problema puede llevar mucho tiempo. Una causa posible puede ser la irritación de los órganos pélvicos, la cual produce adhesiones o cicatrices. Ello puede deberse a una endometriosis, infección o lesión.

Las adhesiones pélvicas afectan con mayor frecuencia a la superficie del útero, las trompas, los ovarios, y los intestinos. El dolor pélvico también puede deberse a problemas en otras partes del

cuerpo. Puede ser una consecuencia de problemas que afecten a la espalda o a los intestinos.

7. Complicaciones del Parto¹⁰

Esta indicación producto de diversos factores producidos durante el parto obligan al ginecólogo a tomar una decisión muchas veces de momento ya que está en riesgo la vida de la paciente, y dentro de ellas tenemos la atonía uterina y acretismo placentarios, los cuales producen sangrados masivos y de difícil control.

¿En qué consiste la histerectomía?¹¹

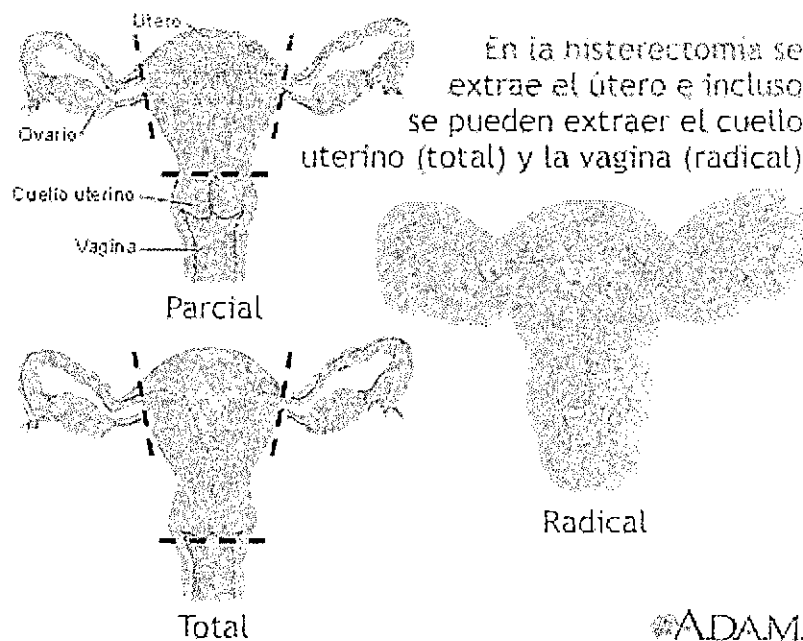
Durante la histerectomía el cirujano hace una incisión en la parte baja del abdomen, en todo caso si dicha conducta se procede durante la cesárea después de haber sacado el producto. Estas operaciones se realizan bajo anestesia general y duran entre una y

¹⁰ ILLIA, R; PRESTA, E.; LOPEZ D'AMATO, F.; BERTOT M., J. La histerectomía obstétrica: epidemiología, factores condicionantes, resultados perinatales y complicaciones maternas en tres centros obstétricos de la República Argentina. Mayo 2001. Volumen 60 - Número 653 p. 181 – 189.

¹¹ AHUED- AHUED JOSE. Cesárea histerectomía. Ginecol. Obstetricia Mex. 2006 Vol. 55 . 47:52.

dos horas. Si tiene un tumor o un cáncer uterino u ovárico grande el cirujano debe realizar una incisión o apertura abdominal más grande para así poder ver los órganos de la pelvis.

Hay tres tipos de histerectomía: Parcial, Completa y Radical.



- Parcial (o subtotal) en la que se extirpa la parte superior del útero y el cérvix (cuello uterino) se deja en su lugar.
- Completa (o total) en la que se extirpa todo el útero, incluido el cuello uterino.

- Radical en la que se extirpa la totalidad del útero, los nodos linfáticos y las estructuras de soporte que rodean al útero. Este procedimiento está indicado cuando hay un cáncer extenso. Los ovarios y las trompas de Falopio también podrían ser extirpados al mismo tiempo. Este procedimiento se llama salpingooforectomía.

El útero puede ser removido mediante una incisión en el abdomen o a través de la vagina. El método adoptado depende de la razón a la que obedece la cirugía, así como a los resultados del examen pélvico.

Riesgos

Los riesgos que implica cualquier tipo de procedimiento con anestesia son:

- Reacciones a los medicamentos
- Problemas respiratorios

Los riesgos que implica cualquier tipo de cirugía son:

- Sangrado
- Infección

Otros riesgos que se pueden presentar durante la histerectomía pueden ser:

- Lesión a la vejiga o los uréteres
- Lesión al intestino
- Dolor en las relaciones sexuales, disminución de la libido o disminución de la capacidad para tener un orgasmo

Si bien entre los procedimientos de cirugía mayor, la histerectomía es una de las que menos riesgos presentan, usted y su médico deberán sopesar los riesgos y los beneficios.

Convalecencia

El promedio de hospitalización depende del tipo de histerectomía realizada, pero generalmente es de dos a tres días y la recuperación completa puede requerir de dos semanas a dos meses. La recuperación de una histerectomía vaginal o una histerectomía laparoscópica es mucho más rápida que la de una histerectomía abdominal y se presenta menos dolor.

Después de la cirugía, se utilizan medicamentos orales e intravenosos para aliviar el dolor postoperatorio y se puede dejar un catéter en el lugar por uno o dos días para ayudar a la vejiga a eliminar la orina.

Ponerse en movimiento, tan pronto como sea posible, ayuda a evitar los coágulos de sangre en las piernas y otros problemas; de ahí que se recomiende caminar hacia la sala de baño. Después de reestablecerse la función intestinal, se recomienda una dieta normal lo más pronto posible. Se debe evitar levantar objetos pesados durante unas semanas y no tener relaciones sexuales de seis a ocho semanas después de la histerectomía.

Efectos Físicos

Después de una histerectomía, los períodos menstruales cesan. La mujer ya no puede quedar embarazada. Los ovarios siguen produciendo óvulos que, al no ser fertilizados, se disuelven en el abdomen. Si los ovarios no han sido extirpados continuarán produciendo hormonas.

Una paciente que todavía tiene ovarios no experimentará los síntomas que acompañan frecuentemente a la menopausia, tales como los calores. Si los ovarios también fueron extirpados junto con el útero antes de la menopausia, entonces habrá efectos de tipo hormonal. Es como si el cuerpo experimentara la menopausia súbitamente, en vez de a lo largo de varios años como sucede normalmente. Esos síntomas con frecuencia pueden ser tratados con la hormona llamada estrógeno.

Efectos emocionales

Muchas mujeres experimentan una reacción emocional breve ante la pérdida del útero. Tal reacción depende de varios factores:

- El grado de preparación que tengan antes de la cirugía.
- El momento de su vida en el que se le practique la cirugía.
- Las razones a las que se debe la cirugía.
- Si el problema médico ha sido curado.
- Algunas pacientes se sentirán deprimidas porque ya no podrán tener hijos.

La histerectomía y vida sexual

Después de una histerectomía, algunas mujeres podrán notar cambios en sus relaciones sexuales. Debido a que el útero ha sido extirpado, ya no ocurrirán las contracciones uterinas que solían sentir durante el orgasmo.

Algunas mujeres, sin embargo, experimentan mayor placer. Ello podría deberse a que ya no temen quedar embarazadas y ya no sienten molestias. Si los ovarios no fueron extirpados, los genitales externos y la vagina no se verán afectados. En tal caso, con frecuencia no se observan cambios en la actividad sexual.

Por otro lado, si los ovarios fueron extirpados junto con el útero, la resequeidad vaginal puede constituir un problema durante el coito. El uso de estrógeno puede aliviar esta resequeidad.

Si el procedimiento quirúrgico hizo necesario acortar la vagina, la penetración profunda podría ser dolorosa. Tal vez fuera conveniente que se sitúe encima de la pareja o que mantenga las piernas menos separadas durante las relaciones sexuales.

Expectativas después de la cirugía

La mayoría de las pacientes se recuperan por completo después de una histerectomía y la extirpación de los ovarios junto con el útero ocasiona una menopausia inmediata, por lo cual se puede recomendar una terapia de reemplazo hormonal (estrógenos).

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO METODOLOGICO :

El presente es un estudio observacional de cohorte transversal descriptivo, retrospectivo, que se llevó a cabo en el Hospital Regional de Ica durante el periodo Junio 2007 a Mayo 2010.

3.2. PROCEDIMIENTOS Y RECOLECCION DE DATOS

3.2.1. INSTRUMENTOS :

Se elaboró una ficha recolectora de datos diseñada para estos efectos en la cual se anotó información referente a las a la edad en años cumplidos, estado civil, grado de instrucción, controles prenatales, fórmula obstétrica, momento de la

gestación al momento de la histerectomía, indicación de la histerectomía, estado de la paciente al egreso, reintervenciones, complicaciones post-operatorias, tipo de histerectomía practicada tipo de anestesia, vitalidad del feto al nacer, apgar del recién nacido.

3.2.2. PROCEDIMIENTOS :

Dicha información fue recolectada de los reportes operatorios del centro quirúrgico de donde se anotaron los números de historias clínicas de las pacientes para luego solicitarlas de los archivos de estadística e informática del hospital y poder llenar la ficha recolectora de datos prediseñada.

3.2.3. VALORACION

Recolectada la información se procesó mediante el empleo de equipos de cómputo, contando para ello con una computadora Pentium IV la que tiene instalado software estadísticos como el Epi-Info y SPSS que nos permiten realizar

análisis de medidas de tendencia central y medidas de dispersión y además pruebas de significancia estadística como la determinación del valor de p y Chi^2 .

3.3. UNIVERSO Y MUESTRA :

3.3.1. UNIVERSO :

Está formado por 11.130 gestantes que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica durante el periodo Junio 2007 a Mayo 2010. Dato importante para demostrar incidencia por cada 1.000 partos.

3.3.2. MUESTRA :

Se consideró el total de casos encontrados en pacientes que fueron sometidas a cesárea histerectomía, las cuales son 16 en total de casos durante el periodo Junio 2007 a Mayo 2010, y que reunían los criterios de inclusión y exclusión correspondientes.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

Criterios de Inclusión :

- Mujeres gestantes que fueron sometidas a cesárea histerectomía en el Hospital Regional de Ica durante el período Junio 2007 a Mayo 2010.
- Mujeres con gestación a término.
- Pacientes que no presenten patología clínica demostrable.

Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas incompletas.

3.5. VARIABLE

- Cesárea - Histerectomía

CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS

CUADRO N° 1

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A FRECUENCIA POR AÑO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA JUNIO 2007 – MAYO 2010

AÑO DE INGRESO	FRECUENCIA	%
2007	3	18,75
2008	5	31,25
2009	5	31.25
2010	3	18.75
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta

La frecuencia de casos en el periodo 2007 a 2010 fue de 16 casos de un total de partos de 11.130, de los cuales 7.912 fueron partos vaginales y 3.218 fueron cesáreas.

De éste total de casos terminaron en cesárea histerectomía equivalente a 0,4 % del total de cesáreas y una incidencia de 1,4 por cada mil partos.

CUADRO N° 2

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A

PROCEDENCIA POR REFERENCIA, EN EL

HOSPITAL REGIONAL DE ICA

JUNIO 2007 - MAYO 2010

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
CHINCHA	1	6,25
NAZCA	3	18,75
PISCO	2	12,5
PALPA	1	6,25
ICA	4	25
ACOMAYO	1	6,25
OCUCAJE	1	6,25
SUBTANJALLA	2	12,5
TATE	1	6,25
	16	100

FUENTE: Ficha de encuesta e Historias clínicas

Se observa que el mayor número de casos (9) correspondiente a 56,25 % fueron propias de la provincia de Ica y el resto de casos que representa el 43,75 % fueron referidas de otras provincias.

CUADRO N° 3

**INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN
RELACIÓN A ANTECEDENTE DE GESTACIÓN,
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA
JUNIO 2007 - MAYO 2010**

ANTECEDENTE DE GESTACIÓN	FRECUENCIA	%
1	4	25
2	5	31,25
3	3	18,75
5	1	6,25
6	2	12,5
8	1	6,25
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

Se observa que el 25 % de casos tuvieron antecedentes de haber sido su primera gestación y el 75 eran multigestas.

CUADRO N° 4

**INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN AL
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES, EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA JUNIO 2007 - MAYO 2010**

NÚMERO DE CPN	FRECUENCIA	%
0 – 3	9	56,25
4 – 6	2	12,5
7 – 9	3	18,75
10 a más	2	12,5
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

Se observa que el 56,25 % de las pacientes a quienes se les realizó cesárea histerectomía no tuvieron control prenatal adecuado, es decir menos de 4 controles prenatales y el 43,75 % si tuvo un control adecuado.

CUADRO N° 5

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA JUNIO 2007 - MAYO 2010

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	FRECUENCIA	%
NINGUNO	10	62,5
CESÁREA ANTERIOR	3	18,75
LEGRADO UTERINO	2	12,5
QUISTE DE OVARIO	1	6,25
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

El 62,5 % de los casos de cesáreas histerectomías no tuvieron ningún antecedente patológico y el 18,75 % tuvo una cesárea previa.

CUADRO N° 6
INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A LA
INDICACIÓN DE CESÁREA, EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE ICA JUNIO 2007 - MAYO 2010

INDICACIÓN DE CESÁREA	FRECUENCIA	%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO (SFA)	3	18,75
DPPNI	3	18,75
PLACENTA PREVIA	5	31,25
SFA + EXPULSIVO PROLONGADO	1	6,25
PODALICO	3	18,75
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO	1	6,25
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta y Libro de registro de cesáreas.

El 31,25 % de los casos de cesárea histerectomía tuvieron placenta previa , seguida del 18,75 % de casos con SFA, Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta y presentación podálica respectivamente.

CUADRO N° 7

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A LA

INDICACIÓN DE LA CESÁREA HISTERECTOMÍA,

EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA

JUNIO 2007 - MAYO 2010

INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA	FRECUENCIA	%
ATONÍA UTERINA	12	75
DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	1	6,25
ATONÍA UTERINA + DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	1	6,25
ATONÍA UTERINA + MIOMA CERVICAL	1	6,25
ÚTERO DE COUVALIERE	1	6,25
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta, Libro de Registro de Sala de Operaciones y Reporte Operatorio.

El 75 % de casos sometidos a cesárea histerectomía fue por causa de atonía uterina

CUADRO N° 8

**INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A LA
PÉRDIDA SANGUÍNEA DURANTE EL ACTO OPERATORIO,
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
ICA JUNIO 2007 - MAYO 2010**

CANTIDAD DE SANGRADO	FRECUENCIA	%
500 – 1.000	4	25
1.100 – 1.500	4	25
1.600 – 2.000	4	25
2.100 – 2.500	2	12.5
2.600 – 3.000	2	12.5
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

El 50 % de cesáreas histerectomías tuvieron pérdida sanguínea mayor de 1500 cc durante el acto operatorio.

CUADRO N° 9

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A TIEMPO OPERATORIO, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA JUNIO 2007 - MAYO 2010

TIEMPO OPERATORIO En minutos	FRECUENCIA	%
60 – 90	2	12,5
91 – 120	7	43,75
121 – 150	6	37,5
151 – 180	1	6,25
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta y Hoja de anestesia.

En el presente cuadro se observa que el 93,75 % de los casos tuvieron una duración menor de 150 minutos y sólo el 6,25 % tuvo un tiempo operatorio aproximado de 3 horas.

4.2. DISCUSIÓN

En el periodo de estudio realizado se produjeron en el Hospital Regional 11.130 partos, de estos 3.218 terminaron en cesáreas y se realizaron 16 histerectomías y se obtuvieron los resultados que se muestran a continuación.

El Hospital Regional de Ica es un centro de referencias de segundo nivel, por ello el 56,25 % de cesáreas histerectomías fueron procedentes de Centros de Salud y otros hospitales de la provincia de Ica y el 43,75 % fueron referidos de otros Centros hospitalarios de las Provincias de Ica.

En relación a la Paridad, en el Hospital Regional de Ica el 75% tuvieron antecedente de haber tenido una gestación previa.

Según la causa de indicación de la Histerectomía post cesárea se reporta que la primera causa es la atonía uterina con un 75 % .

Rivero Díaz y Col. sobre la causa de histerectomía halló como causa fundamental la atonía uterina en un 28,78 %.

Fuentes Gonzáles y Col. reporta que la causa fundamental que llevó a éste procedimiento fue la atonía uterina en el 28,2 %.

Si bien es cierto que la causa principal de la cesárea histerectomía coincide con la de otros estudios, sin embargo, se reporta un mayor porcentaje en éste estudio.

En relación al tiempo y a la pérdida sanguínea durante el acto operatorio se halló que el 50% tuvo una pérdida sanguínea mayor a 1.500cc y el 93,75 % de los casos el acto operatorio demoró menos de 2h y 30 minutos.

El tiempo de exposición del paciente sumado a la hemorragia sigue representando una de las causas de muerte más frecuente en nuestro país.

Cuando la hipovolemia es intensa aparece insuficiencia circulatoria y riego tisular insuficiente exponiendo a la madre a muerte o graves secuelas, por lo que el tiempo que se tome el cirujano durante el acto quirúrgico representa un aspecto importante a fin de disminuir el riesgo que el mismo acto implica y que sumado a la hemorragia duplican la posibilidad de morbimortalidad materna.

CONCLUSIONES

- La incidencia de Cesárea Histerectomía en el Hospital Regional de Ica en el periodo 2007 a 2010 es de 1,4 por cada 1.000 partos.
- La principal indicación de Cesárea Histerectomía fue por atonía uterina en un 75 %.
- El 75 % de casos de cesáreas histerectomías tuvieron un sangrado menor a 1.500cc.
- El 93,75 % de los casos tuvieron una duración menor de 150 minutos y sólo el 6,25 % tuvo un tiempo operatorio aproximado de 3 horas.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario un buen control prenatal, pensar en esta complicación ante un paciente con factores de riesgo.
2. La identificación de las pacientes de alto riesgo previo al parto ayuda a realizar un procedimiento programado evitando con ello complicaciones inesperadas, pudiendo en algunos casos quitar o demorar la decisión de realizar la histerectomía.
3. El manejo de la atonía uterina debe hacerse con el adecuado cumplimiento de los protocolos del servicio de Gineco-obstetricia.
4. Todos los profesionales involucrados en la atención de la gestante tanto a nivel primario como de otros niveles superiores deben extremar cuidados en el seguimiento y terminación del parto sobre todo en aquellas pacientes con mayor susceptibilidad.

5. Siendo la cesárea hysterectomía un procedimiento ligado a riesgo incrementado de morbimortalidad materna, es conveniente tomar acciones inmediatas anteponiendo la vida de la madre antes cualquier duda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Bejar Cuba, J.** Histerectomía De Emergencia Durante La Gestación, En El Instituto Materno Perinatal: Incidencia Y Factores Asociados, Enero 1999 - Diciembre 2006. Biblioteca Facultad De Medicina San Fernando. Lima 2006.
2. **Illia, R; Presta, E.; Lopez D'Amato, F.; Bertot M., J.** La Histerectomía Obstétrica: Epidemiología, Factores Condicionantes, Resultados Perinatales Y Complicaciones Maternas En Tres Centros Obstétricos De La República Argentina. Mayo 2001. Volumen 60 - Número 653 P. 181 – 189
3. **Ramírez Ocaña:** Cesárea Histerectomía En El Hospital Almenara Irigoyen Y Centro Médico Naval Durante Los Años 1992 - 2001. Biblioteca Facultad De Medicina San Fernando. Unmsm. Lima 2001.
4. **Orderique L. Chumbe O.:** Cesárea Histerectomía En El Hospital Maria Auxiliadora. Ginecología Y Obstetricia. Biblioteca Facultad De Medicina San Fernando. Lima 2001; 44; 61:64.

5. **Flores N., J.; Angulo P., J.A.; Martínez V., G.; Valle S., V.; Hernández-V., M.** Indicaciones Y Factores De Riesgo Para Histerectomía Obstétrica De Urgencia / Indications And Risk Factors For Emergency Obstetric Hysterectomy. Ginecol. Obstet. Méx, Junio 2002; 70:289-294.
6. **Castro C., P.; Bravo O., E.; Bennett R., C.; Franck K., C.; Prado G., J.; Carmona B., A.** Histerectomía Vaginal En Pacientes Con Antecedentes De Cicatriz De Cesárea / Vaginal Hysterectomy In Patients With Previous Cesarean Section. Rev. Chil. Obstet. Ginecol; Chile 2001; 66:492-496.
7. **Peralta A., Y.** Morbimortalidad En Mujeres A Quienes Se Les Realizó Cesárea- Histerectomía Hospital Bertha Calderón Roque: Enero 1996- Diciembre 2000 / Morbi- Mortality In Women Whom Cesarean Section Hysterectomy Were Carried Out. Hospital Bertha Calderón Roque: January 1996 - December 2000. Managua; S.N; Ene. 2001. 62 P.
8. **Aguero, O.** Histerectomías Obstétricas En Hospital Privado / Obstetric Hysterectomies In Private Hospital. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela; Dic. 2007; 60:239-243.

9. **Ahued - Ahued Jose.** Cesárea Histerectomía. Ginecol. Obstetricia Mex. 2006; Vol. 55. 47:52.
10. **Davis, M E:** Complete Cesarean Hysterectomy; Logical Advance In Modern Obstetric Surgery. Amer. J. Obstet. Gynec. 1951;62:838.
11. **Taylor, I:** Gastro-Hysterectomy, Or The Recent Modification Of The Cesarean Section By E. Porro. Amer. J. Med. Csi. 1996-2000; 80:129.
12. **Michael R. Foley:** Cuidados Intensivos En Obstetricia. Manual Práctico. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 2000; 32:49.
13. **Garcia A, F.A.; Donayre, A.** Cesárea-Histerectomía En El Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima, Perú; Cesarean-Hysterectomy. Ginecol. & Obstet; Lima Oct. 1999, 45(4):280-5.
14. **Meza M. .Guarnizo E.:** Cesárea Histerectomía En La Obstetricia Actual. Instituto Materno Perinatal (Ex Maternidad De Lima) 1993 - 2003. Me/Wq/430/M49. Biblioteca Facultad De Medicina San Fernando. Unmsm Lima 2003.

15. **Farreras Rozman.** Tratado De Medicina Interna, 13ª Edición Volumen II, 2001. Sección 24, Pág. 1646 – 1650.
16. **Manual Washington, Terapéutica Medica,** Edit. Masson, Año 2000, Pág.417–420; 426–430
17. **Harrison: Principios De Medicina, 13ª Edición,** Volumen II Cap. 302 Al 305 Y 307, Pág. 1976–1996;2006
18. **Storer, H. R.** :Recopilations Of Succesful Removal Of The Uterus And Both Ovaries By Abdominal Section; The Tumor, Fibro-Cistyc, Weighting Thirty - Seven Pounds. Amer. J. Med. Sci. 2002; 51:110.
19. **Te Linde:** Ginecología Quirúrgica, Octava Edición 1998-2001. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires 2001 879:895.
20. **Porro, E.:** Dell' Amputazione Útero-Ovárica Come Complemento Di Taglio Cesáreo. Ann. Aniv.. Med. E Chir. Reimp. 2002; 237:289.
21. **Rebollo A.F. Herrero.** La Cesárea Histerectomía En La Obstetricia Actual Toko Gin Práctica 1989. Vol. 48; 587:589.

22. **Wang Df.** Analysis Of Hysterectomies In 118 Obstetric Cases. Chung-Hua-Fu-Chan 2003. Vol 26. 221:251.
23. **Schwartz W. Thurnau G.** Tratado De Obstetricia : Interamericana Mcgraw-Hill. México 1995, Reimp. Mex. 2003:423-433.
24. **Williams & Wilkins:** Post Abortion Infection And Septic Shock. En: Infectious Diseases Of The Female Genital Tract. Sweet R, Gibbs R li Edition Usa, 2004.
25. **Galindez, Juan; Webster Maria ; Acosta , Enrique ; Blanco, Pedro.** Histerectomias Obstetricas. Rev. Obstet. Ginecol Venezuela 2004, 50 (1) 28 – 30 .
26. **Orderique, Luis; Chumbe, Ovidio.** Cesárea Histerectomia En El Hospital María Auxiliadora. Rev. Ginecología Y Obstetricia Perú, Abril 1998-2004.

VI. ANEXO

FICHA DE ENCUESTA

"Cesárea Histerectomía en el Hospital Regional de Ica,

Período Junio 2007 – Mayo 2010."

FICHA : _____

NOMBRE : _____

DOMICILIO : _____

OCUPACION : _____ Edad : _____

EST-CIVIL:

1. Soltera
2. Casada
3. Estable
4. Otro

INSTRUCCIÓN:

1. Analfabeta.
2. Primaria
3. Secundaria
4. Técnica
5. Superior

PROCEDENCIA:

1. Urbano
2. Urbano Marginal.
3. Rural

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

LUGAR CPN:

1. Hospital
2. Centro de Salud
3. Puesto Salud
4. Privado
0. Ninguno

G : ____ P : ____ A : ____

N° C.P.N. : _____

E.G. : _____

P.INTERGEN. : _____

ANTECEDENTES PERSONALES : _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS : _____

APGAR: al 1 min.: _____ 5 Min. _____

IND. DE CESÁREA: _____

IND. DE HISTERECTOMÍA: _____

CANTIDAD SANGRADO: _____ ml. TIEMPO OPERATORIO: _____ min.

CUADRO N° 10

**INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN COMPARACION
CON OTROS ESTUDIOS, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA**

JUNIO 2007 – MAYO 2010

ESTUDIO	PACIENTES	INCIDENCIA
HOSPITAL REGIONAL	16	1.4 X 1.000 Partos 0.49 % de cesáreas
INSTITUTO VENEZOLANO SEGURO SOCIAL		0.58 x 1.000 partos 0.06 % de cesáreas
HOSPITAL Dr. ADOLFO PRINCE LARA VENEZUELA	18	0.46 x 1.000 Partos 0.05 % de cesáreas
HOSPITAL NACIONAL BERTHA CALDERON - MANAGUA NICARAGUA (PERALTA)	49	0.6 x 1.000 partos 0.1 % de cesáreas

FUENTE : Ficha de encuesta

La frecuencia de casos en el periodo 2007 a 2010 fue de 16 casos de un total de partos de 11.130, de los cuales 7.912 fueron partos vaginales y 3.218 fueron cesáreas. De éste total de casos terminaron en cesárea histerectomía equivalente a 0,4 % del total de cesáreas y una incidencia de 1,4 por cada mil partos.

La Incidencia en el Hospital de Ica es mayor con respecto a otros países.

CUADRO N° 11

**INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA EN COMPARACION CON OTROS
ESTUDIOS JUNIO 2007 – MAYO 2010**

ESTUDIO	PACIENTE	INCIDENCIA
HOSPITAL REGIONAL	16	1.4 X 1.000 partos 0.49 % de cesáreas
HOSPITAL ALMENARA		0.94 x 1.000 partos 0.3 % de cesáreas
HOSPITAL NAVAL	20	0.5 x 1.000 partos
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA		6.6 x 1.000 partos 0.7 % de cesáreas
INSTITUTO MATERNO PERINATAL	120	1.06 x 1.000 partos

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

La incidencia de Cesárea histerectomía es similar a otros estudios a nivel nacional, con aproximadamente 0.5 % del total de cesáreas.

CUADRO N° 12

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A OCUPACIÓN MATERNA, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA JUNIO 2007 - MAYO 2010

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
AMA DE CASA	14	87,5
ESTUDIANTE	2	12,5
TOTAL	16	100

FUENTE: Ficha de encuesta e Historias clínicas

El 87,5 % de los casos de cesárea histerectomía se realizaron a pacientes cuya ocupación era Ama de casa.

CUADRO N° 13

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A LA EDAD MATERNA, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA JUNIO 2007 - MAYO 2010

EDAD (Años)	FRECUENCIA	%
16 – 20	3	18,75
21 – 25	4	25
26 – 30	2	12,5
31 – 35	5	31,25
36 – 40	1	6,25
41 -44	1	6,25
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

Se observa que el grupo etareo entre 31 y 35 años ,
equivalente al 31,25 % tuvo mayor frecuencia de cesárea histerectomía
seguido del grupo etareo de 21 a 25 años con el 25 %.

CUADRO N° 14

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACION A

ESTADO CIVIL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA

JUNIO 2007 - MAYO 2010.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
SOLTERA	3	18,75
CASADA	4	25
CONVIVIENTE	9	56,25
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

Se observa que el 56,5 % de los casos de cesárea histerectomía tenían estado civil de conviviente, seguida de madres casadas en el 25 %.

CUADRO N° 15

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A GRADO DE INSTRUCCIÓN, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA JUNIO 2007 - MAYO 2010

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	%
ANALFABETA	1	6,25
PRIMARIA	2	12,5
SECUNDARIA	9	56,25
SUPERIOR	4	25
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

El 56,25 % de las mujeres sometidas a cesárea histerectomía tuvieron un grado de instrucción secundario y el 25 % nivel superior.

CUADRO N° 16

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A PROCEDENCIA, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA JUNIO 2007 - MAYO 2010

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
URBANO	5	31,25
URBANO	4	25
MARGINAL		
MARGINAL	7	43,75
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

El 43,75 % de las cesáreas histerectomías eran procedentes de la zona rural y el 31,25 % eran procedentes de la zona urbana.

CUADRO N° 17

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A ANTECEDENTE DE GESTACIÓN, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA JUNIO 2007 - MAYO 2010

ANTECEDENTE DE GESTACIÓN	FRECUENCIA	%
1	4	25
2	5	31,25
3	3	18,75
5	1	6,25
6	2	12,5
8	1	6,25
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

Se observa que el 25 % de casos tuvieron antecedentes de haber sido su primera gestación y el 75 eran multigestas.

CUADRO N° 18

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A ANTECEDENTE DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA JUNIO 2007 - MAYO 2010,

ANTECEDENTE DE PARTO	FRECUENCIA	%
NINGUNO	4	25
1	3	18,75
2	4	25
4	1	6,25
5	2	12,5
7	1	6,25
9	1	6,25
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

Se observa que el 25 % de los casos sometidos a cesárea histerectomía no tenían antecedentes de haber tenido un parto previo y el 75 % era multípara.

CUADRO N° 19

**INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A
ANTECEDENTE DE ABORTO
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA
JUNIO 2007 - MAYO 2010.**

ANTECEDENTE DE ABORTO	FRECUENCIA	%
NINGUNO	11	68,75
UNO	5	31,25
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

En el siguiente cuadro se observa que el 68,75 % no presentó ningún antecedente de aborto y el 31,25 % tuvo antecedente de aborto.

CUADRO N° 20

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A LA EDAD GESTACIONAL, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA JUNIO 2007 - MAYO 2010

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	%
32	1	6,25
36	1	6,25
38	3	18,75
39	4	25
40	5	31,25
41	1	6,25
42	1	6,25
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

El 82,5 % de cesáreas histerectomías eran gestaciones a término; el 12,5 % eran pretérminos y el 6,25 % era postérmino.

CUADRO N° 21

INCIDENCIA DE CESÁREA HISTERECTOMÍA EN RELACIÓN A PERIODO INTERGENÉSICO, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA JUNIO 2007 - MAYO 2010

PERIODO INTERGENÉSICO EN AÑOS	FRECUENCIA	%
< 2	7	43,75
2 a 5	6	37,5
> 5	3	18,75
TOTAL	16	100

FUENTE : Ficha de encuesta e Historias clínicas

Se observa que el 43,75 % de cesáreas histerectomías se produjo en pacientes que tenían menos de dos años desde el último parto y el 18,75 % con periodo intergenésico largo.

Operacionalización de Variables.

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Cesárea	Cualitativa	De Razón
Histerectomía	Cualitativa	De Razón
Edad	Cuantitativa	De Razón
Instrucción	Cualitativa	Nominal
Ocupación	Cuantitativa	De Razón
Antecedentes Personales	Cuantitativa	Nominal
Antecedentes Patológicos	Cuantitativa	Nominal
Edad Gestacional	Cuantitativa	De Razón
Paridad	Cuantitativa	De Razón
Control prenatal	Cuantitativa	De Razón
Periodo Intergenésico	Cuantitativa	De Razón
Apgar del recién nacido	Cuantitativa	De Razón
Sangrado	Cuantitativa	De Razón
Tiempo operatorio	Cuantitativa	De Razón