

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**

**"FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LAS  
HISTERECTOMÍAS OBSTÉTRICAS DE EMERGENCIA EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
PERIODO 1995-2005"**

**TESIS**

**Presentado Por:**

**Bach. Esteban Rey Paniagua Mamani**

**Para optar el Título Profesional de:**

**Médico Cirujano**

**TACNA - PERÚ**


**2006**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

"Factores clínico-epidemiológicos asociados a las  
Histerectomías Obstétricas de Emergencia en el  
Hospital Hipólito Unanue de Tacna  
Periodo 1995-2005"

APROBADO POR EL JURADO INTEGRADO POR

DR. JAIME VARGAS ZEVALLOS: .....



PRESIDENTE

DRA. LETICIA VIZCARRA ROJAS: .....




PRIMER MIEMBRO

DR. LUDWIN NUÑES LUNA: .....



SEGUNDO MIEMBRO

DR. CLAUDIO RAMIREZ ATENCIO: .....



DIRECTOR DE TESIS

## DEDICATORIA

Con todo cariño y amor dedico el presente trabajo de tesis a mi madre que en paz descansa a mi padre y hermanos que durante mi formación profesional con su esfuerzo y comprensión supieron apoyarme en todo momento.

A mis docentes que durante mi formación profesional evocaron sus conocimientos y sabiduría, perdurando mi eterno agradecimiento.

"Factores Clínico-epidemiológicos Asociados a las  
Histerectomías Obstétricas de Emergencia en el  
Hospital Hipólito Unanue de Tacna  
Periodo 1995-2005"

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1.1. El Problema .....	1
1.1.1. Descripción del Problema .....	1
1.1.2. Formulación del Problema .....	2
1.1.3. Justificación del Problema .....	3
1.2. Objetivo .....	5
1.2.1. Objetivo General .....	5
1.2.2. Objetivos Específicos .....	5
1.3. Hipótesis .....	6
1.4. Diseño Metodológico .....	6

1.4.1. Tipo y diseño .....	6
1.4.2. Universo y muestra .....	6
a) Universo .....	6
b) Muestra .....	7
1.4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	7
1.4.4. Procesamiento y análisis de datos.....	8
1.4.5. Análisis e interpretación de resultados..	8
Operacionalización de Variables .....	9
Indicadores .....	10

## CAPITULO II

2.1. Antecedentes .....	14
2.2. Marco Teórico .....	19
2.2.1. Definición .....	19
2.2.2. Historia .....	20
2.2.3. Indicaciones .....	21
2.2.4. Tipos de Histerectomías .....	24

### CAPITULO III

RESULTADOS .....	28
------------------	----

### CAPITULO IV

DISCUSION Y COMENTARIOS .....	74
-------------------------------	----

### CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	82
5.1 Conclusiones .....	82
5.2 Recomendaciones .....	84

### CAPITULO VI

BIBLIOGRAFÍA .....	85
--------------------	----

ANEXOS

**"Factores clínico-epidemiológicos asociados a las  
Histerectomías Obstétricas de Emergencia en el  
Hospital Hipólito Unanue de Tacna  
Periodo 1995-2005"**

**RESUMEN:**

Este trabajo de investigación se llevó a cabo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Departamento de Gineco-obstetricia, con el objetivo de conocer los factores clínico-epidemiológicos asociados a las histerectomías durante la gestación (Histerectomía Obstétrica), para lo cual se recurrió a la revisión del total de casos de este procedimiento (34 pacientes) ocurridos durante 10 años desde enero de 1995 a diciembre del 2005. En este lapso se registraron 33825 partos de los cuales 6437 (19%) fueron por cesárea.

La edad promedio de las pacientes fue de 31.7 +/- 6.12 años (rango de 18 a 44 años), con una paridad promedio de 2.65 +/- 1.16 gestaciones (rango de 1 a 7). El 50% no tenía control prenatal, el 95% ingresaron por emergencia; con edades gestacionales entre el 1er y 2do trimestre el 29.4% y el 3er trimestre y puérperas el 70.6%.

La incidencia global fue de 1.01 histerectomías por cada 1000 partos.

Las principales indicaciones de Histerectomía Obstétrica fueron el acretismo placentario (29.4%), seguido de la atonía uterina post-parto (26.5%) y la sépsis (17.6%). Se practicó Histerectomía Abdominal Subtotal en un 70.6%. El 14.3% fue cesárea histerectomía. La mortalidad fue del 0% y el 94% fue dada de alta mejorada. Las complicaciones post-operatorias más frecuentes fueron la anemia (35.3%), CID (17.6%), la infección urinaria (17.6%) y la infección de herida operatoria (5.9%).

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.



## SUMMARY

This investigation work was carried out in the Hospital Hipólito Unanue of Tacna, in the Service of Gynecology-obstetrics, with the objective of knowing the clinical and epidemic factors associated to the hysterectomies during the gestation (Obstetric Hysterectomy), for that which was appealed to the revision of the total of cases of this procedure (34 patients) happened during 10 years from January from 1995 to December of the 2005. In this time they registered 33825 childbirths of those which 6437 (19%) they were for Caesarean operation.

The age average of the patients was of  $31.7 + / - 6.12$  years (range of 18 to 44 years), with a parity average of  $2.65 + / - 1.16$  gestations (range of 1 at 7). 50% didn't have prenatal control, 95% they entered for emergency; with ages gestacionales between the 1er and 2do trimester 29.4% and the 3er trimester and puérperas 70.6%.

The global incidence was of 1.01 hysterectomies for each 1000 childbirths.

The main indications of Obstetric Hysterectomy were the acretismo placentario (29.4%), followed by the atony uterine post-childbirth (26.5%) and the sépsis (17.6%). he/she was practiced Hysterectomy Abdominal Subtotal in 70.6%. 14.3% was Caesarean hysterectomy. The mortality was of 0% and 94% it was given of improved discharge. The most frequent post-operative complications were the anemia (35.3%), CID (17.6%), the infection urinaria (17.6%) and the infection of operative wound (5.9%).

The obstetric hysterectomy is a relatively frequent procedure that is used as a resource to save the mother's life and its technique requires to be learned by all specialist in gineco-obstetrics.

## INTRODUCCIÓN

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 sépsis que no responda a los antibióticos y que requiera una desfocalización.

La frecuencia de histerectomías en emergencias obstétricas se han incrementado levemente en la actualidad por el antecedente de secciones 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 enfermedad ante una paciente con factores de riesgo.

La histerectomía obstétrica, considerada desde hace un tiempo como única alternativa terapéutica en el manejo de patologías hemorrágicas y/o sépticas con el fin de salvar la vida de la paciente, está siendo cada vez más infrecuente por el desarrollo de procedimientos quirúrgicos, mejores condiciones de asepsia, mayor

disponibilidad de antibióticos y uterotónicos y optimización del uso de sangre y hemoderivados.

Muy pocos estudios, en nuestro medio, informan sobre la frecuencia y repercusiones materno-perinatales de la cesárea obstétrica de urgencia. Esta falta de trabajos de investigación sobre el tema nos motiva para desarrollar el presente proyecto de investigación.

## CAPITULO I

### 1.1. El Problema

#### 1.1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Clásicamente la exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto o aborto incluso en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica (1,5). Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está o/a sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano y de urgencia.

La histerectomía obstétrica es frecuentemente realizada como un proceder de emergencia para salvar la vida de la mujer, esta puede ser llevada a cabo durante el embarazo, el parto o el puerperio. Su indicación obedece a procesos graves que de no solucionarse oportunamente llevarían al traste con la vida de la paciente. Entre sus causas más frecuentes se señala la atonía uterina, la rotura uterina, la hemorragia post cesárea y las infecciones.(1)

La histerectomía obstétrica es una operación que generalmente se practica cuando la vida de la paciente está en franco peligro, es una

indicación que en esencia incluye una emergencia médica y requiere del conocimiento, experiencia y destreza por parte del equipo de cirujanos.

La histerectomía obstétrica de urgencia es un procedimiento poco frecuente, pero en los últimos años se ha reportado un incremento de la incidencia de histerectomías de urgencia (2), como secuela de secciones uterinas por cesáreas previas. Se ha demostrado que las mujeres que presentan historia previa de sección uterina por cesárea incrementan en la probabilidad de requerir histerectomías por causas obstétricas que aquellas que no presentan ese antecedente.

La falta de trabajos de investigación sobre el tema nos motiva para desarrollar el presente proyecto de investigación.

#### 1.1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuales son los factores clínico-epidemiológicos asociados a las Histerectomías obstétricas de Emergencia en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 1995-2005?

### 1.1.3. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La hemorragia del post parto es una de las principales causas de mortalidad materna, y en Estados Unidos esta complicación explica alrededor de 10,5% de las muertes maternas no abortivas.

La histerectomía obstétrica de urgencia es un procedimiento no muy frecuente, que consiste en la extirpación del Útero en el curso de una operación cesárea, parto o aborto.

Pero en los últimos años se ha reportado un incremento de la incidencia de histerectomías de urgencia, como secuela de secciones uterinas por cesáreas previas. Se ha demostrado que las mujeres que presentan historia previa de sección uterina por cesárea incrementan en la probabilidad de requerir histerectomías por causas obstétricas que aquellas que no presentan ese antecedente.

Este procedimiento quirúrgico, la mayoría de veces, por ser de emergencia, acarrea una mayor morbi-mortalidad fetal, neonatal y materna, si es comparada con el parto por vía cesárea y más aún cuando esta comparación se hace con el parto vaginal. Dichas complicaciones tienen relación

directa con las complicaciones del embarazo, edad gestacional, condiciones y equipamiento del establecimiento, la intervención oportuna del cirujano y neonatólogo, entre otras.

La investigación a desarrollarse aborda un problema de interés, ya que 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 evitar o demorar la decisión de realizar la histerectomía.

El objetivo del presente trabajo es determinar los factores causales, frecuencia, indicaciones, morbi-mortalidad perinatal y materna de la cesárea más histerectomía en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna.

La falta de trabajos de investigación sobre el tema nos motiva para desarrollar el presente proyecto de investigación, esperando que los resultados obtenidos permitan ajustar protocolos de atención y unificar los criterios para identificar a las gestantes de alto riesgo de requerir histerectomía obstétrica. Y de esta manera contribuir a disminuir la incidencia de



este tipo de operaciones de urgencia evitando las posibles complicaciones que esta implica.

## 1.2. OBJETIVO

### 1.2.1. Objetivo General

1. Determinar los factores clínico-epidemiológicos asociados a las Histerectomías de emergencia en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 1995-2005.

### 1.2.2. Objetivos Especificos

1. Determinar las principales indicaciones de la Histerectomía de Urgencia en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna.
2. Conocer la incidencia de la Histerectomía de emergencia durante el periodo 1995-2005 en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna.
3. Identificar las principales características socio-culturales de las pacientes a quienes se les realizó Histerectomía de Urgencia en el Hospital De Apoyo Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 1995-2005.
4. Identificar los principales antecedentes obstétricos de las pacientes a quienes se les realizó

Histerectomía de Urgencia en el Hospital De Apoyo Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 1995-2005.

5. Conocer la incidencia de pacientes histerectomizadas por parto por cesarea y por parto vaginal
6. Determinar los resultados materno-perinatales de los recién nacidos vivos y muertos de las pacientes a quienes se les realizó Histerectomía de urgencia.

### **1.3. HIPÓTESIS**

1. "Las indicaciones mas importantes de la Histerectomía de emergencia en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 1995-2005, son acretismo placentario y la atonía uterina".

### **1.4. DISEÑO METOLOGICO**

#### **1.4.1 Tipo y Diseño**

El diseño del presente estudio es observacional, de cohorte, transversal descriptivo y retrospectivo.

#### **1.4.2. Universo y muestra**

##### **a) Universo**

Se tomó como el universo a las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de emergencia en el

Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre enero de 1995 a diciembre del 2005.

**b) Muestra**

El marco muestral para el presente estudio se consideró al 100% de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión.

**1.4.3. Técnica e instrumento de recolección de datos**

Se recurrió a los libros de reporte operatorio de sala de operaciones de donde se extrajeron los números de historia clínica de las pacientes, con este dato se acudió al servicio de archivo de Estadística y se transcribieron los datos pertinentes de las historias clínicas en una ficha patrón diseñada para este efecto, donde se consignaron la edad en años cumplidos, el estado civil, la ocupación, el grado de instrucción, el control prenatal, la fórmula obstétrica, momento de la gestación al momento de la histerectomía (trimestre gestacional o puerperio), indicaciones de la histerectomía, estado de la paciente al egreso, reintervenciones, complicaciones post-operatorias (se consideró la complicación más relevante), la estancia materna, el tipo de

histerectomía practicada y el tratamiento quirúrgico de los anexos, el tiempo operatorio, el tipo de anestesia, los resultados perinatales para los casos pertinentes incluyendo el tipo de parto, vitalidad del feto al nacer, Apgar al minuto y a los 5 minutos y el peso del recién nacido. Se incluyeron en el estudio el 100% de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión: paciente a quien se le realizó histerectomía durante la gestación, periodo de puerperio (hasta los 45 días) o post aborto.

#### **1.4.4. Procesamiento e Presentación de Datos**

Los datos así obtenidos fueron procesados por computadora para lo cual se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 9.0, los datos están presentados en tablas y gráficos expresados en frecuencias y porcentajes.

#### **1.4.5. Análisis e interpretación de resultados**

Para el análisis de los datos se ha utilizado pruebas estadísticas pertinentes para el tipo de estudio, porcentajes, tasas, riesgo relativo.

## Operacionalización de las Variables

### 1. Variable Dependiente

Histerectomía Obstétrica

Tipo: cualitativo

Escala: nominal

### 2. Variables Independientes

Indicaciones de la histerectomía

Tipo: cualitativo

Escala: nominal

### 3. Variables Intervinientes

- Características maternas generales: edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción.
- Características Obstétricas: control prenatal, paridad, cesareas previas, momento de la gestación.
- Resultados maternos: vía final del parto, egreso materno, reintervenciones, morbilidad post-operatoria, estancia materna.
- Resultados del acto quirúrgico: tipo de cirugía, tratamiento de los anexos, tiempo operatorio, tipo de anestesia.
- Datos del recién nacido: resultado perinatal, edad gestacional, peso del recién nacido, Apgar al minuto y apgar a los 5 minutos.

## INDICADORES

	VARIABLES	INDICADORES
CARACTERISTICAS MATERNAS GENERALES	<b>Edad:</b> Tipo: cuantitativo Escala: discontinuo	1. < 20 años 2. 21- 35 años 3. > 35 años
	<b>Estado civil:</b> Tipo: cualitativo Escala: nominal	1. Conviviente 2. Casada 3. Soltera 4. Otro
	<b>Grado de instrucción:</b> Tipo: cualitativo Escala: nominal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior
	<b>Ocupación:</b> Tipo: cualitativo Escala: nominal	1. Su casa 2. Comerciante 3. Empleada 4. Estudiante 5. Agricultor 6. Otro
DATOS OBSTETRICOS	<b>Control Prenatal:</b> Tipo: cuantitativo Escala: discontinuo	1. Ninguno 2. 1 - 3 3. 4 - 6 4. 7 ó más
	<b>Paridad:</b> Tipo: cuantitativo Escala: discontinuo	1. Nulipara 2. Primipara 3. De 2 a 3 partos 4. De 4 a 5 partos 5. > 6 partos

DATOS  OBSTETRICOS	<b>Cesáreas previas:</b> Tipo: cuantitativo Escala: discontinuo	1. Ninguno 2.1 3.2 4.3 ó más
	<b>Momento de la Gestación:</b> Tipo: cualitativo Escala: nominal	1. Primer trimestre 2. Segundo trimestre 3. Tercer trimestre y puerperio
INDICACIONES  DE LA  HISTERECTOMIA	<b>Indicaciones de la histerectomía:</b> Tipo: cualitativo Escala: nominal	1. Acretismo placentario 2. Atonía uterina 3. Sépsis 4. Utero Couvelaire 5. Ruptura/perforación 6. Otros
RESULTADOS  MATERNOS	<b>Vía final del parto:</b> Tipo: cualitativo Escala: nominal	1. Vaginal 2. Cesárea
	<b>Egreso Materno:</b> Tipo: cualitativo Escala: nominal	1. Mejorado 2. Transferido 3. Fallecido 4. Curado
	<b>Reintervenciones:</b> Tipo: cualitativo Escala: nominal	1. Si 2. No
	<b>Morbilidad Postoperatoria:</b>	1. Ninguna 2. Anemia aguda severa

RESULTADOS MATERNOS	Tipo: cualitativo Escala: nominal	3.CID 4.Infec. de herida operatoria 5.Insuficiencia renal aguda 6.Infección de Orina 7.Otro
	<b>Estancia Materna:</b> Tipo: cuantitativo Escala:discontinuo	1.< 5 días 2.5 - 10 días 3.> 10 días
DATOS DEL ACTO QUIRURGICO	<b>Tipo de cirugía:</b> Tipo: cualitativo Escala: nominal	1.Histerectomía abdominal total 2.Histerectomía abdominal subtotal 3.Histerectomía vaginal 4.Histerectomía Radical Wertheim
	<b>Tratamiento de los anexos:</b> Tipo: cualitativo Escala: nominal	1.Salpingo-ooforectomia (SOF) bilateral 2.SOF unilateral 3.Sin SOF
	<b>Tiempo operatorio:</b> Tipo: cuantitativo Escala:discontinuo	1.60 minutos 2.61 - 120 minutos 3.>120 minutos 4.No consignado
	<b>Tipo de anestesia:</b> Tipo: cualitativo Escala: nominal	1.General 2.Regional 3.Regional+ convertida
	<b>Resultados perinatales:</b> Tipo: cualitativo Escala: nominal	1.Vivo 2.Obito 3.No consignado



	Escala: nominal	
DATOS	<b>Edad gestacional:</b>	1. <20 semanas
	Tipo: cuantitativo	2. 20-27sem.6días
DEL RECIEN	Escala:discontinuo	3. 28-36sem.6días
		4. 37-41sem.6días
		5. >=42 semanas
NACIDO	<b>Peso:</b>	1. <1000 gr.
	Tipo: cuantitativo	2. 1000 a 1499 gr.
	Escala:discontinuo	3. 1500 a 2499 gr.
		4. 2500 a 3999 gr.
		5. >=4000 gr.
	<b>Apgar al minuto:</b>	1.0 -3
	Tipo: cuantitativo	2.4 - 7
	Escala:discontinuo	3.8 - 10
	<b>Apgar a los 5</b>	1.0 -3
	<b>minutos:</b>	2.4 - 7
	Tipo: cuantitativo	3.8 - 10
	Escala:discontinuo	

## Capítulo II

### 2.1. ANTECEDENTES

Si bien desconocemos la real incidencia de las histerectomías obstétricas, varios autores han comunicado índices de 0.5 a 1.5 por mil partos. Clark y col en 1984 revisaron 70 casos de histerectomía periparto de emergencia a causa de hemorragias obstétricas y concluyeron que el 86% se realizaron después de una cesárea y 14% después de partos vaginales, casi las tres cuartas partes de los casos se debieron a atonía uterina o acretismo placentario(18) (19).

En nuestro medio los trabajos de investigación realizados son mayormente en relación a la cesárea-histerectomía, es así que Bejar Cuba IMP reportaron 132 casos entre enero de 1999 a diciembre de 2000 haciendo una incidencia de 3.12 por 1000 partos, 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(40). García en el Hospital Guillermo Almenara reporta que entre 1991 a 1998 el 0.33% de las cesáreas terminaron en histerectomía

haciendo una incidencia de 0.94 por 1000 partos (22). 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 (23). Meza y Guarnizo en el IMP reportan 120 casos de cesárea histerectomía entre 1989 a 1993 con una incidencia de 1 histerectomía por cada 941 nacimientos (24), Orderique en el Hospital María Auxiliadora 1988-1997 6.62 por 1000 partos (34). Otros autores tanto a nivel nacional como en otros países reportan que entre el 0.05% hasta 1.6% de las cesáreas terminan en histerectomía (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (35) (36) (37).

Navia y col. En Chile evalúan 52 casos de histerectomía obstétrica, obteniendo una incidencia de 1 por cada 2283 partos (0.44 por 1000), el 15.39% durante el 1er y 2do trimestre y el 84.61% en el 3er trimestre, la principal indicación fue la inercia uterina (25.00%), seguida del acretismo (21.15%) (38).

La incidencia de histerectomía periparto de urgencia ha variado mucho en informes de la experiencia de diferentes hospitales. Los estudios mas recientes de

Estados Unidos reportan una tasa de casi 1.5 en 1000 partos. En un estudio reciente Elana S. Kastner encuentra 48 casos durante 7 años con una incidencia de 1.4 por 1000 partos, la indicación mas frecuente era por placenta acreta 48.9% (12 con placenta previa 11 sin placenta previa), seguido de la atonía uterina 29.8%, placenta previa sin acretismo 8.5%, laceración uterina 4.3%, la placenta acreta era mas común en multiparas 58.8%, la atonía uterina mas común en primiparas 69%, y 95.6% de mujeres con placenta acreta tenia al menos un curetaje o era cesareada anterior (3). En otro estudio la incidencia de histerectomía después de una cesárea era de 8.3 en 1000 y 0.087 en 1000 después de un parto vaginal, en este estudio 94.5% de las pacientes tuvieron parto por cesárea y 66.7% de ellas tenia antecedente de esta operación. Las indicaciones de histerectomía de urgencia fueron placentación con adherencia anormal 64%, atonía uterina 21% y otras causas 17% (sépsis, fibromas y desgarros de la cicatriz uterina), las nulíparas tenían riesgo de histerectomía de 0.43 en 1000 partos y aquellas con una paridad de por lo menos cuatro tenían una tasa de 6.57 en 1000, en las mujeres que han tenido parto esta tasa aumento a 21 en 1000 si había placenta previa y 65 en 1000 si había

antecedente de cesárea. Los últimos estudios reportan porcentajes crecientes del acretismo placentario como causa de la histerectomía periparto de urgencia y alcanzan hasta un 49.6% de las histerectomías de 1985 a 1990 y fueron la indicación mas frecuente de histerectomía de urgencia en el periparto, mientras que informes previos 1978 a 1989 señalaba a la atonía uterina como la indicación mas frecuente que contribuía con 43% de los casos, así como SL Clark SY Yeh en un estudio de 5 años encuentra 70 histerectomías de emergencia por hemorragia obstétrica, 85% postcesareadas y 15% postparto vaginal, la indicación mas común para la histerectomía era la atonía uterina (43%) seguida del acretismo placentario (30%), ruptura uterina (13%), las histerectomías por placenta acreta fueron asociadas a cesarea anterior, el 53% que presentaban placenta previa y una o mas cesareas anteriores posteriormente experimentaban histerectomías por placenta acreta (1). Varios autores han especulado que los cambios en las indicaciones de la histerectomía de urgencia en el periparto tienen una relación directa con el mejor manejo médico de atonía y la mayor tasa de cesáreas por placenta previa que es un factor de riesgo establecido para la aparición de la placenta previa y

acreta. (36) (37) (41) (42) (44). Los reportes nacionales consignan a la atonía uterina como la indicación más frecuente de histerectomía periparto de urgencia (24) (23), o la placentación anormal (22). Reportes de otras realidades mencionan al acretismo como primera causa (38.1%) (45), como también a la ruptura uterina (35.3%) (43).

En cuanto a la morbi-mortalidad de esta cirugía de urgencia se tiene que la morbilidad post-operatoria alcanza entre 13% al 64.7% (22) (29) (32) (37) (dentro de ellas los procesos febriles, trastornos de la coagulación, lesiones de vía urinaria); la mortalidad materna alcanza entre el 0 al 20% (34) (35) (30) (46) (47) (22) (37) (48) (49).

Hiroyuki en Japón presenta un estudio retrospectivo donde reporta 17 pacientes con histerectomía post-parto entre 1985 y 1998, con una incidencia de 1 en 6978 partos (0.014%), el 23.5% después de un parto vaginal el 76.5% después de una cesárea (43).

Adel en Jordania reportó un estudio con 21 casos de histerectomía periparto de emergencia con una

incidencia de 0.5 por 1000 partos, 19 de los cuales fueron cesárea histerectomía (45).

Dandade en Méjico en una estudio de 5 años encuentra a la causa mas frecuente a la atonía uterina 37.9%, seguido de la sépsis con un 17%, mioma complicado 16%, Acretismo placentario 9%, ruptura y/o perforación uterina 9%, útero couvalaire 5%, la complicación mas frecuente fue la anemia con un 32.7%(53).

El Hospital Hipólito Unanue de Tacna es un establecimiento de salud centro de referencia de pacientes con patología obstétrica y atiende un volumen poblacional importante, por lo que es pertinente la realización del presente estudio para conocer el estado actual de la histerectomía obstétrica.

## 2.2 MARCO TEORICO

### 2.2.1. Definición

Clásicamente la exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto o aborto incluso en el puerperio, se considera como histerectomía

obstétrica. Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está o/a sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano y de urgencia.

### 2.2.2. Historia

La histerectomía obstétrica se inicia originalmente en 1768 cuando Joseph Covallini sugiere por primera vez la cesárea-histerectomía fundamentándose en experimentos animales, aunque nunca lo llevó a cabo, fue Horacio Storer en 1869 quien realiza la primera cesárea histerectomía en una gestante con un tumor previo, aunque la paciente falleció a las pocas horas (11)(12). 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(13)(14).

La era moderna de la histerectomía se inicia en los años 40 del siglo pasado donde mejoran la técnica quirúrgica y anestésica, en 1951 Davis sostiene que la



cesárea-histerectomía era "un adelanto lógico en la cirugía obstétrica actual"(11)(15).

### 2.2.3. Indicaciones

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(16)(17)(18); Las indicaciones para una histerectomía post-cesárea se discuten en relación con diferentes cuadros para los cuales esta indicada esta operación, unos pocos incluyen la infección intrauterina, una cicatriz groseramente defectuosa, un útero marcadamente hipotónico que no responde a los oxitócicos, prostaglandinas o masaje energético; desgarro de los vasos uterinos principales, grandes miomas y la displasia cervical severa o el carcinoma in situ de cervix (20). En la enfermedad del trofoblasto puede recurrirse a la histerectomía como tratamiento, especialmente en mujeres que han concluido con su paridad (20). En la ruptura uterina la laparotomía exploratoria no esta indicada en casos de dehiscencia cicatrizal sin hemorragia luego de un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa, sin

embargo en casos de ruptura manifiesta durante una prueba de trabajo de parto con frecuencia es necesario recurrir a la histerectomía (20). El embarazo cornual o intersticial alcanza aproximadamente el 3% de todas las gestaciones ectópicas, a causa de la mayor distensibilidad del miometrio que recubre la porción intersticial de la trompa, este se complica mas tardíamente entre la octava y decimosexta semana gestacional, la hemorragia puede ser rápidamente fatal debido a que el embarazo esta ubicado entre el ovario y las arterias uterinas, en efecto los embarazos cornuales pueden ser fatales y la mujer fallecer antes de llegar al hospital. Debido a que la lesión es amplia suele ser necesaria la histerectomía, en el pasado el embarazo ectópico cervical era una forma rara de embarazo ectópico con una incidencia de 1 en 180000 embarazos, pero la incidencia parece ir en aumento, debido en parte a las formas más nuevas de fertilización asistida pero particularmente posterior a FIV y la transferencia de embriones, en el pasado la histerectomía era la única elección disponible debido a la profusa hemorragia que acompañaba a la eliminación del embarazo cervical que incluso puede comprometer la vía urinaria (20).

En relación a la inercia uterina post-parto que se manifiesta por hemorragia, la indicación de histerectomía se contempla cuando ésta es excesiva, aunque algunos cirujanos inician primero con medidas médicas y luego medidas quirúrgicas conservadoras como la ligadura de las arterias uterinas y la anastomosis útero-ovárica, la sutura del sitio de implantación de la placenta, los puntos de Landauro o de Lynch (39), y finalmente la ligadura de las arterias hipogástricas, pero ninguna de estas técnicas tiene la misma eficacia terapéutica de la histerectomía, por lo tanto en una paciente inestable o en situación clínica de una hemorragia profusa que no cede al manejo médico conservador es recomendable realizar un tratamiento definitivo como es la histerectomía (40).

Otras indicaciones de histerectomías no obstétricas se mencionan(7,10,30):

- Tumores fibroides : Tumores no malignos pueden crecer y alcanzar gran tamaño; como resultado, ejercen presión sobre otros órganos y pueden provocar sangrado abundante o dolor de la pelvis.
- Endometriosis: En ocasiones, pueden crecer células del endometrio fuera del útero; esas células se adhieren a otros órganos de la cavidad pélvica y sangran mensualmente al producirse los

ciclos ováricos. El resultado puede ser dolor de pelvis crónico, dolor al mantener relaciones sexuales y sangrado prolongado o abundante.

- Hiperplasia endometrial: Este engrosamiento excesivo del revestimiento del útero, causa de sangrado anormal, suele deberse a la presencia de niveles de estrógeno muy elevados.
- Cáncer: Aproximadamente el 10 por ciento de las hysterectomías se efectúan para tratar el cáncer, ya sea cervical, de ovarios o del endometrio.

#### 2.2.4. Tipos de Histerectomía

Las hysterectomías en general se pueden dividir en varios tipos (7,10,30):

- Histerectomía total: Consiste en la extirpación de todo el útero, incluido el fundus (parte del útero localizada por encima de las aberturas de las trompas de falopio) y el cuello uterino, aunque no los ovarios. Este es el tipo más común de hysterectomía.
- Histerectomía con ooforectomía bilateral: Consiste en la extirpación de un ovario o de

ambos y a veces de las trompas de falopio, junto con el útero.

- Histerectomía radical: Consiste en la extirpación del útero, el cuello uterino, el tramo superior de la vagina, la mayor parte del tejido que rodea el cuello uterino en la cavidad pélvica, y puede incluir la extracción de los nódulos linfáticos de la pelvis. Este procedimiento se realiza en ciertos tipos de cáncer.
- Histerectomía supracervical (histerectomía parcial o subtotal): Extirpación del cuerpo del útero y preservación del cuello uterino.

Según la técnica de abordaje para realizar la histerectomía (10,30), esta se clasifica en:

- Histerectomía abdominal: Se extirpa el útero a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, de unas seis a ocho pulgadas de longitud. Este procedimiento se suele utilizar cuando se deben extirpar los ovarios y las trompas de falopio, cuando el útero está agrandado, o cuando la enfermedad se ha propagado a la cavidad pélvica, como podría ocurrir en un caso de endometriosis o cáncer. La principal incisión quirúrgica puede ser vertical, desde el ombligo al pubis, u

horizontal, a lo largo de la parte superior de la línea del vello púbico.

- Histerectomía vaginal: Se extirpa el útero a través de la abertura de la vagina. Este procedimiento suele emplearse en casos de prolapso uterino o cuando es necesario efectuar la reparación de la vagina a causa de condiciones relacionadas. No se realizan incisiones externas, lo cual significa que no quedan cicatrices visibles.
- Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia: La histerectomía vaginal se realiza con la ayuda de un laparoscopio, un tubo delgado y flexible que contiene una cámara de video. Se insertan tubos delgados a través de pequeñas incisiones realizadas en el abdomen cerca del ombligo. Luego, se extirpa el útero en secciones a través del laparoscopio o por la vagina.

En relación a la hemorragia post-parto, la indicación de histerectomía se contempla cuando esta es excesiva, aunque algunos cirujanos inician primero con medidas médicas y luego medidas quirúrgicas conservadoras como la ligadura de las arterias uterinas y la anastomosis útero-ovárica, la sutura del sitio de implantación de

la placenta, los puntos de Landauro o de Lynch , y finalmente la ligadura de las arterias hipogástricas, pero ninguna de estas técnicas tiene la misma eficacia terapéutica de la histerectomía, por lo tanto en una paciente inestable o en situación clínica de una hemorragia profusa que no cede al manejo médico conservador es recomendable realizar un tratamiento definitivo como es la histerectomía. (18,20)

La histerectomía obstétrica es una operación que generalmente se practica cuando la vida de la paciente está en franco peligro, es una indicación que en esencia incluye una emergencia médica y requiere del conocimiento, experiencia y destreza por parte del equipo de cirujanos.

CAPITULO III

RESULTADOS

Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 1

Datos Generales

Edad Materna	Frecuencia	% válido
< 20 años	2	5.9
20 - 35 años	18	52.9
> 35 años	14	41.2
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>
<b>Estado Civil</b>		
Conviviente	14	41.2
Casada	12	35.3
Soltera	6	17.6
Otro	2	5.9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>
<b>Ocupación</b>		
Su casa	19	55.9
Comerciante	7	20.6
Empleada	3	8.8
Estudiante	2	5.9
Ambulante	2	5.9
Agricultura	1	2.9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>



Grado de instrucción		
Analfabeta	4	11.8
Primaria	10	29.4
Secundaria	12	35.3
Superior	8	23.5
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Historias Clínicas del archivo del departamento de estadística del HAHUT.

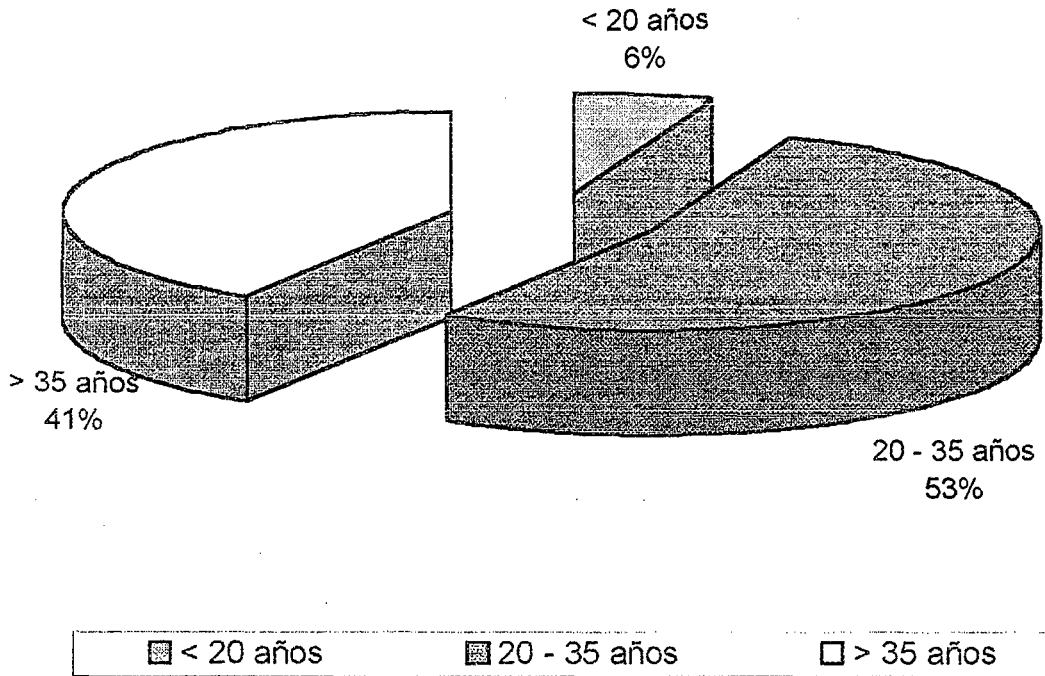
Interpretación: Nos representa datos generales del paciente, la edad promedio fue de 31.71 +/- 6.12 años (rango de 18 a 44 años), el 41.2% era conviviente, en su mayoría (55.9%) dedicadas al quehacer de la casa, el 35.3% tenía educación secundaria y analfabetas con un 11.8%. (FIG. N°1). Aplicando pruebas estadísticas para los datos más resaltantes de esta tabla se encuentra que la diferencia entre estado civil conviviente (41.2%) y casado (35.2%) no es estadísticamente significativa; la diferencia entre la ocupación su casa (55.9%) y comerciante (20.6%) si es estadísticamente significativa; la diferencia entre grado de instrucción primaria (29.4%) y secundaria (35.3%) no es estadísticamente significativa.

# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Gráfico N° 1:

Edad Materna



## Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 2:

Datos Obstétricos

CONTROL PRENATAL	Frecuencia	% de Validez
Si	17	50.0
No	16	47.1
No Consignado	1	2.9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>
<b>NUMERO DE CONTROLES PRENATALES</b>		
Sin CPN	16	47.1
1 - 2	10	29.4
3 - 4	4	11.8
5 - 6	2	5.9
Mas de 6	2	5.9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>
<b>PARIDAD</b>		
Nulípara	4	11.8
Primípara	8	23.5
2 - 3 partos (múltipara)	17	50.0
4 - 5 partos (múltipara)	3	8.8
De 6 más partos (gran múltipara)	2	5.9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>

MOMENTO DE LA GESTACIÓN		
Primer trimestre	8	23.5
Segundo trimestre	2	5.9
Tercer trimestre - Puerperio	24	70.6
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>
CESAREAS PREVIAS ( en pacientes con indicación de acretismo placentario)		
SI	7	77.8
NO	2	22.2
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Historias Clínicas del archivo del departamento de estadística del HAHUT.

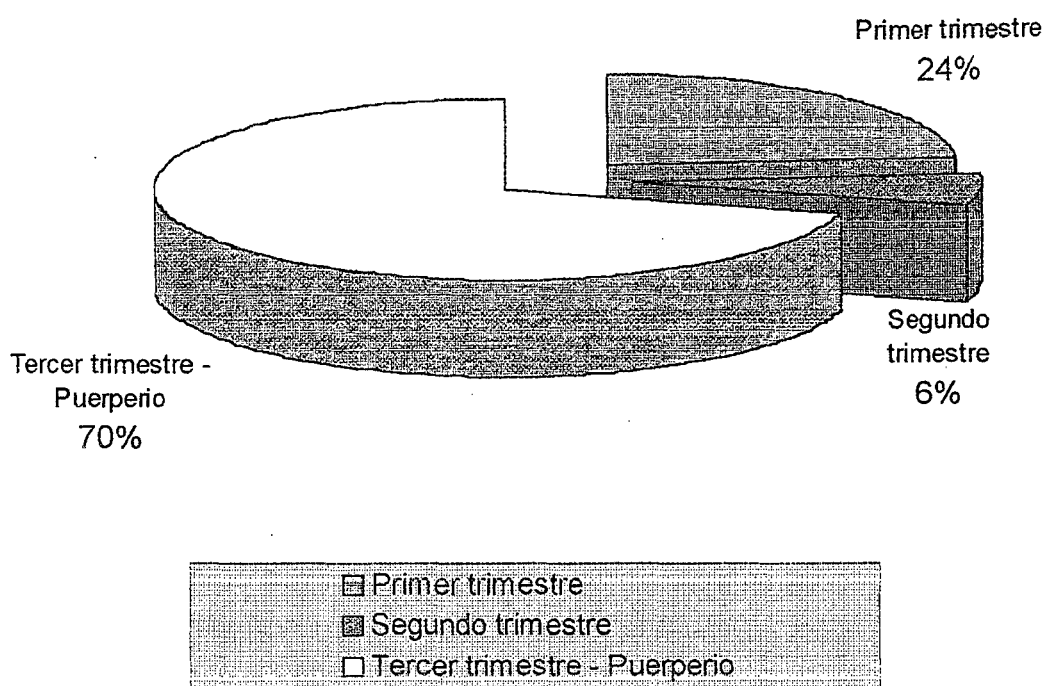
Interpretación: Nos representa los datos obstétricos del paciente, El 47.1% no tenía control prenatal, la paridad promedio fue de 2.65 +/- 1.16 (rango de 1 a 7 gestaciones), cabe remarcar que 4 pacientes (11.8%) no habían tenido ningún parto y de estas 1 fueron en el 1er y 2do trimestre y 3 correspondían al 3er trimestre o puerperio una de las cuales tuvo un óbito por lo que 1 (2.9%) paciente había perdido el útero sin tener descendencia. El 29.4% (10) tenían gestaciones entre el 1er y 2do trimestre y 24 (70.6%) se encontraban entre el 3er trimestre y el puerperio, el antecedente de cesareas previas en pacientes con indicación de acretismo placentario sometidas a histerectomía fue de 77.8% (FIG. N° 2). Aplicando pruebas

estadísticas para los datos más resaltantes de esta tabla se encuentra que la diferencia entre las pacientes con control prenatal (50%) y las que no tienen control prenatal (47.1%) no es estadísticamente significativa; la diferencia entre los que no tienen control prenatal (47.1%) y los que tienen 1 a 3 controles prenatales (29.4%) no es estadísticamente significativa; la diferencia entre las primíparas (23.5%) y las que tienen 2 a 3 partos (50%) es estadísticamente significativa; la diferencia estadística entre las pacientes del primer y segundo trimestre(29.4%) con las del tercer trimestre y puerperio (70.6%) es estadísticamente significativa; la diferencia estadística entre las pacientes sometidas a histerectomía con el antecedente de cesareas previas(77.8%) y las que no tuvieron cesareas previas (22.2%) es estadísticamente significativa.

Histerectomías Obstétricas de Emergencia  
Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Gráfico N° 2

Momento de la Gestación



## Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 3

### Indicaciones de la Histerectomía Obstétrica

INDICACION	Frecuencia	% Válido
Acretismo Placentario	10	29.4
Atonía Uterina	9	26.5
Sépsis	6	17.6
Utero Couvelaire	4	11.8
Ruptura/Desgarro/Perforación	2	5.9
Cáncer de Cuello Uterino	1	2.9
Embarazo Ectópico Complicado	1	2.9
Inversión Uterina	1	2.9
Total	34	100.0

Fuente: Historias Clínicas del archivo del departamento de estadística del HAHUT.

Interpretación: nos representa las indicaciones de la histerectomías, La principal indicación de la histerectomía obstétrica en el presente estudio fue el acretismo placentario que alcanzó el 29.4%, seguido de la atonía uterina (26.5%), la sépsis (17.6%), útero Couvelaire 11.8 %, la ruptura uterina (incluyendo los desgarros y las perforaciones) estuvieron presentes en el 5.9 y el 8.7% restante obedeció a otras causas entre las que se

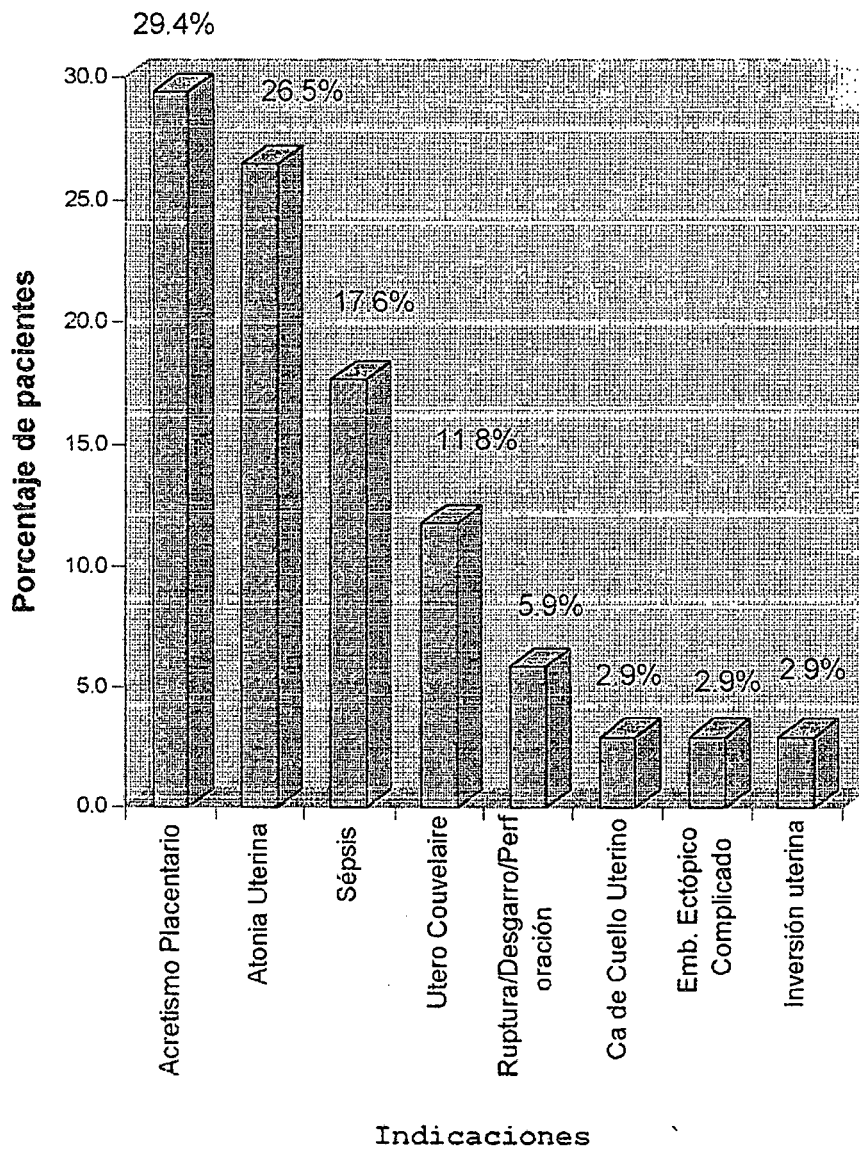
encuentran la inversión uterina (1 caso), el embarazo ectópico complicado (1 caso), y cáncer de cérvix (1 caso). (FIG. N° 3). Aplicando pruebas estadísticas para los datos más resaltantes de esta tabla se encuentra que la diferencia entre el acretismo placentario (29.4%) y la atonía uterina (26.5%) no es estadísticamente significativa.



Histerectomías Obstétricas de Emergencia  
Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Gráfico N° 3

Indicaciones de la Histerectomía Obstétrica



## Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 4

### Resultados Maternos

EGRESO MATERNO	Frecuencia	% Válido
Mejorado	32	94.1
Transferido	1	2.9
Fallecido	0	0.0
Curado	1	2.9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>
<b>REINTERVENCIONES</b>		
No	34	100.0
Si	0	0.0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>
<b>MORBILIDAD POST-OPERATORIA</b>		
Ninguna	4	11.8
Anemia Aguda Severa	28	82.4
Cuagulación intravascular diseminada	6	17.6
Infección de Herida Operatoria	5	14.7
Insuficiencia Renal Aguda	2	5.9
Infección urinaria	6	17.6
shock hipovolémico	5	14.7
<b>Total de complicaciones</b>	<b>56</b>	
<b>Total de pacientes</b>	<b>34</b>	

NUMERO DE COMPLICACIONES		
Ninguna	4	11.8
Con 1 complicación	9	26.5
Con 2 complicaciones	15	44.1
Con 3 complicaciones	4	11.8
Con 4 a más complicaciones	2	5.9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>
ESTANCIA MATERNA		
< 5 días	2	5.9
5 - 10 días	22	64.7
> 10 días	10	29.4
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Historias Clínicas del archivo del departamento de estadística del HAHUT.

Interpretación: Nos representa los resultados maternos, en cuanto a las condiciones de egreso 32 (94.1%) fueron dadas de alta mejoradas, transferidas 1 paciente (2.9%), la mortalidad materna 0%. La estancia materna fue de 4 a 23 días con una media de 10.4 +/- 5.05 días y una moda de 5 días (FIG. N° 4). fueron dado de alta mejorado 94.1%, el 100% no necesito reintervenciones quirúrgicas, la anemia como complicación mas frecuente con un 35.3%, seguido de la CID con un 17.6%. Aplicando pruebas estadísticas para los datos más resaltantes de esta tabla se encuentra que la

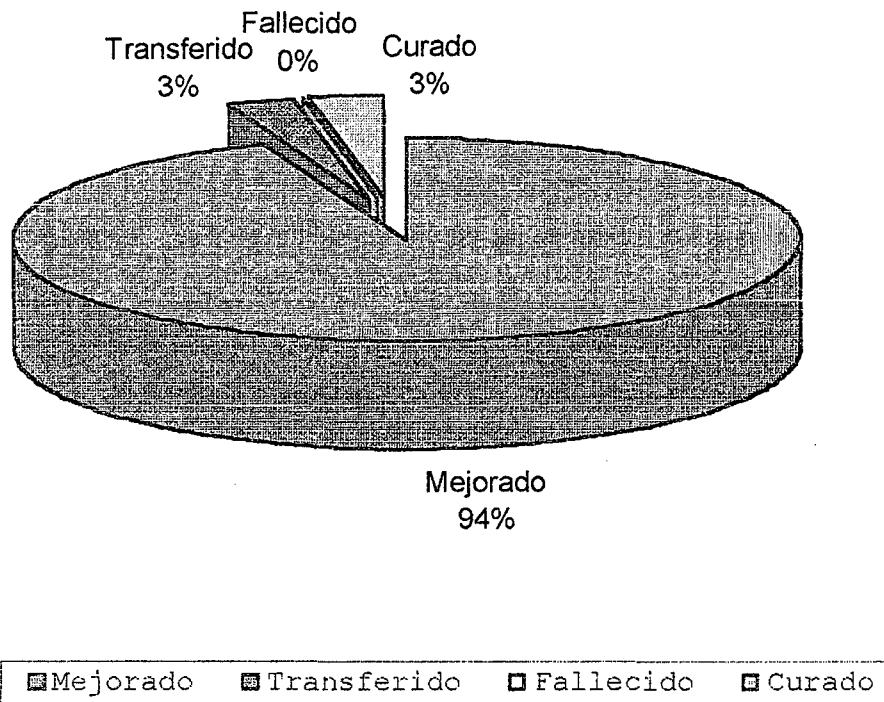
diferencia entre el egreso materno mejorado (94%) y el transferido (2.9%) es estadísticamente significativa; la diferencia entre las complicaciones de anemia aguda (82.4%) y la cuagulación intravascular diseminada (17.6%) es estadísticamente significativa; la diferencia entre las pacientes con una complicación (26.5%) y con dos con dos complicaciones (44.1%) no es estadísticamente significativa; la diferencia entre la estancia materna de 5 - 10 días (64.7%) y las que permanecieron más de 10 días (29.4%) es estadísticamente significativa.

# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Gráfico N° 4

Egreso Materno

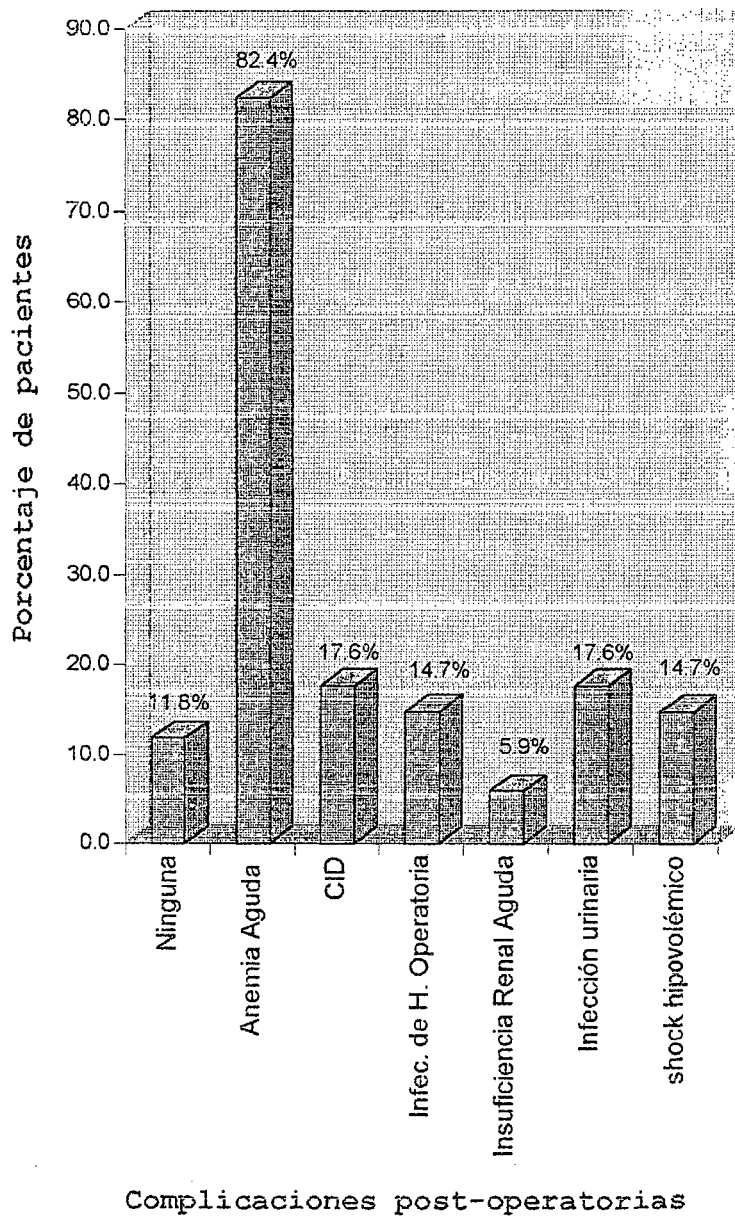


# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Gráfico N° 5

## Morbilidad Postoperatoria



Histerectomías Obstétricas de Emergencia  
Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 5

Datos del Acto Quirúrgico

TIPO DE CIRUGIA	Frecuencia	% Valido
Histerectomía Abdominal Total	7	20.6
Histerectomía Abdominal Sub-total	24	70.6
Histerectomía Vaginal	2	5.9
Histerectomía Radical Wertheim	1	2.9
Total	34	100.0
<b>TRATAMIENTO DE LOS ANEXOS</b>		
Salpingo-ooforectomía Bilateral	7	20.6
Salpingo-ooforectomía Unilateral	15	44.1
Sin Salpingo-ooforectomía	12	35.3
Total	34	100.0
<b>TIEMPO OPERATORIO</b>		
< 60 minutos	3	9.4
61 - 120 minutos	21	65.6
> 120 minutos	8	25.0
Total	32	100.0
No consignado	2	
Total	34	

TIPO DE ANESTESIA		
General	25	73.5
Regional	4	11.8
Regional + General( convertido)	5	14.7
Total	34	100.0

Fuente: Historias Clínicas del archivo del departamento de estadística del HAHUT.

Interpretación: Nos presenta datos del acto quirúrgico, La histerectomía abdominal subtotal fue practicada en el 70.6%, el 20.6% fue histerectomía abdominal total y hubo dos caso de histerectomía vaginal. Al 44.1% de las pacientes se les practicó salpingo-ooforectomía unilateral, el tiempo operatorio promedio fue de 117.06 +/- 37.94 minutos (rango de 60 a 315 minutos). El tipo de anestesia empleada con mayor frecuencia fue la general (73.5%), seguida de la regional (11.8%) y hubo necesidad de convertir la anestesia regional en general en el 14.7% de las intervenciones. Aplicando pruebas estadísticas para los datos más resaltantes de esta tabla se encuentra que la diferencia entre el tipo de histerectomía abdominal total (20.6%) y la histerectomía abdominal subtotal (70.6%) es estadísticamente significativa; la diferencia entre las que se realizaron salpingo-ooforectomia bilateral (44.1%) y las que no se extirparon ningún ovario (35.5%) no es



estadísticamente significativa; la diferencia entre el tiempo operatorio empleado de 61 a 120 minutos (65.6%) y las de mayor de 120 minutos (25%) es estadísticamente significativa; la diferencia entre la anestesia general empleada (73.5%) y la anestesia regional mas convertida (14.7%) es estadísticamente significativa.

## Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 6

Indicaciones de Histerectomía por Momentos de la Gestación

INDICACIONES	1er y 2do trimestre		3er trimestre y puerperio	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Acretismo Placentario			10	41.7
Atonía Uterina	1	10.0	8	33.3
Sépsis	5	50.0	1	4.2
Utero Couvelaire			4	16.7
Ruptura/ Perforación	1	10.0	1	4.2
Ca de Cuello Uterino	1	10.0		
Emb. Ectópico Complicado	1	10.0		
Inversión uterina	1	10.0		
Total	10	100.	24	100.0
		0		

Fuente: Historias Clínicas del archivo del departamento de estadística del HAHUT.

Interpretación: Al evaluar las indicaciones de la histerectomía de emergencia asociada a la gestación disgregada en 1er y 2do trimestres por un lado y 3er trimestre y puerperio por otro se observa que el acretismo placentario estuvo presente en 41.7% de los casos y la atonía uterina en el 33.3% de los casos en el tercer trimestre y puerperio, mientras que en el primer trimestre y segundo trimestre la sépsis alcanzo el 50%, la ruptura

uterina en un 10% en el primer y segundo trimestre, las causas relacionadas al aborto fueron las mas frecuentes alcanzando un 60% (sépsis y/o perforación).

## Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 7

Datos Operatorios por Momento de la gestación

	1er y 2do trimestre		3er trimestre y puerperio	
DATOS DE LA CIRUGIA	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Histerectomía Abdominal Total	3	30.0	4	16.7
Histerectomía abdominal Sub-total	6	60.0	18	75.0
Histerectomía Vaginal	0	0.0	2	8.3
Histerectomía Radical Wertheim	1	10.0	0	0.0
Total	10	100.0	24	100.0
<b>TRATAMIENTO DE LOS ANEXOS</b>				
Salpingo-ooforectomía bilateral	5	50.0	2	8.3
Salpingo-ooforectomía unilateral	4	40.0	11	45.8
Sin Salpingo-ooforectomía	1	10.0	11	45.8
Total	10	100.0	24	100.0

TIEMPO OPERATORIO				
< 60 minutos	1	10.0	2	9.1
61 -120 minutos	5	50.0	16	72.7
> 121 minutos	4	40.0	4	18.2
Total	10	100.0	22	100.0
No consignado			2	
Total	10		24	

Fuente: Historias Clínicas del archivo del departamento de estadística del HAHUT.

Interpretación: La histerectomía abdominal sub-total es mas frecuente en el 1er y 2do trimestre con 60%, sigue siendo en el tercer trimestre y puerperio con un 75%, En el tratamiento de los anexos la salpingo-ooforectomía bilateral se practicó en el 50% del primer grupo y solo en el 8.3% del segundo grupo, la salpingo-ooforectomías unilateral 40% en el primer grupo y 45.8% en el segundo grupo y se dejaron ambos anexos en el 10% en el primer grupo y 45.8% en el segundo grupo, el tiempo operatorio de 61 a 120 minutos es mas frecuente en ambos grupos de pacientes.

## Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 8

Resultados Postoperatorios según el Momento de la Gestación

	1er y 2do trimestre		3er trim. y puerperio	
EGRESO MATERNO	Frecuencia	% Válido	Frecuencia	% Válido
Mejorado	10	100.0	22	91.7
Transferida	0	0.0	1	4.2
Fallecido	0	0.0	0	0.0
curado	0	0.0	1	4.2
Total	10	100.0	24	100.0
<b>MORBILIDAD POST-OPERATORIA</b>				
Ninguna	0	0.0	4	8.3
Si	10	100.0	20	91.7
Total	10	100.0	24	100.0

Fuente: Historias Clínicas del archivo del departamento de estadística del HAHUT.

Interpretación: Nos muestra los resultados post-operatorios según el momento de la gestación fueron dado de alta el 100% de pacientes correspondientes a los del primer y segundo trimestre y 91.7% del tercer trimestre y puerperio, un paciente fue transferido, el 100% del 1er y 2do trimestre y el 91.7% del tercer trimestre y puerperio tuvieron morbilidad post-operatoria. La complicación post-operatorias mas frecuente en ambos grupos (1er - 2do

trimestre y 3er trimestre - puerperio) fue la anemia (20% y 41.6% respectivamente), la infección urinaria estuvo presente en el 40% en el primer grupo y el 8.3% en el segundo grupo, la CID 20% en el primer grupo y 16.6% en el segundo grupo, la infección de la herida operatoria estuvo presente en el 10% del primer grupo y en el 4.2% del segundo grupo y la Insuficiencia Renal Aguda en el 10% en el primer grupo y 4.2% en el segundo grupo.

## Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 9

RESULTADOS PERINATALES (Tercer trimestre y puerperio)

Vitalidad del Recién Nacido	Frecuencia	% Válido
Vivo	19	79.2
Obito	4	16.7
No consignado	1	4.2
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>
<b>Apgar al minuto del Recién Nacido</b>		
0 - 3 (Asfixia severa)	6	25.0
4 - 6 (Asfixia moderada)	2	8.3
7 a 10 (normal)	14	58.3
No consignado	2	8.3
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>
<b>Apgar a los 5 minutos del Recién Nacido</b>		
0 - 3 (Asfixia severa)	2	8.3
4 - 6 (Asfixia moderada)	3	12.5
7 a 10 (normal)	17	70.8
No consignado	2	8.3
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>



Peso del Recién Nacido		
Peso extremadamente bajo (<1000 gr.)	1	4.2
Muy bajo peso (1000 - 1499 gr)	2	8.3
Bajo peso (1500 - 2499 gr.)	5	20.8
Peso adecuado (2500 - 3999 gr.)	14	58.3
Macrosómico (4000 gr a más)	2	8.3
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Historias Clínicas del archivo del departamento de estadística del HAHUT.

Interpretación: Nos muestra los resultados perinatales de pacientes histerectomizadas. Dentro del grupo del 3er trimestre y el puerperio el 20% tenían gestaciones pretérmino y el 80% a término, el 72.9% asociado a parto por cesárea, con recién nacidos vivos el 79.2% y óbitos el 16.7%. Las indicaciones de la cesárea fueron DPPNI (44.4%) y placenta previa 22.2% y otros el 33.3%; los pesos de los neonatos fluctuaron entre 650 y 4120 gramos con una media de 2777.5 +/-866.67 grs. Con APGAR al minuto de 6 ó menos el 33% porcentaje que bajó a 20.8 % a los 5 minutos.(FIG. N° 5).

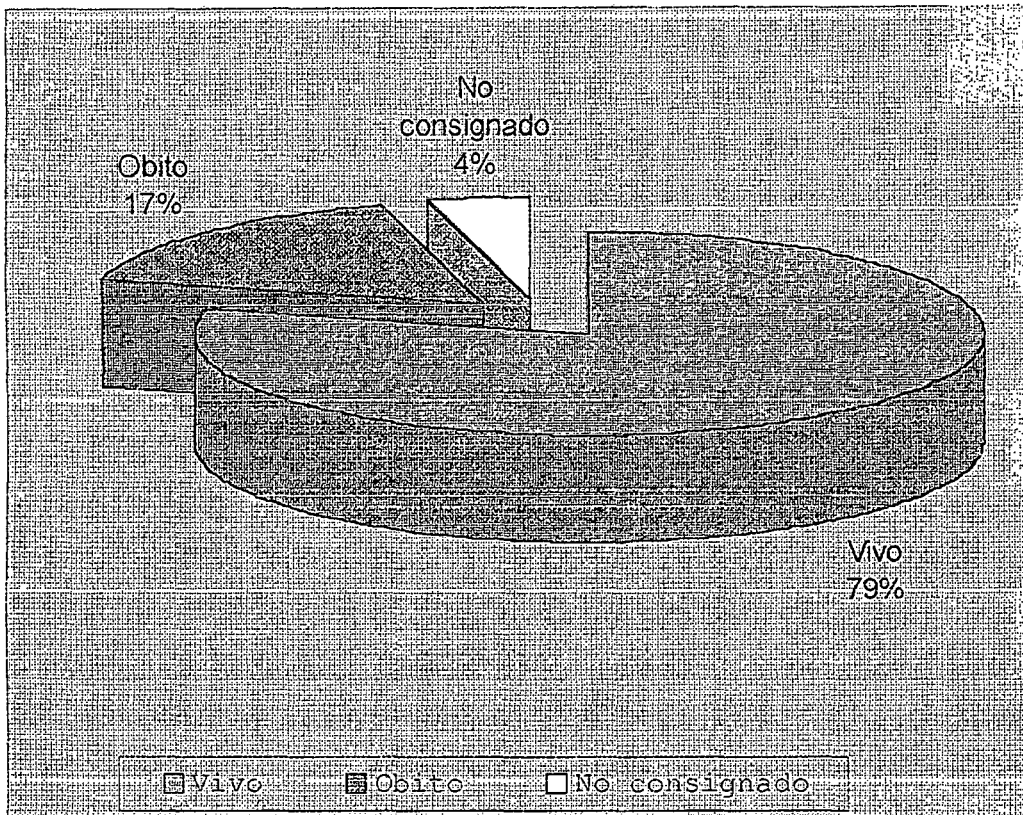
# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Figura N° 6

RESULTADOS PERINATALES (Tercer trimestre y puerperio)

Vitalidad del Recién Nacido



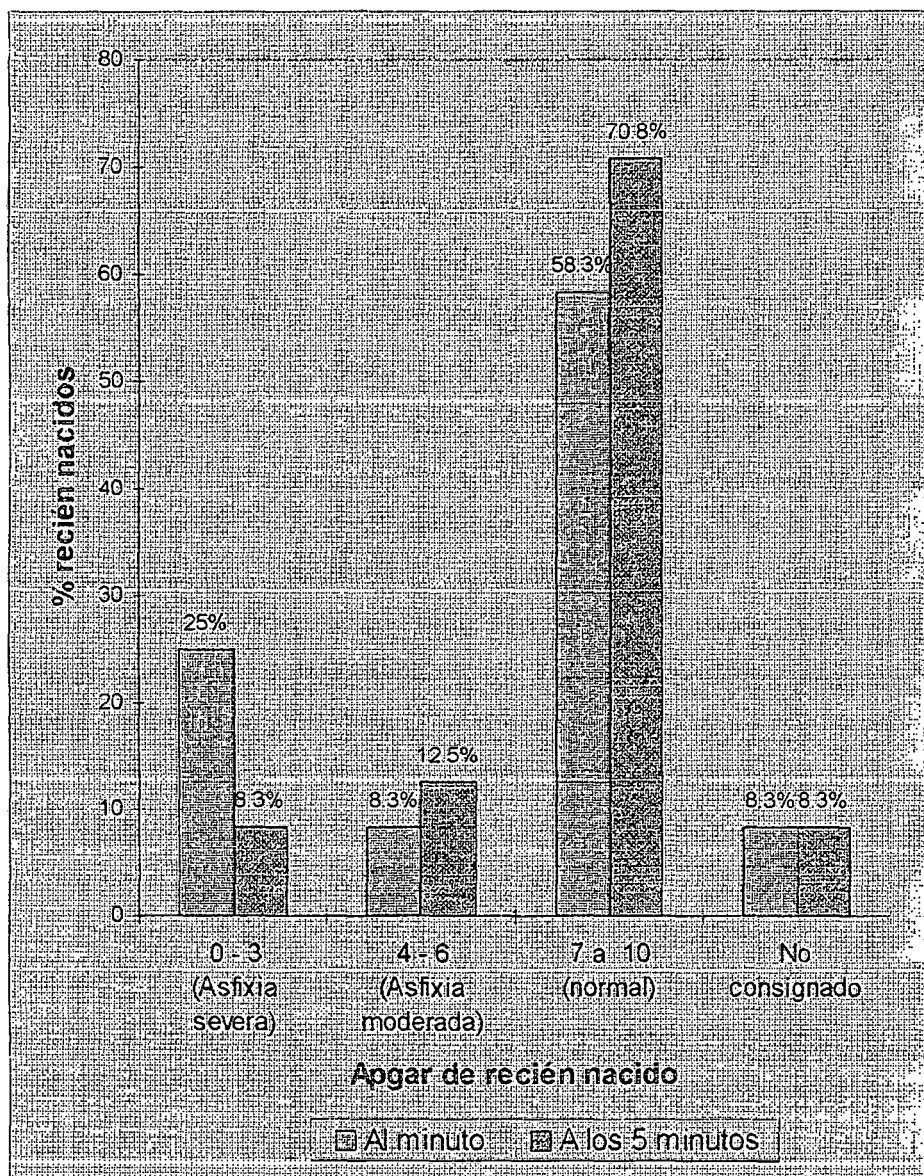
# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Figura N° 7

RESULTADOS PERINATALES (Tercer trimestre y puerperio)

## Apgar del Recién Nacido



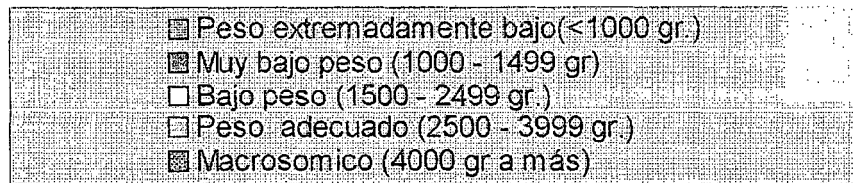
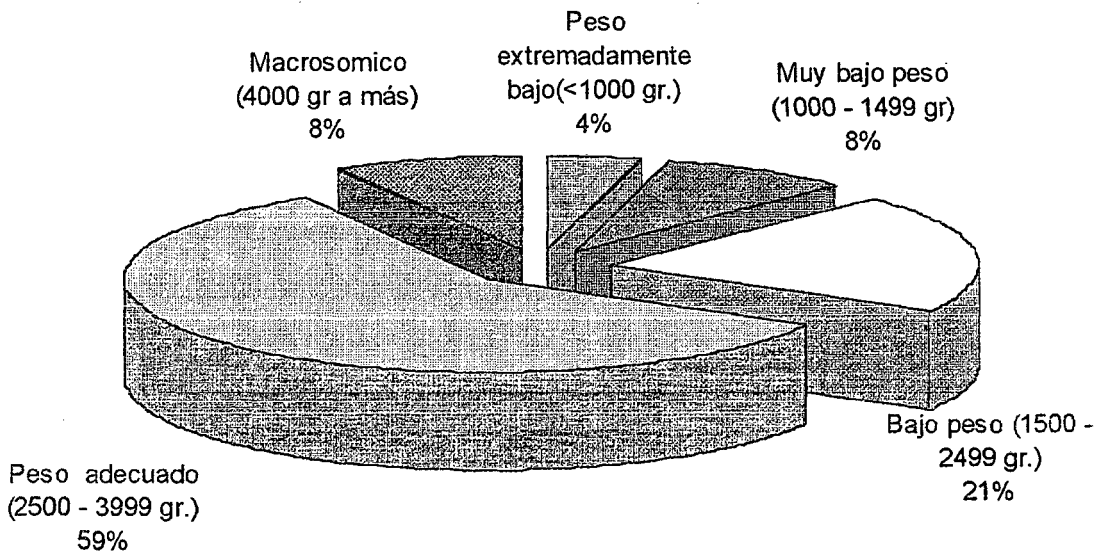
# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Figura N° 8

RESULTADOS PERINATALES (Tercer trimestre y puerperio)

Peso del Recién Nacido



## Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 10

Comparación de la incidencia de las histerectomías  
obstétricas con otros estudios

Hospital	Incidencia (x 1000 partos)
HAHUT	1.01
Bejar Cuba - Instituto Materno Perinatal (IMP) de Lima	3.12
Meza y Guarnizo en el IMP de Lima	1.06
Garcia - Hospital Guillermo Almenara	0.94
Ramirez - Hospital Guillermo Almenara	0.93
Orderique - Hospital María Auxiliadora	6.62
Navia - Hospital Felix Bulnes en Chile	0.44
Elena S. Kastner - Estados Unidos	1.40
Hiroyuki en Japón	0.14
Adel de Jordania	0.50

Fuente: Datos obtenidos revistas de trabajos de investigación de dichos hospitales

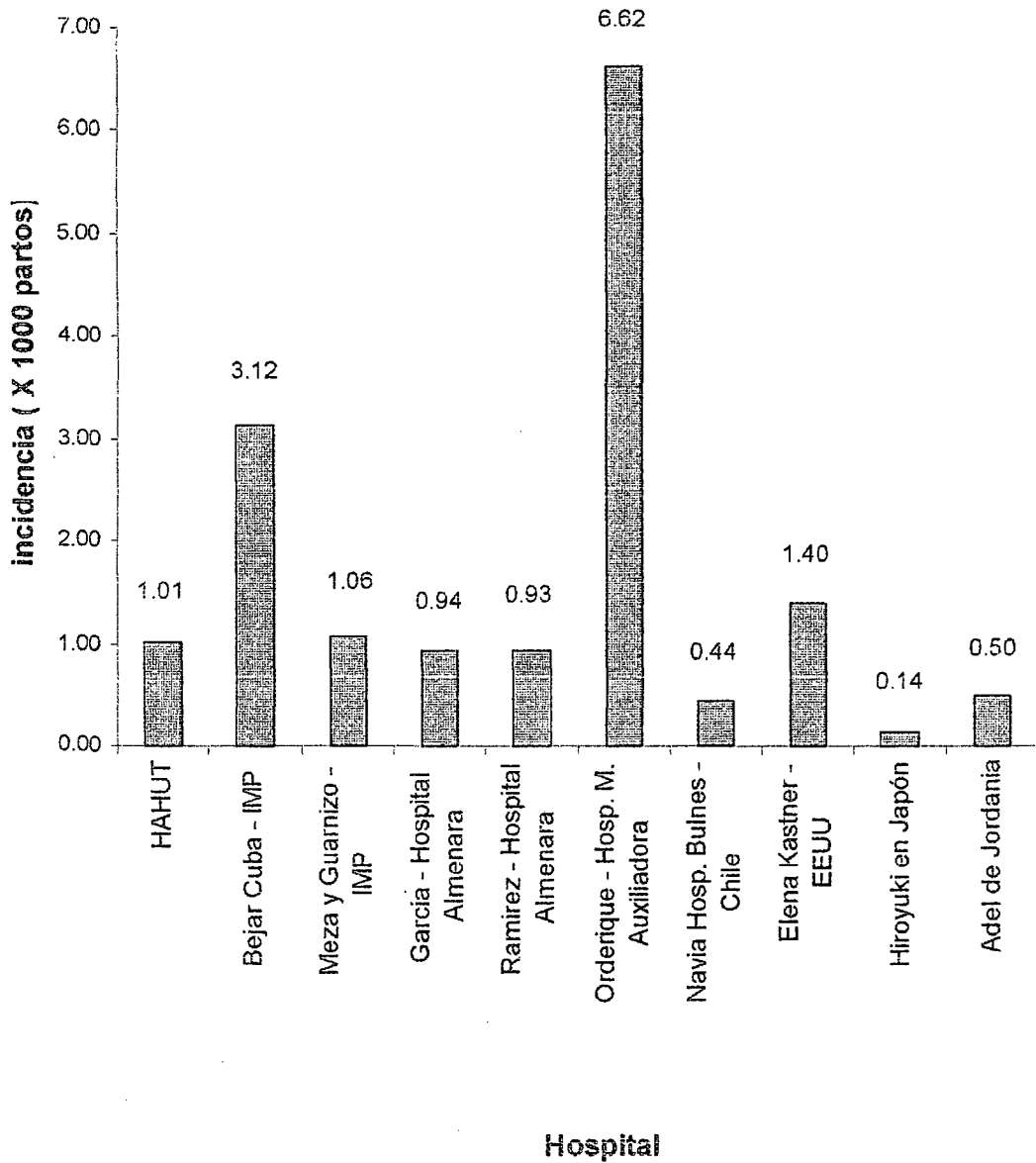
Interpretación: Orderique encuentra la incidencia más alta (6.62 por 1000 partos) en el hospital María Auxiliadora, y Hiroyuki en Japón encuentra 0.14 por 1000 partos, que es la incidencia mas baja, en nuestro hospital la incidencia fue de 1.01 por 1000 partos

# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Figura N° 9

Comparación de la incidencia de las histerectomías  
obstétricas con otros estudios



## Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 11

Comparación de la indicación más frecuente de Histerectomía  
Obstétrica con otros estudios

Hospital	Indicación y %
HAHUT	Acretismo (29.4%)
Bejar Cuba Instituto Materno Perinatal (IMP) de Lima	Sépsis (39.7%)
Meza y Guarnizo - IMP de Lima	Atonia (62.9%)
Ramirez - Hospital Almenara de Lima	Atonia (30%)
Garcia - Hospital Almenara de Lima	Acretismo (37.9%)
Navia - Hospital Felix Bulnes en Chile	Atonia (25%)
Elena S. Kastner - Estados Unidos	Acretismo (48.9%)
SL Clark Yeh en EEUU	Acretismo (43%)
Adel de Jordania	Acretismo (38.1%)
Zelop en Bostón (EEUU)	Acretismo (63%)
Hiroyuki en Japón	Ruptura Uterina (35.32%)

**Fuente:** Datos obtenidos revistas de trabajos de investigación de dichos hospitales

**Interpretación:** Nos muestra que en los estudios nacionales la atonia uterina es la indicación mas frecuente excepción de lo reportado por Garcia en el hospital Almenara y en el presente estudio mostrando al acretismo como la causa mas frecuente de las histerectomías obstétricas. En los

estudios internacionales reportan al acretismo como la indicación mas frecuente a excepción de Navia en Chile quien describe a la atonia uterina y Hiroyuki en Japón a la ruptura uterina como la indicación más frecuente.

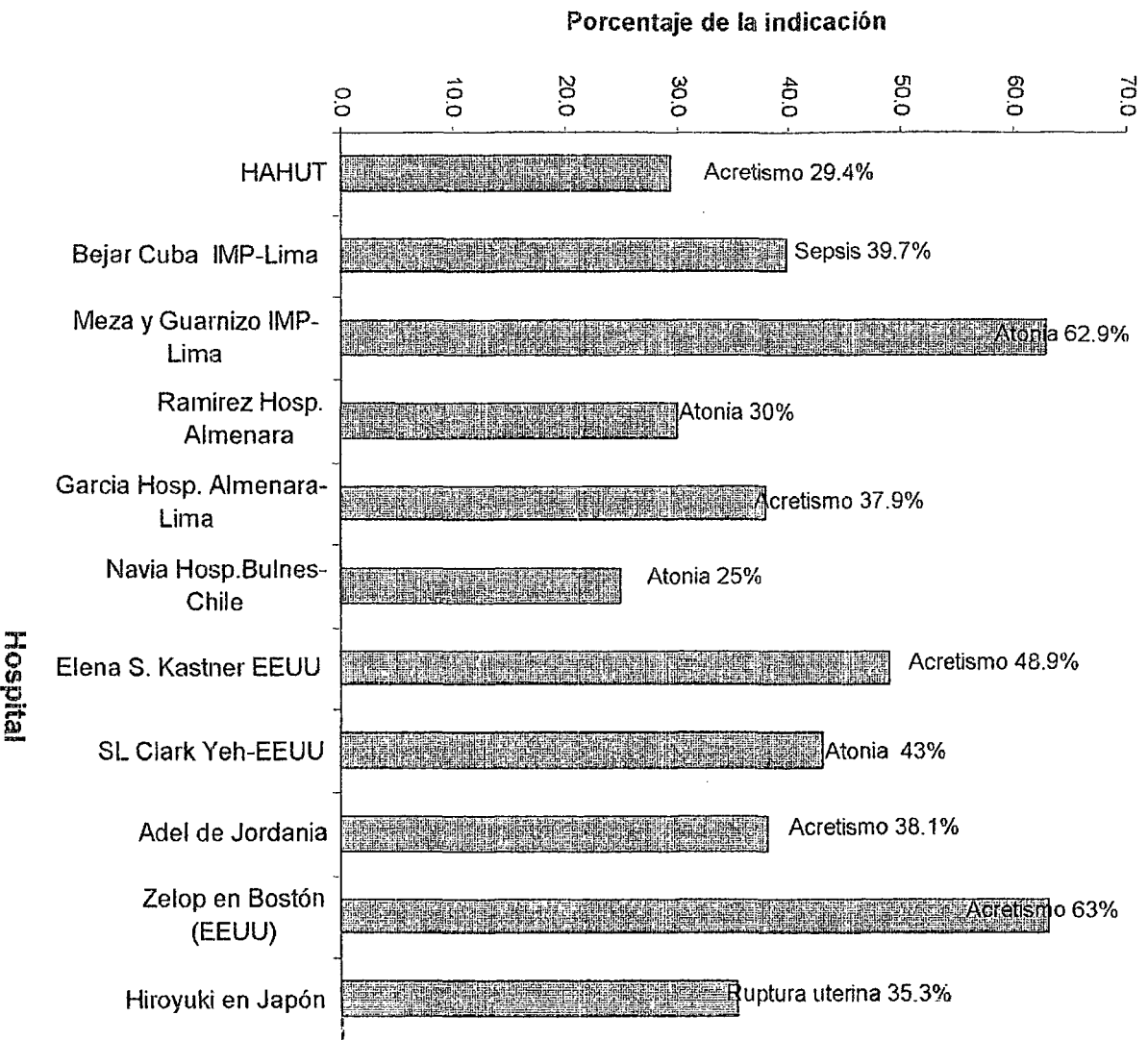


## Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Figura N° 10

Comparación de la indicación más frecuente de Histerectomía  
Obstétrica con otros estudios



## Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 12

Comparación de la Edad promedio de las pacientes

Histerectomizadas con otros Estudios

Hospital	Edad Promedio
HAHUT	31.7
Bejar Cuba IMP de Lima	30.7
Garcia - Hospital Almenara de Lima	34.6
Navia - Hospital Felix Bulnes en Chile	32.4
Hiroyuki en Japón	30.6
Adel de Jordania	34.7

**Fuente:** Datos obtenidos revistas de trabajos de investigación de dichos hospitales

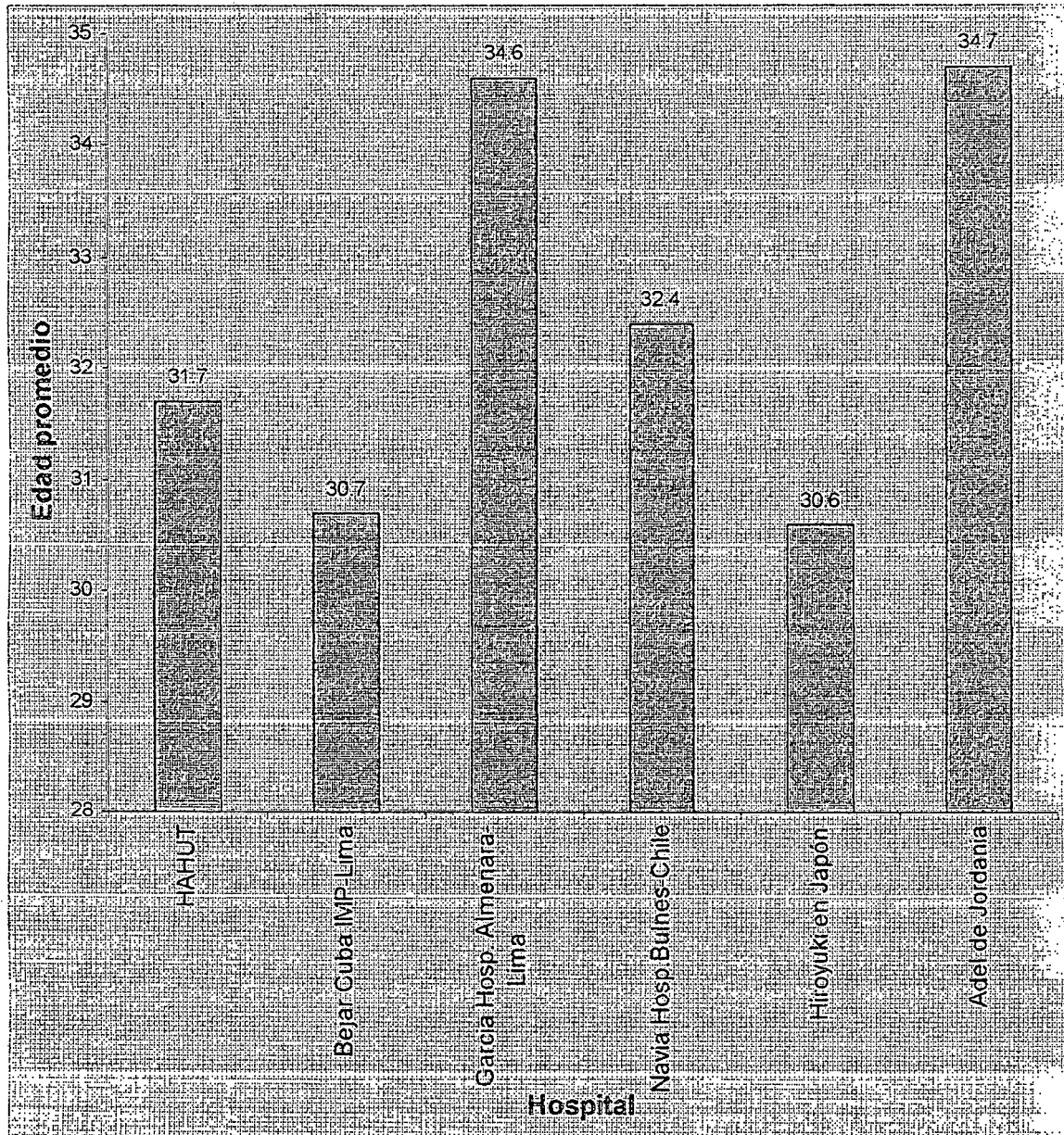
**Interpretación:** Nos muestra la edad promedio de varios estudios, con un rango de 30.7 reportado por Bejar Cuba a 34.7 descrito por Adel de Jordania. En nuestro estudio se encuentra una edad promedio de 31.7 años.

# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Figura N° 11

Comparación de la Edad promedio de las pacientes  
Histerectomizadas con otros Estudios



## Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 13

Comparación de la paridad promedio de las pacientes

Histerectomizadas con otros estudios

Hospital	Paridad Promedio
HAHUT	2.94
Bejar Cuba - IMP de Lima	3.15
Garcia - Hospital Almenara de Lima	3.6
Ramirez - Hospital Almenara de Lima	2.68
Hiroyuki en Japón	3.6
Adel de Jordania	6

Fuente: Datos obtenidos revistas de trabajos de investigación de dichos hospitales

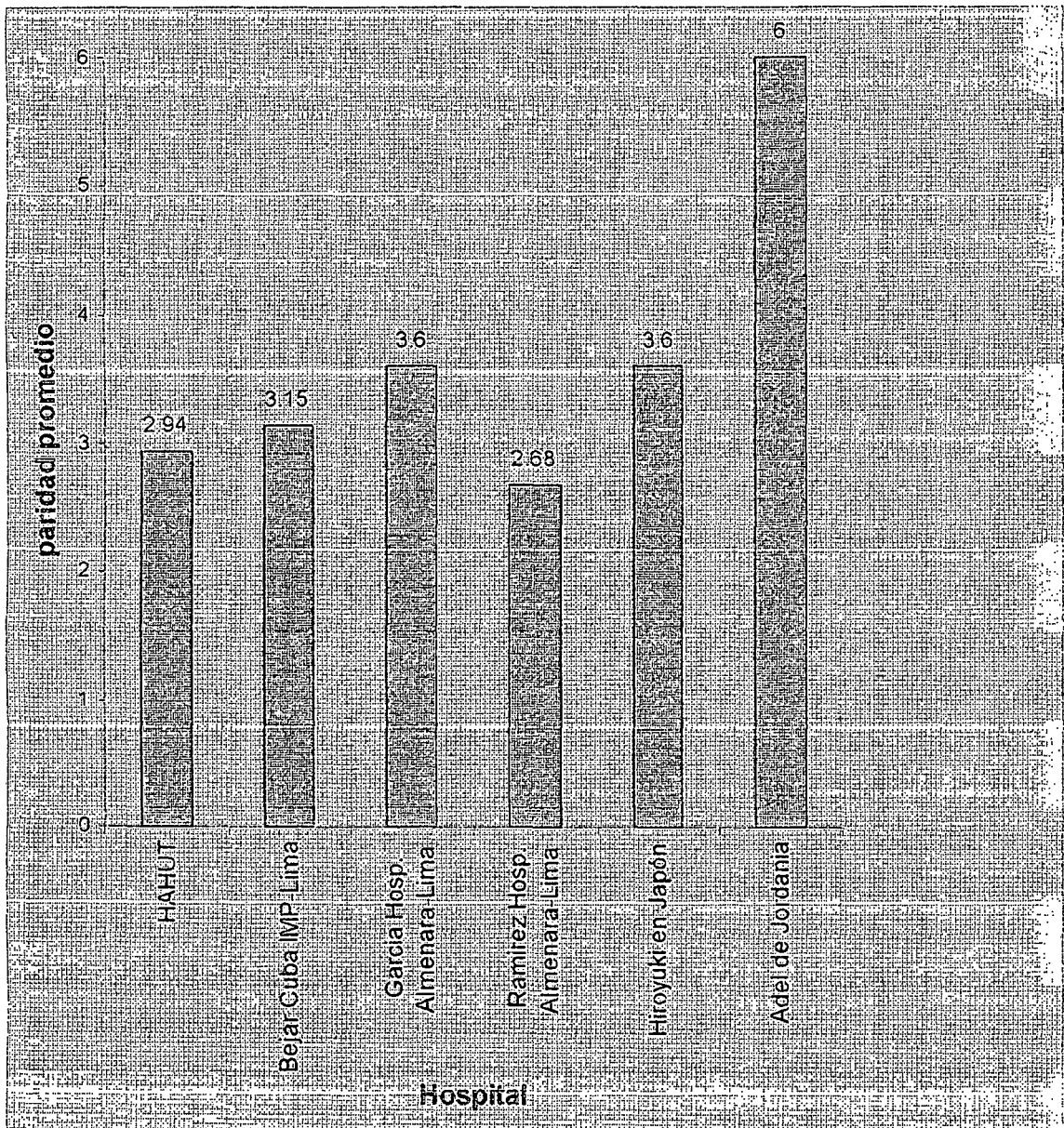
Interpretación: Nos muestra la paridad promedio de varios estudios, con un rango de 2.68 reportado por Ramirez en el hospital Almenara a 6 descrito por Adel de Jordania. En nuestro estudio se encuentra un paridad promedio de 2.94.

# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Figura N° 12

Comparación de la paridad promedio de las pacientes  
Histerectomizadas con otros estudios



## Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 14

Comparación del tipo de cirugía más frecuente en las  
pacientes Histerectomizadas con otros estudios

Hospital	Tipo de Histerectomía mas frecuente
HAHUT	Histerectomía sub-total (70%)
Bejar Cuba - IMP de Lima	Histerectomía total (94.1%)
Garcia - H. Almenara de Lima	Histerectomía total (89.7%)
Meza y Guarnizo IMP de Lima	Histerectomía total (85.8%)
Hiroyuki en Japón	Histerectomía total (94%)
Navia - Hosp. Bulnes en Chile	Histerectomía total (42.3%)

Fuente: Datos obtenidos revistas de trabajos de investigación de dichos hospitales

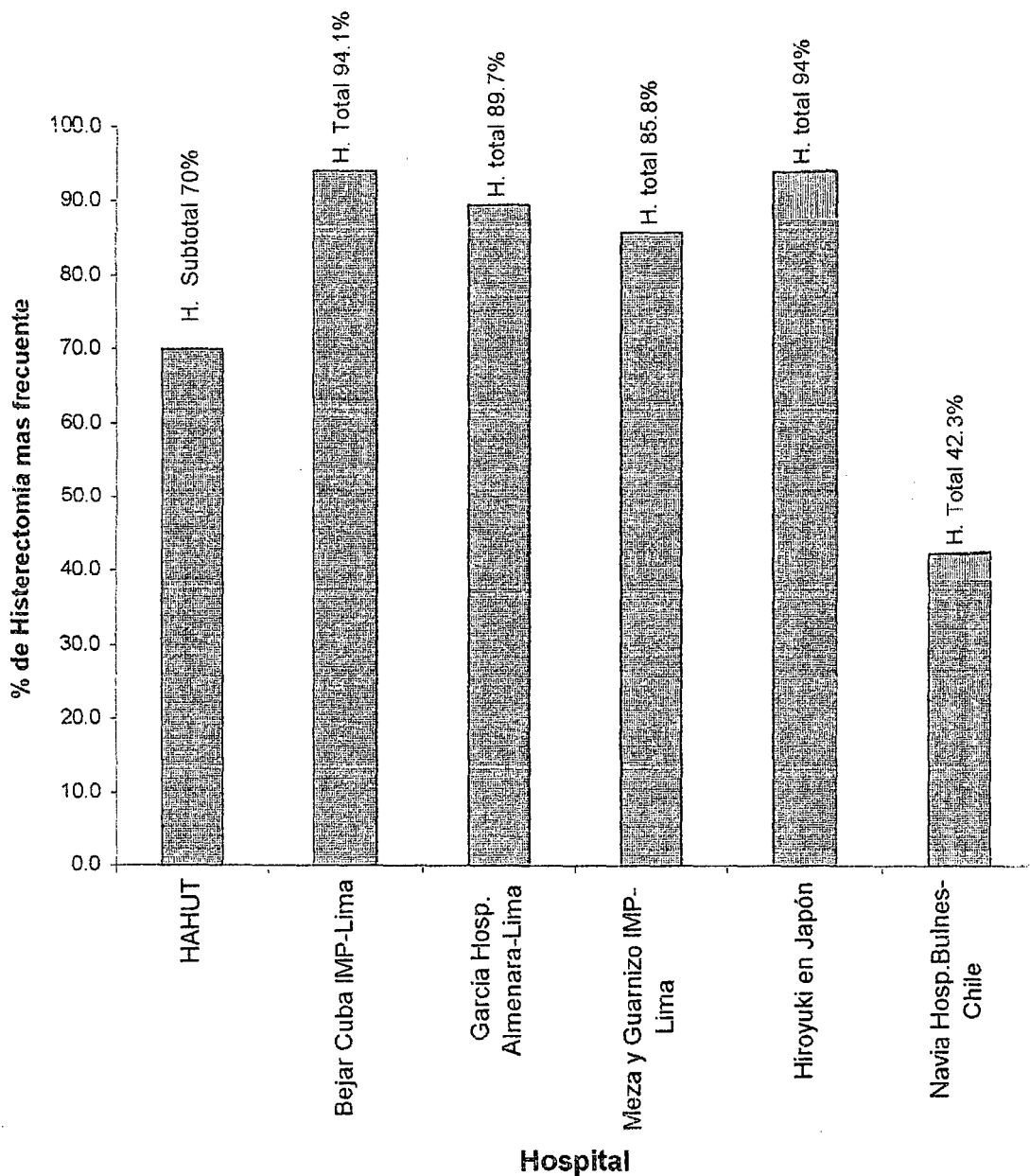
Interpretación: Nos muestra el tipo de histerectomía practicada en diferentes hospitales, siendo la histerectomía total mas frecuente el todos los estudios a excepción del nuestro donde encontramos a la histerectomía subtotal como la mas frecuente.

# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Figura N° 13

Comparación del tipo de cirugía más frecuente en las pacientes Histerectomizadas con otros estudios



Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 15

Comparación de las Complicaciones Post-operatorias de las  
pacientes histerectomizadas con otros estudios

Hospital	% de pacientes
<b>ANEMIA AGUDA</b>	
HAHUT	82.4
Bejar Cuba -IMP de Lima	45.6
Ramirez - Hosp. Almenara de Lima	90.0
<b>CUAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID)</b>	
HAHUT	17.6
Bejar Cuba IMP de Lima	9.6
Ramirez - Hospital Almenara de Lima	5.0
Adel de Jordania	4.7
Hiroyuki en Japón	64.7
<b>INFECCIONES DE HERIDA POST-OPERATORIA</b>	
HAHUT	14.7
Bejar Cuba - IMP de Lima	13.6
Garcia - Hospital Almenara de Lima	17.3
Meza y Guarnizo - IMP de Lima	19.1
Navia - Hosp. Felix Bulnes en Chile	13.5
Adel de Jordania	28.4
Hiroyuki en Japón	26.8



Insuficiencia Renal Aguda (IRA)	
HAHUT	5.9
Hiroyuki en Japón	23.5

Fuente: Datos obtenidos revistas de trabajos de investigación de dichos hospitales

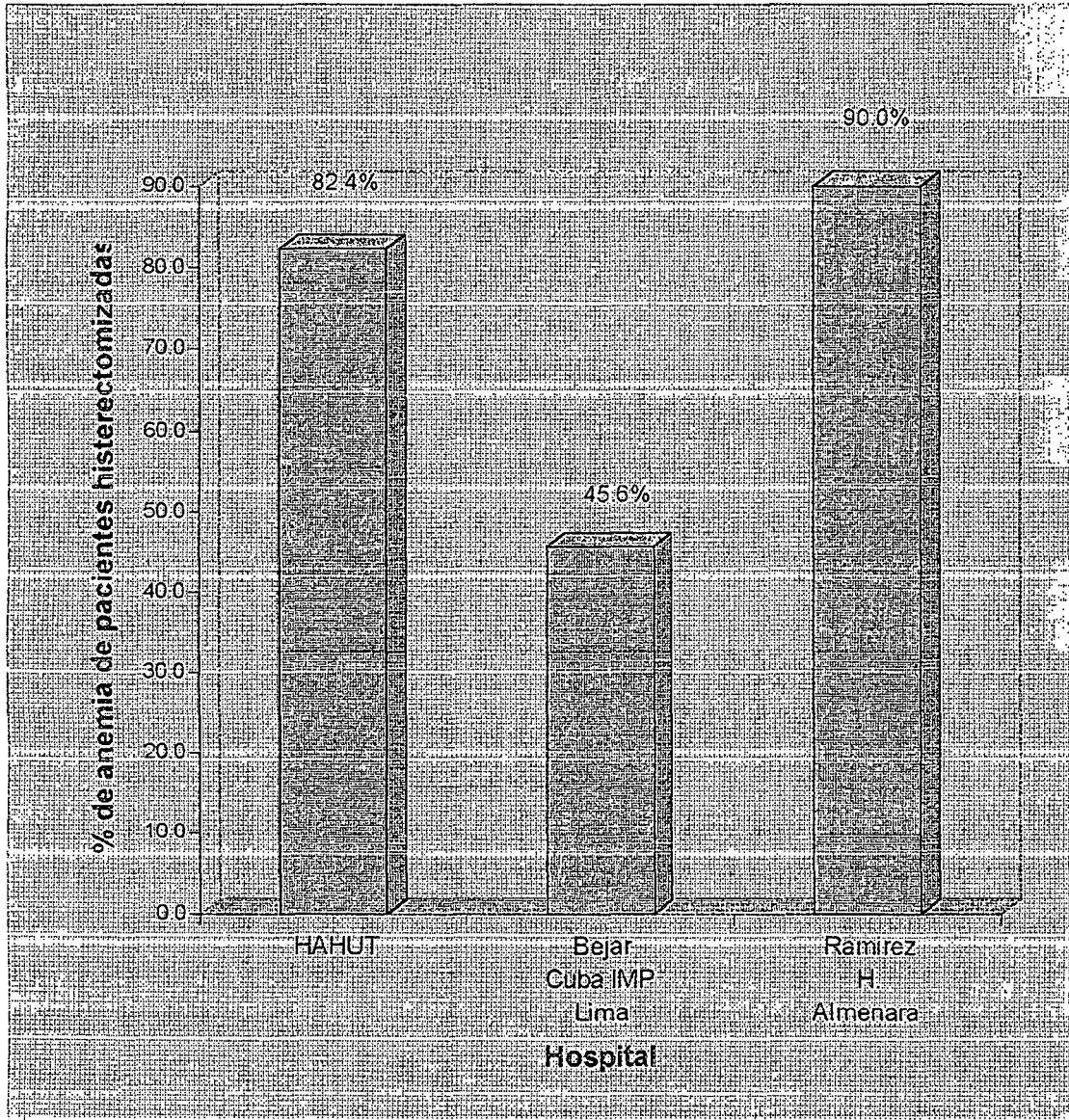
Interpretación: Nos muestra las complicaciones mas frecuentes de diferentes estudios, encontrando a la anemia como la más frecuente (Ramirez 90%, HAHUT 82.4%). La CID esta presente con un rango de 5 reportado por Ramirez a 64.7% reportado por Hiroyuki, en nuestro estudio estuvo presente con un 17.6%. La infección de herida operatoria esta presente desde 13.6% reportado por Navia en Chile hasta 28.4% reportado por Adel de Jordania. En nuestro estudio estuvo presente con un 14.7%. La insuficiencia renal reportado por Hiroyuki con un 23.5% y en nuestro estudio esta presente con 5.9%.

# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Figura N° 14

Comparación de las Complicaciones Post-operatorias de las pacientes histerectomizadas con otros estudios

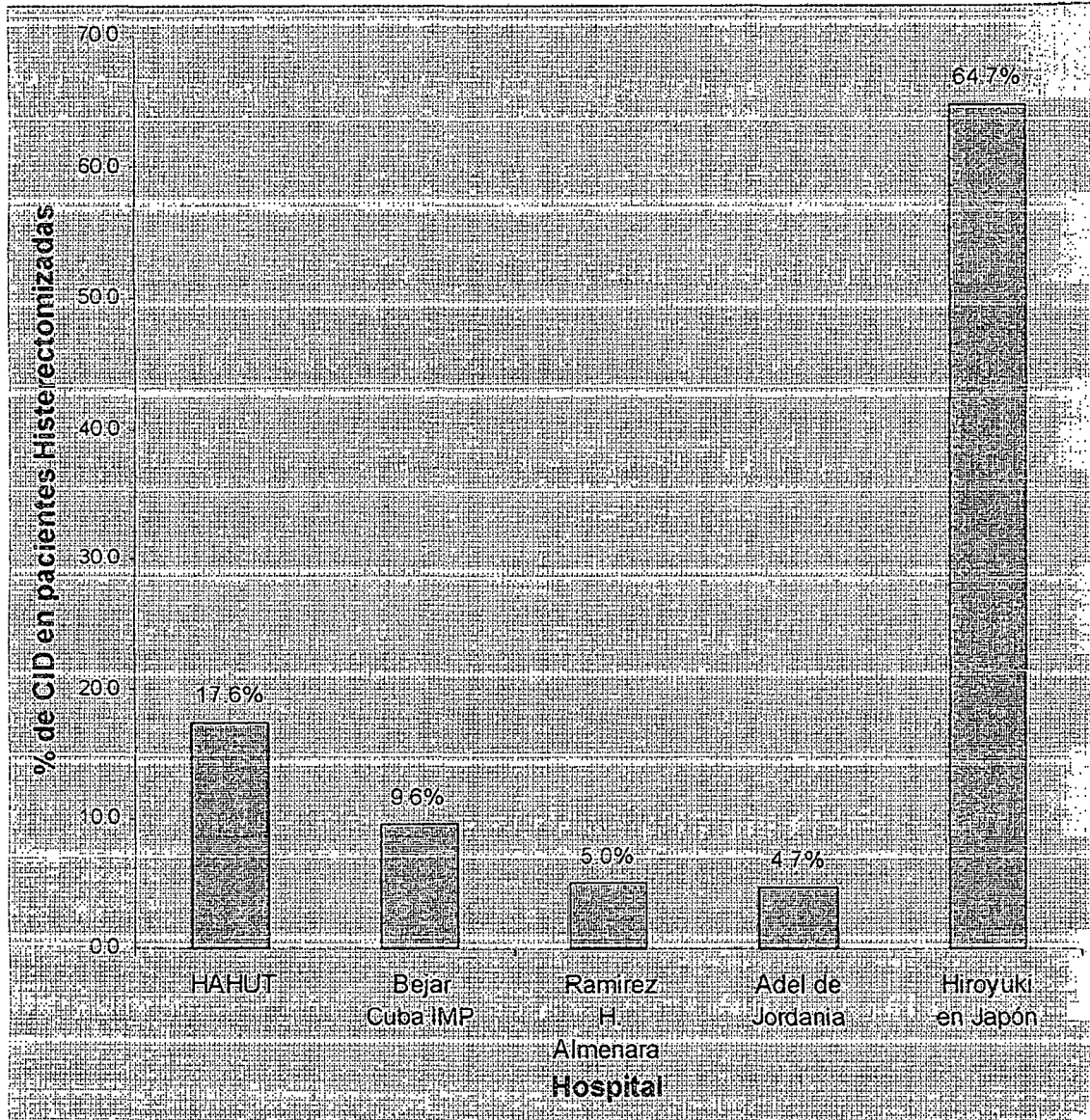


# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Figura N° 15

Comparación de las Complicaciones Post-operatorias de las pacientes histerectomizadas con otros estudios

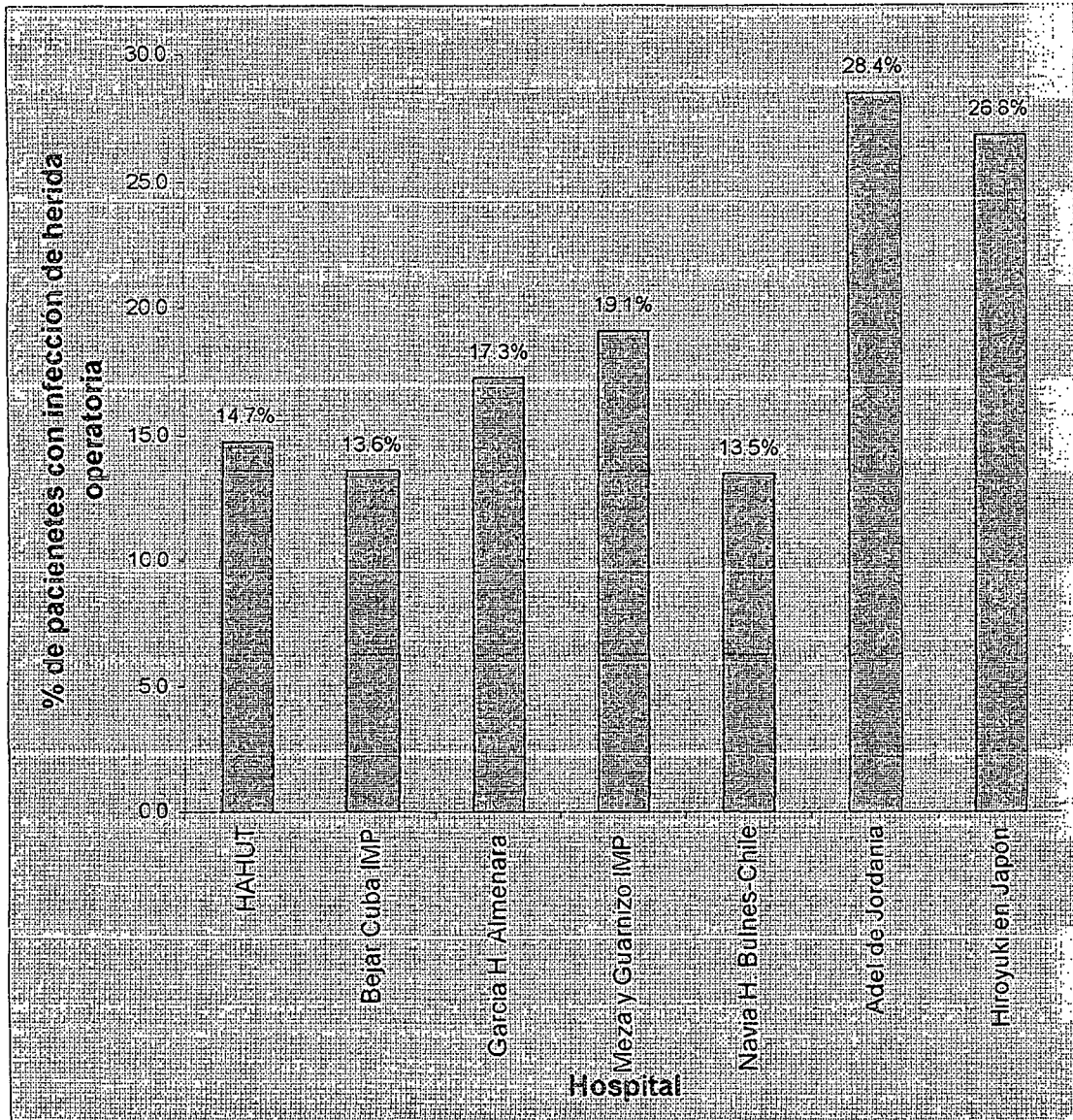


# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Figura N° 16

Comparación de las Complicaciones Post-operatorias de las pacientes histerectomizadas con otros estudios

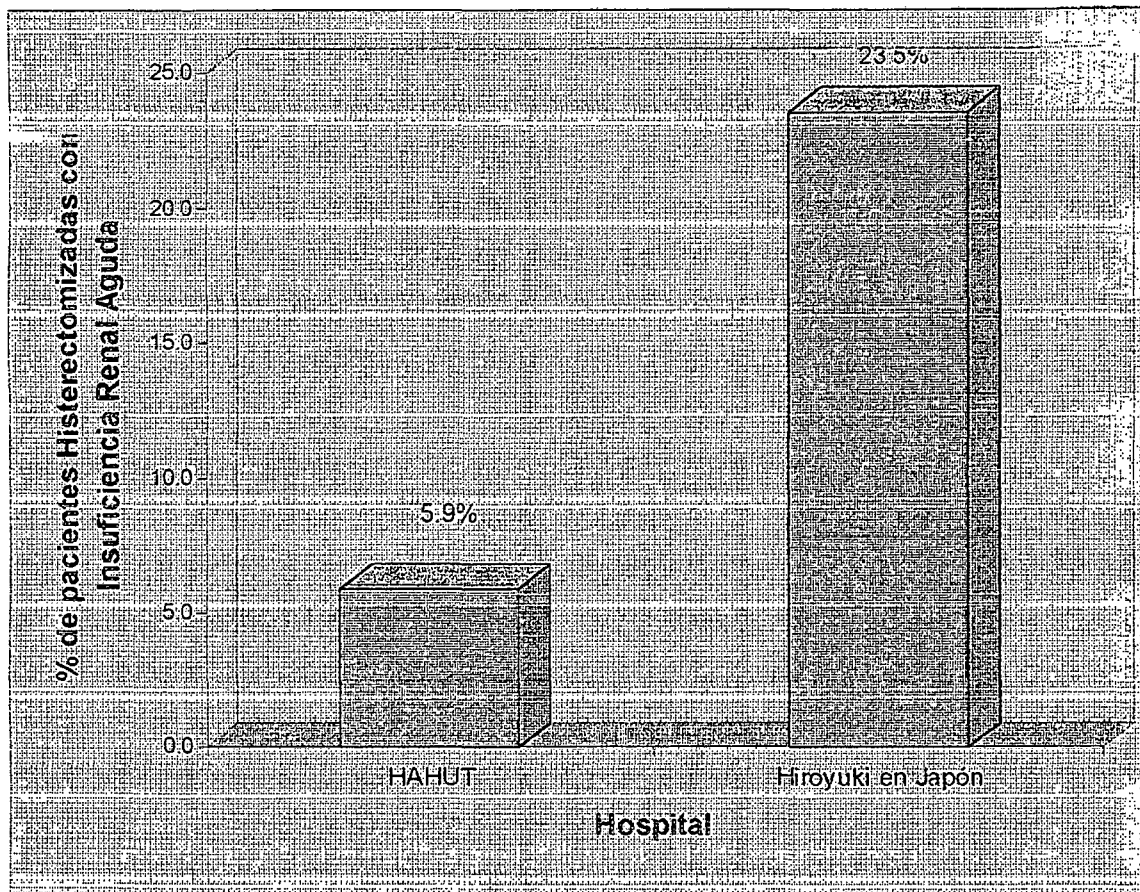


# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Figura N° 17

Comparación de las Complicaciones Post-operatorias de las pacientes histerectomizadas con otros estudios





## CAPITULO IV

### DISCUSIÓN COMENTARIOS

Entre enero de 1995 a diciembre del 2005 hubieron 33825 partos, de los cuales 27388 fueron por vía vaginal y 6437 por cesárea lo que da un índice de cesáreas del 19.03% (fuente: Estadística - Sistema Informático Perinatal).

En este periodo se registraron 34 casos en las que se debió efectuar una histerectomía de urgencia y que reunían criterios de inclusión para ser considerados dentro del estudio.

El presente estudio arroja una incidencia global de 1.01 histerectomías por cada 1000 partos, 1.17 por 1000 cesáreas, 0.22 por 1000 partos vaginales.

La histerectomía obstétrica es una operación que generalmente se practica cuando la vida de la paciente está en franco peligro, es una indicación que en esencia incluye una emergencia médica y requiere del conocimiento, experiencia y destreza por parte del equipo de cirujanos.

En nuestra Institución la incidencia global alcanza 1.01 por mil partos (1 cada 990 partos), el 29.4% con

gestaciones entre el 1er y 2do trimestres; superior al encontrado en el Hospital Félix Bulnes en Chile por Navia quien reporta una incidencia de 0.44 por mil partos y solo el 15.39% se daba en el 1er y 2do trimestres y cita que la incidencia reportada en su país va del 0.5 por mil al 1.9 por mil partos (38). Ocurre lo contrario comparando con el Instituto Materno Perinatal de Lima donde la incidencia es de 3.12 por 1000 partos y 29.4% ocurrió en el 1er y segundo trimestre (50), concluyen que ello puede explicarse por ser un establecimiento de mayor complejidad y especializada en patología mayormente obstétrica, y por lo mismo nuestro establecimiento de referencia de pacientes con problemas obstétricos, que además bajos recursos económicos, con mayores factores de riesgo que obligan a la operación motivo del presente estudio, población con un pésimo control prenatal (50% sin control prenatal) (TABLA N° 2), en su mayoría procedentes de zonas urbano-marginales (62.5%) (TABLA N° 1).

La edad promedio encontrada fue de 31.7 años algo más que lo reportado por Hiroyuki en Japón 30.6 años (43) y algo más que lo reportado por Bejar Cuba IMP - Lima que fue de 30.7 años (50), Navia en Chile 32.4 años (38), García en el Hospital Almenara Lima encuentra una edad promedio de 34.6 años (22), Adel en Jordania 34.7 años (45). Igualmente la

paridad promedio fue de 2.94, algo menor que lo reportado por Bejar Cuba en el IMP que fue de 3.51 (24) y superior a lo encontrado por Ramírez en el Hospital Almenara y Centro Médico Naval en Lima que fue de 2.68 (23) y algo menor a lo hallado por García en el Hospital Almenara Lima e Hiroyuki en Japón quienes reportan 3.6 (22) (43) y muy por debajo de lo encontrado por Adel en Jordania que fue de 6 (45). Lo que es importante remarcar es que 1 paciente (2.9%) perdió el útero sin haber tenido hijos.

El acretismo placentario fue la indicación mas frecuente, tomando en cuenta el total de casos, dato que difiere de lo reportado por Bejar Cuba IMP - Lima, en cuyo trabajo la sepsis fue la indicación mas frecuente con un 39.7% a diferencia que el acretismo sólo alcanzo el 14%(50); en nuestro estudio el acretismo placentario es la causa mas frecuente con un 29.4% y la sépsis representa el 17.6% (TABLA N° 3) (FIG. N° 3), sin embargo si se separan en grupos pudimos observar que las indicaciones estaban claramente diferenciadas entre el 1er y 2do trimestres por un lado y el 3er trimestre y puerperio por el otro, hecho ello el acretismo seguía siendo la indicación mas frecuente en el segundo grupo con un 41.7% en cambio en el 1er grupo la sépsis era la indicación mas frecuente con un 50%(TABLA N° 6).



Los estudios locales mencionan a la atonía como la principal causa así Meza y Guarnizo la reportan en 62.9% (24), Ramírez en un 30% (23), García reporta como primera causa al acretismo placentario con un 37.93%, Bejar Cuba menciona la sépsis como la primera causa con un 39.7% (50), mientras que en otros países reportan el acretismo placentario como principal causa así Elana Kastner reporta el acretismo placentario como la primera causa con un 48.9%(3), SL Clark Yeh reporta a la atonía uterina con un 43%(1) como la primera causa de la histerectomía, otros estudios reportan al acretismo como la principal causa entre el 38.1% hasta el 63% (Adel en Jordania y Zelop en Boston) (45) (37) o la ruptura uterina con un 35.3% (Hiroyuki en Japón) (43).

Anteriormente se consideraba a la atonía como la primera causa de histerectomía periparto en el presente estudio concuerda con lo reportado por los americanos en la década del 1970 - 1980, sin embargo la literatura reciente reporta en los últimos tiempos al acretismo placentario como causa cada vez más importante de histerectomía obstétrica periparto (3,36), esto debido a que la incidencia de parto por cesárea ha ido en incremento y que esto a su vez condiciona placenta previa y acretismo

factores que se asocian a la histerectomía periparto de urgencia, éste factor también está presente en nuestra realidad ya que la cesárea en el HAHUT tiene un incremento progresivo (11.9% en 1995 a 22.9% en el 2005), el otro condicionante que sostienen los reportes es que ahora se maneja de mejor forma médicamente la atonía uterina fundamentalmente con el ingreso del uso de las prostaglandinas en el arsenal terapéutico lo que redujo sustancialmente la histerectomía por atonía, algo que estamos empezando a usar muy tímidamente en nuestro medio y cuya efectividad ha sido demostrada (20) (36) (40).

La posibilidad de perder el útero es más frecuente en los partos por cesárea que en los vaginales, ya que el 0.117% de las cesáreas terminan en histerectomía ya sea en el mismo acto operatorio o posteriormente (puerperio), a diferencia de solo el 0.022% de los partos vaginales, condición notada también por otros investigadores como Stanco en Michigan quién da valores de 0.83% y 0.009% respectivamente (36).

En el presente estudio el riesgo relativo de terminar en histerectomía entre las pacientes sometidas a cesárea es de 9.8, aunque cabe mencionar que las causas que obligan a la cesárea de por sí (TABLA N° 18) y los eventos encontrados

intra-operatoriamente son también factores de riesgo para histerectomía, como son la placenta previa que a su vez es factor de riesgo para el acretismo placentario, el DPPNI que conlleva a infiltración uterina y útero de Couvelaire que condiciona atonía uterina.

La histerectomía abdominal subtotal fue la operación más frecuente (70.6%) (TABLA N° 5), contrario a lo reportado por otros autores como Bejar Cuba en el IMP Lima donde la Histerectomía total fue de 94.1% similar cifra reporta Hiroyuki en Japón (43), García (89.7%) (22), Meza y Guarnizo (85.8%) (24) y muy superior a lo reportado por Navia en Chile (42.3%) (38), en caso de los abortos sépticos fue mas frecuente la Histerectomía total y anexectomía bilateral complementaria (TABLA N° 7), debido al proceso séptico pélvico encontrado en estos casos. Las causas relacionadas al aborto fueron las más frecuentes en el 1er y 2do semestres (TABLA N° 6), lo que refleja el grave problema de salud que representa esta eventualidad, si bien es cierto la mayoría de historias no consignan el dato de manipulación previa con maniobras abortivas, creemos que muchos de estos casos tienen este antecedente ya que incluso en 1 caso se encontró perforación uterina. En nuestro país el aborto es considerado ilegal y es tipificado como delito por lo que el conocimiento a nivel

de autoridades conlleva investigación y causalidad penal tanto para la madre y familiares, como para quienes realizaron las maniobras abortivas por lo que las pacientes tienden a negar este antecedente.

Las complicaciones post-operatorias encontradas con más frecuencia (TABLA N° 4) (GRAF: N° 5) fueron la anemia que estuvo presente en el 35.3%, concordando con el 45.6% con Bejar Cuba (50), Ramírez lo reportó en el 90% de las pacientes, sin embargo García en el Hospital Almenara encontró sangrado excesivo en el intra-operatorio en el 20.69% y anemia como complicación postoperatoria en el 3.45% (23); se reporta que las pérdidas sanguíneas en promedio van de 3 a 4 litros y casi todas las pacientes requieren transfusiones de sangre entre 0 a 20 unidades (37). Las coagulopatías (CID) estuvieron presentes en el 17.6%, superior a lo reportado por Bejar Cuba en el IMP (9.6%) (50), Ramírez el 5% (23), Adel en Jordania lo reporta en el 4.7% (45) y en Japón Hiroyuki lo reporta en el 64.71% de sus casos (43), la morbilidad infecciosa estuvo presente en el 17.6%, superior a lo encontrado por Bejar Cuba (13.6%), por Navia (13.46%) (38) e inferior a lo encontrado por Hiroyuki (26.8%) (43) o el 28.44% reportado por Adel (45) o del 17.25 de García (22) o 19.1 de Meza y guarnizo (24), y la insuficiencia renal aguda se presentó

en el 5.9%, a diferencia del 23.53% encontrado por Hiroyuki (43).

La mortalidad fue de 0% (TABLA N° 4). La estancia materna fue de 10.4 +/- 5 días (rango de 4 a 23) y un moda de 5 días, comparable con lo encontrado por Bejar Cuba en 10.47 días, García en 10 días (rango 4 - 62) (22), Ramírez y Meza lo reportan en 9 días (rangos entre 5 - 28) (23) (24) (23).

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES

1. La incidencia de la histerectomía obstétrica en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 1995 al 2005 fue de 1.01 por mil partos.
2. Las características de la población estudiada fueron: Edad promedio de 31.7 años, sin control prenatal el 50%, paridad promedio de 2.65, el 70.6% presentaban gestaciones entre el 3er trimestre y el puerperio.
3. La principal indicación de histerectomía fue el acretismo placentario con un 29.4%. El análisis por subgrupo muestra: a) 1er y 2do trimestres la sépsis era causa del 50% de histerectomías y b) En el 3er trimestre y puerperio el acretismo placentario era responsable del 41.7% de casos.
4. La cesárea aumenta 9.8 veces el riesgo de Histerectomía obstétrica comparada con el parto vaginal.
5. Las indicaciones mas frecuentes de las cesareas antes o durante las histerectomías era DPP (44.4%), Placenta previa (22.2%).

- 6.El 2.9% de las pacientes perdieron el útero sin haber tenido hijos.
- 7.El antecedente de cesareas previas en pacientes con acretismo placentario (77.8%) eleva el riesgo de hysterectomías.
- 8.El peso promedio de los recién nacidos de madres sometidas a hysterectomías fue de 2777.5 g, con Apgar de 7 o menos al minuto (36.4%), porcentaje que bajo a los 5 minutos (27.2%).

## 5.2. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda resaltar la importancia de establecer protocolos de atención para las gestantes que van a ser intervenidas por cesarea.
2. Realizar programas de concientización en la gente y resaltar la importancia del control prenatal para mayor conocimiento de los factores de riesgo maternoperinatales lo cual podría aumentar el número de controles prenatales.
3. Recomendar protocolos de atención para el manejo de pacientes post-operadas para disminuir la estancia hospitalaria y las complicaciones post-operatorias.



## CAPITULO VI

### BIBLIOGRAFÍA

1. SL Clark, SY Yeh, JP Phelan, S Bruce, y derecho Paul, (2002), La histerectomía de emergencia por hemorragia obstétrica Obstetrics & Gynecology;105:1369-1372
2. Karrie Francois, MD \*, José Ortiz, MD, Cathleen Harris (2005), Es histerectomia de Peripartum más común en gestaciones múltiples? Obstetrics & Gynecology 2005;105:1369-1372. NIVEL DE LA EVIDENCIA: II-3
3. Elana S. Kastner, MD, Reinaldo Figueroa, MD, David Garry, (2003), Histerectomía Obstétrica del Periparto en una Hospital docente de la Comunidad, Obstetrics & Gynecology;125:1369-1372
4. Alcides Pereira, MD, Filomena Nunes, MD, Sónia Pedroso, (2005), Suturas Uterinas Compresivas para tratar el Sangrado Postparto secundario a Atonía Uterina, Obstetrics & Gynecology 2005;106:569-572. Nivel de la evidencia: III
5. Dandade D, et al. (2003). Therapeutic gynecologic procedures. In AH DeCherney, L Nathan, eds., Current

- Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 9th ed., pp. 856-877. New York: Lange Medical/McGraw Hill.
6. Learman LA, et al. (2003). A randomized comparison of total or supracervical hysterectomy: Surgical complications and clinical outcomes. Obstetrics and Gynecology, 102(3): 453-462.
  7. Thakar RT, et al. (2002). Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. New England Journal of Medicine, 347(17): 1318-1325.
  8. Farquhar CM, Steiner CA (2002). Hysterectomy rates in the United States 1900-1997. Obstetrics and Gynecology, 99(2): 229-234.
  9. Kjerulff KH, et al. (2000). Effectiveness of hysterectomy. Obstetrics and Gynecology, 95(3): 319-326.
  10. Garry R, et al. (2004). The eVALuate study: Two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. BMJ, 328(7432): 129
  11. Young, J H: The History of cesarean section. Lewis. London. 1944.: 93.
  12. Storer, H. R.: Successful removal of the uterus and both ovaries by abdominal section; the tumor, fibro-cystic, weighting thirty - seven pounds. Amer. J. Med. Sci. 1869; 51:110.

13. Porro, E.: Dell' amputazione útero-ovárica come complemento di taglio cesáreo. Ann. Aniv.. Med. E Chir. 1876; 237:289.
14. Taylor, I: Gastro-hysterectomy, or the recent modification of the cesarean section by E. Porro. Amer. J. Med. Csi. 1880; 80:129.
15. Davis, M E: Complete cesarean hysterectomy; logical advance in modern obstetric surgery. Amer. J. Obstet. Gynec. 1951;62:838.
16. Williams & Willkins: Post abortion Infection and septic Shock. En: Infectious Diseases of the female Genital Tract. Sweet R, Gibbs R II edition USA, 1990.
17. Te Linde: Ginecología quirúrgica, octava edición 1998. Editorial Medica Panamericana S.A. Buenos Aires. 879:895.
18. Michael R. Foley: Cuidados Intensivos en Obstetricia. Manual practico. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1999; 32:49.
19. Clark SL, Yeh SY, Pelan JP, et al: Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1984; 64:376.
20. Williams: Obstetricia. 20° Edición. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires 1998; 558:561, 480:488, 637, 724.
21. Castillo M. M., Espinoza D. J.: Factores de riesgo asociados a histerectomía relacionada a cesárea de

- emergencia. Instituto Materno Perinatal. Lima Temas libres XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. 23 - 28 de Junio de 1996. Cuaderno de resúmenes 75:76.
22. García F. Donayre A.: Cesárea hysterectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima Perú. Ginecología y Obstetricia Octubre 1999 Vol. 45, N° 4; 280:285.
23. Ramírez Ocaña: Cesárea hysterectomía en el Hospital Almenara Irigoyen y Centro Medico Naval durante los años 1980 - 1992. ME/WQ/430/R21. Biblioteca Facultad de Medicina San Fernando. UNMSM. Lima.
24. Meza M. Guarnizo E.: Cesárea hysterectomía en la Obstetricia actual. Instituto Materno Perinatal (ex Maternidad de Lima) 1989 - 1993. ME/WQ/430/M49. Biblioteca Facultad de Medicina San Fernando. UNMSM Lima.
25. Chang: Hysterectomías en obstetricia tesis Bachiller. Universidad Mayor de San Marcos, Lima Perú. 1964.
26. Alcántara Rene: Cesárea hysterectomía. Obstetricia y ginecología 1991 vol; 21:24.
27. Wang DF.: Analysis of hysterectomies in 118 obstetric cases. Chung-Hua-Fu-Chan 1991. Vol 26. 221:251.
28. Rebollo A.F. Herrero. La cesárea hysterectomía en la obstetricia actual Toko. Gin Practica 1989. Vol 48; 587:589.

- 29.Espinoza González A. Histerectomía obstétrica. Rev. Chilena Obst ginecol 1988 vol 53(6). 329:333.
- 30.Ahued- Ahued Jose. Cesárea histerectomía. Ginecol. Obstetricia Mex. 1987 vol 55 . 47:52.
- 31.Bergnan C. And col: Ten years experience with cesarean hysterectomy Am. J. Obstetric Gynec. 1991 vol 164. 107:109.
- 32.Ortuño O., Domingo y col.: Morbi-mortalidad materno fetal en la operación cesárea 1983 - 1986. Gac. Med. Boliv. 1988;12(2); 51:55.
- 33.Arana, J: Cesárea histerectomía total. Reporte de 100 casos consecutivos y revisión de la estadística mundial. Gine. Obst. Mex. 1976; 40:419.
- 34.Orderique L. Chumbe O.: Cesárea histerectomía en el Hospital Maria auxiliadora. Ginecología y Obstetricia. 1998; 44(1); 61:64.
- 35.Ortega A. S. Y col.: Cesárea histerectomía. Rev. Boliv. Ginecol Obstetric 1982; 6 (2); 20:21.
- 36.Stanco, LM y col.: Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. Am J Obstet Ginecol. 1993; 168 (3Pt. 1); 879:883.
- 37.Zelop ZM, y col. Emergency peripartum hysterectomy Am J Obstet Gynecol. 1993; 168 (5); 1443:1448.
- 38.Navia F. y col.: Histerectomía Obstétrica. Rev Chil Obstet Ginecol 2000. 65 (5); 385:388.

- 39.Santibáñez A.: Técnica B-Lynch para el control de la hemorragia puerperal masiva: Reporte de seis casos en el Hospital San Bartolomé. Lima Peru. Gynaecia. Junio-Agosto Vol. 1 N° 1 25:26.
- 40.Schwarcz-Sala-Duverges. Obstetricia. Quinta Edición. Buenos Aires El Ateneo 1995. 607:608.
- 41.Zorlu G. et al: Emergency hysterectomy in modern obstetric practice. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77; 186:190.
- 42.O'Brien J. et al: The management of placenta percreta: Conservative and operative strategies Am J. Obstet Gynecol 2000. Vol 26 (5) 341:345
- 43.Grases y col: Acretismo placentario. Progresos de Obstetricia y ginecología 1998. Vol 41 (3). 173:177.
- 44.Adel T. et al.: Emergency peripartum hysterectomy at the princess badea teaching hospital in north jordan. J Obstet Gynaecol. Res. 1999. Vol 25 (3) 193:195.
- 45.Diaz Bolaños, J y col.: Histerectomías por complicación de la cesárea. Rev Obstet Ginecol Venezuela 1984; 44(2): 134:139.
- 46.Korejo, R. Y col: Obstetric hysterectomy five year experience. J Pak. Med. Assoc. 1995; 45,86:88.
- 47.Ortiz Roca, Abner Tesis Bachiller: Cesárea histerectomía en el Hospital General base Cayetano Heredia, 10 años de estudio retrospectivo 1984.

48. |1Gupta U. y col.: Emergency hysterectomy in obstetrics a review of five years. Asian-Oceania-J Gynecol-Obstetri. 1994;20 (1). 1:5.
49. Bejar Cuba, Julio: Histerectomías durante la gestación, en el Instituto Materno Perinatal: Incidencia y Factores Asociados (Enero de 1999 - Diciembre 2000). Biblioteca Facultad de Medicina San Fernando. UNMSM Lima.
50. <http://www.greenjournal.org/cgi/content/abstract/64/3/376?maxtoshow>.
51. [http://highwire.stanford.edu/cgi/searchresults?andortopics=and&pubdate\\_year](http://highwire.stanford.edu/cgi/searchresults?andortopics=and&pubdate_year).
52. <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEFyFkFAZleczrxcYE.php>.
53. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-actmed/e-am2003/e-am03-4/em-am034c.htm>

ANEXOS

Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Tabla N° 18

N° de Partos y Cesareas por Año

Año	Partos	cesareas	% de cesareas
1995	1380	187	11.9
1996	1410	210	13.0
1997	1724	272	13.6
1998	1920	397	17.1
1999	2109	446	17.5
2000	2427	579	19.3
2001	2739	725	20.9
2002	3221	779	19.5
2003	3242	824	20.3
2004	3496	916	20.8
2005	3720	1102	22.9
Total	27388	6437	

Fuente: sistema informativo perinatal del departamento de gineco-obstetricia y registros del departamento de estadística del HAHUT.

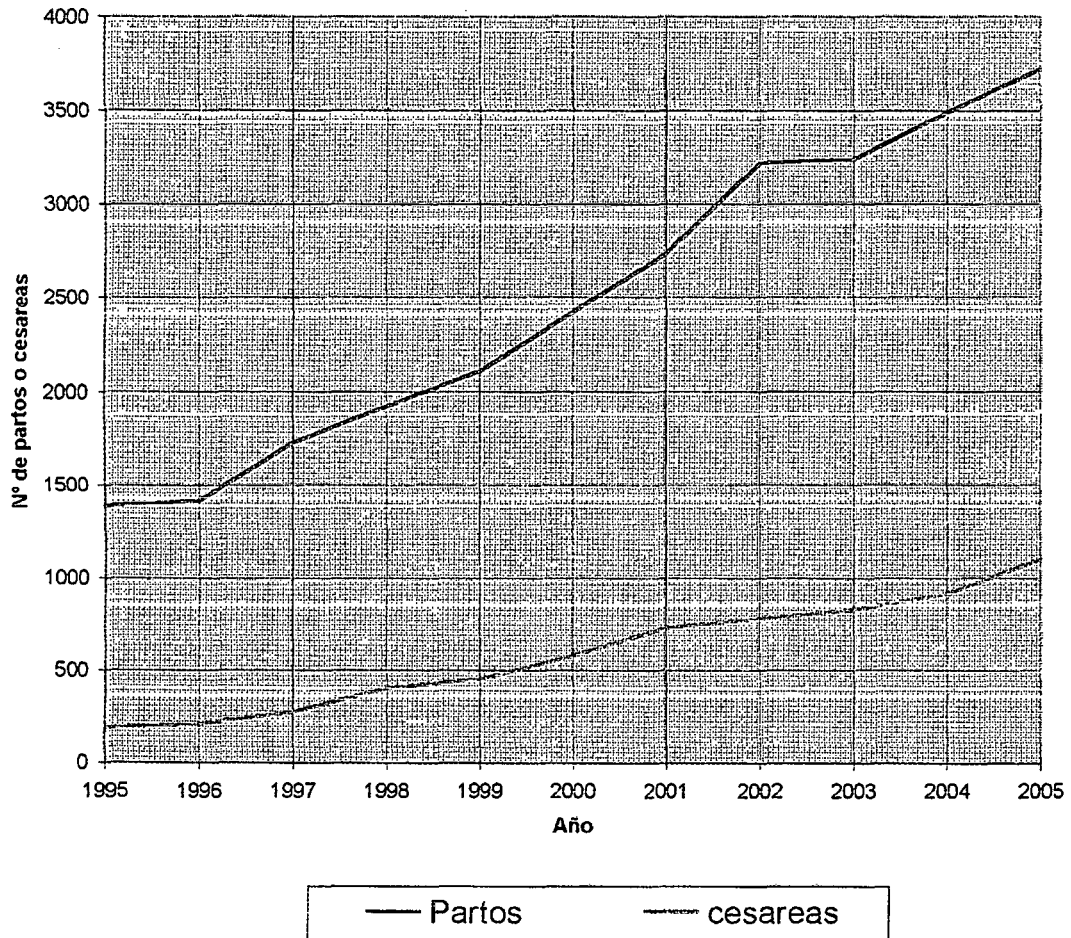


# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Gráfico N° 19:

Numero de Partos y Cesáreas por Año

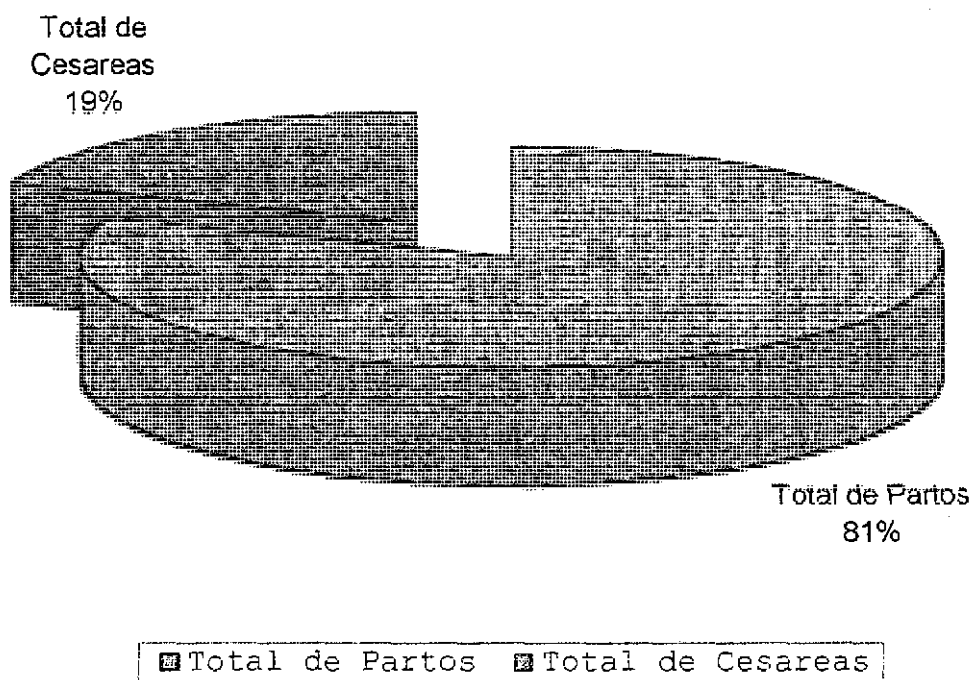


# Histerectomías Obstétricas de Emergencia

Factores Asociados e Incidencia (HAHUT 1995 -2005)

Gráfico N° 20:

Total de Partos y Cesáreas



FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS HISTERECTOMÍAS  
OBSTÉTRICAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 1995 -2005

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se hará una revisión completa de la historia clínica entendiéndose para ello la anamnesis, examen físico, exámenes auxiliares, evolución, récord operatorio, motivo de la histerectomía y tratamiento; lo que permitirá al final sacar datos mas importantes para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

1. N° de historia clínica \_\_\_\_\_

2. Edad:

3. Estado civil:

Conviviente ( )

Casado ( )

Soltero ( )

Otro ( ) \_\_\_\_\_

4. Ocupación:

Su casa ( )

Comerciante ( )

Empleada ( )

Estudiante ( )

Agricultor ( )

Otro ( ) \_\_\_\_\_

5. Grado de Instrucción:

Analfabeta ( )

Primaria ( )

Secundaria ( )

Superior ( )

No consignado ( )

6. Control prenatal:

Si ( )

Numero de controles \_\_\_\_\_

No ( )

No consignado ( )

7. Paridad G( ); P( ); A( ); HV( ); HM( )

8. Indicaciones de la Histerectomía

Atonía Uterina ( )

Acretismo placentario ( )

Sépsis ( )

Ruptura Uterina ( )

Utero Couvelaire ( )

Otro ( ) \_\_\_\_\_

9. Egreso Materno

Mejorado ( )

Transferido ( )

Fallecido ( )

Otro ( ) \_\_\_\_\_

10. Reintervenciones:

Si ( ), porque causa: \_\_\_\_\_

No ( )

11. Morbilidad postoperatoria

Anemia ( )

Insuficiencia Renal Aguda ( )

CID ( )

Inf. de Herida Operatoria ( )

Otro ( ) \_\_\_\_\_

12. Estancia Materna \_\_\_\_\_ días

13. Tipos de Cirugía

Histerectomía abdominal total ( )

Histerectomía abdominal sub total ( )

Histerectomía Vaginal ( )

Otro ( ) \_\_\_\_\_

14. Tratamiento de los Anexos

SOF Bilateral ( )

SOF unilateral ( )

Sin SOF ( )

Otro ( ) \_\_\_\_\_

15. Tiempo operatorio \_\_\_\_\_

16. Tipo de anestesia

General ( )                      Regional ( )

Regional + General (convertido) ( )

Otro( ) \_\_\_\_\_

18. Momento de la Gestación

1er trimestre ( )              2do trimestre ( )

3 er trimestre ( )              Puerperio ( )

19. Resultado perinatal

Vivo ( )                          Muerto ( )

No consignado ( )

20. Apgar del recién nacido

Al minuto \_\_\_\_\_              A los 5 minutos \_\_\_\_\_

21. Peso del Recién Nacido \_\_\_\_\_

22. Observaciones mas Importantes que motivo la Histerectomía

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Investigador:

Fecha: