



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INDICACIONES Y FACTORES ASOCIADOS A HISTERECTOMIA
OBSTETRICA DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL APOYO
SULLANA II-2 DURANTE EL AÑO 2017**

**PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

JUNIOR KEVIN PALACIOS RUIZ

PIURA – PERÚ

2018

Dedicatoria

A Dios por ser mi guía en la vida, por brindarme la sabiduría e inteligencia para no decaer y por iluminar mi mente para continuar día a día.

A mis padres, Pedro y Petronila, el pilar fundamental de mi vida, por exigirme y apoyarme a lo largo de mi formación universitaria y en todas las decisiones importantes de mi vida, a mis hermanos, Julio César, Juan Carlos y Joan Cristhian por tolerarme y guiarme con su ejemplo.

A mis amigos, por brindarme fuerza para continuar y al personal del HAS II-2 por abrirme las puertas de su institución y de su corazón para continuar con la formación académica.

Agradecimientos

Al Doctor Nelson Navarro Jimenez por guiarme en la realización de este proyecto

A los docentes de esta casa de estudios por compartir sus conocimientos y experiencia para formarnos como excelentes profesionales cada día más humanos.

Resumen

Introducción

La Histerectomía Obstétrica de Emergencia (HOE) es la exéresis del útero en una mujer ya sea después de un parto, aborto o en el puerperio. El propósito de este estudio es determinar las principales indicaciones de HOE así como los factores asociados reconociéndolos oportunamente para ofrecer un manejo óptimo de la gestante y disminuir la tasa de mortalidad materna.

Objetivo

Determinar las principales indicaciones y los factores asociados a Histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2 durante el año 2017.

Metodología

Es estudio cualicuantitativo, retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional y no experimental, donde se evaluaron 17 caso de Histerectomía Obstétrica de Emergencia ocurridos en el Hospital Apoyo Sullana durante el año 2017

Resultados

Durante el 2017 se realizaron 17 Histerectomías Obstétricas de Emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2, el 64.70% presentan entre los 26 a 35 años de edad, el 88.24% procedían de una zona rural, el 76.47% eran multíparas, el 82.35% eran multigestas, el 41.18% tuvieron más de 6 controles prenatales, el 71% tiene como antecedente al menos 1 cesárea anterior. El 58.82%% presentó como principal indicación a la atonía uterina seguida de Acretismo placentario con 11.76%

Conclusiones

La Histerectomía Obstétrica de Emergencia se relaciona con la multiparidad, los controles prenatales insuficientes y la presencia de cicatriz uterina previa, teniendo como principal indicación a la atonía uterina.

Palabras Clave

Histerectomía obstétrica de emergencia, Hemorragia obstétrica

Abstrac

Introduction

Emergency Obstetric Hysterectomy (HOE) is the exeresis of the uterus in a woman either after a birth, abortion or in the puerperium. The purpose of this study is to determine the main indications of HOE as well as the associated factors, recognizing them in a timely manner to offer an optimal management of the pregnant woman and to decrease the maternal mortality rate.

Objective

To determine the main indications and the factors associated with emergency obstetric hysterectomy in the Hospital Apoyo Sullana II-2 during the year 2017.

Methodology

It is a qualitative, retrospective, cross-sectional, descriptive, observational and non-experimental study, where 17 cases of Emergency Obstetric Hysterectomy occurred in the Hospital Apoyo Sullana during the year 2017

Results

During 2017, 17 Emergency Obstetric Hysterectomies were performed at Hospital Apoyo Sullana II-2, 64.70% were between 26 and 35 years old, 88.24% came from a rural area, 76.47% were multiparous, 82.35% they were multi-gestational, 41.18% had more than 6 prenatal check-ups, 71% had at least 1 previous caesarean. The 58.82 %% presented as main indication to uterine atony followed by placental accreta with 11.76%

Conclusions

The Emergency Obstetric Hysterectomy is related to the multiparity, insufficient prenatal controls and the presence of previous uterine scar, having as main indication the uterine atony.

Keywords

Emergency obstetric hysterectomy, Obstetric hemorrhage

INDICE

	PAGINA
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
I.- INTRODUCCION	7
1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	15
1.2 . OBJETIVOS	15
1.3 . HIPOTESIS	15
II.- MATERIAL Y METODOS	16
2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	16
2.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	16
2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	17
2.4. PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS	19
2.5. PLAN DE ANALISIS DE DATOS	20
2.6. ASPECTOS ETICOS	20
2.7. PRESUPUESTO	23
2.8. CRONOGRAMA	24
2.9. LIMITACIONES	25
III.- RESULTADOS	26
IV.- DISCUSION	37
V.- CONCLUSIONES	42
VI.- RECOMENDACIONES	43
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44
VIII.- ANEXOS	46

I. INTRODUCCION

El siguiente trabajo busca determinar las principales indicaciones y los factores asociados a Histerectomía Obstétrica de Emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2 durante el año 2017, tomando en cuenta a las complicaciones obstétricas como los factores asociados reconociéndolos oportunamente para ofrecer un manejo óptimo de la gestante y disminuir la tasa de mortalidad materna, además de contribuir a la casuística nacional.

El realizar este trabajo nació debido a una revisión bibliográfica la cual mostraba que en la actualidad las indicaciones de la Histerectomía obstétrica de emergencia están cambiando, anteriormente se hablaba de que la principal indicación de esta cirugía era la hemorragia post parto, principalmente por atonía uterina, pero actualmente las patologías relacionadas con la existencia de cicatriz uterina (acretismo placentario, placenta previa) están aumentando su incidencia (16), y esto a raíz del aumento en la realización de cesáreas innecesarias.

Es necesario realizar esta investigación ya que en nuestro medio local no se dispone de información teórica ni estadística sobre los factores asociados y las indicaciones de Histerectomía Obstétrica de emergencia. Actualmente Piura es la segunda ciudad, después de Lima, con los indicadores de muertes maternas más alarmantes con 41 muertes maternas en el año 2015 y aproximadamente 7 muertes registradas hasta la semana 10 del año 2016 según MINSA. Además es pertinente realizar esta investigación en el Hospital Apoyo Sullana, el cual es un hospital de referencia, ya que nos permite tener una visión más clara y completa de la realidad de nuestra región, para así poder hacerle frente y encontrar una solución lo más efectiva y pronta a este problema.

La trascendencia de este trabajo se verá reflejada en la utilización de estos resultados en las diferentes áreas como son epidemiología y la misma gineco-obstétrica. Tendrá un impacto a nivel económico ya que al tener una visión más clara del problema se puede llegar a una prevención lo que podría reducir los gastos que demanda esta intervención quirúrgica, así como su estancia postquirúrgica.

Consideramos que es factible realizar esta investigación ya que no se utilizarían muchos recursos y solo sería necesaria la historia clínica de aquellas pacientes sometidas a esta intervención quirúrgica, además su impacto social será aceptado debido a su importancia.

Korejo. et al. En su estudio “Emergency obstetric hysterectomy” concluye que las principales indicaciones fueron la ruptura del útero en 57 (47,1%) y la hemorragia posparto severa debido a la atonía uterina en 35 (28,9%). Otras indicaciones incluyeron hemorragia severa debido a anomalías placentarias en 14 (11.6%); placenta previa en 3 (2.5%); desprendimiento de placenta en 4 (3.3%); e infección severa después del parto vaginal en 3 (2.5%) (24).

Ploog, et al, en su estudio “Histerectomía puerperal. Experiencia en una Institución privada” obtiene como resultados que la principal indicación al acretismo placentario, pero este estudio cuenta con una muestra muy escasa (19). Stella D’Arpe en su estudio “Emergency Peripartum Hysterectomy in a tertiary teaching Hospital: a 14 – years review” también concluye que la placentación anormal fue la indicación más común de Histerectomía Obstétrica de Emergencia (16). Si bien sabemos que hay muchos estudios a nivel mundial que demuestran este constante incremento en la placentación anormal, en nuestro medio aún faltan estudios que corroboren esta información.

Las Histerectomías obstétricas de emergencia, están asociadas a variables como la salud general de la paciente, edad, paridad, edad Gestacional, control prenatal, patología de fondo, patologías asociadas a enfermedades de fondo, periodo intergenésico. Estas características epidemiológicas nos dan una idea clara de los aspectos generales de este procedimiento y nos brindan ciertos aspectos que nos servirán para dar las observaciones adecuadas y poder obtener conclusiones adecuadas (5,21, 22).

Joana Carvalho en su estudio “Emergency Peripartum Hysterectomy: A 10-Year Review” de las 13 Histerectomías 10 fueron por atonía uterina, concluyendo que en 6 casos las pacientes fueron multíparas y en 7 casos el labor de parto fue inducido con prostaglandinas y/o oxitocina. Otro factor de riesgo prevalente fue la edad materna mayor a 35 años. Además se concluyó que en los 2 casos de acretismo placentario las pacientes eran mayores de 35 años con historia de cesárea previa (17). Asimismo Demicri en su estudio “Emergency Peripartum Hysterectomy in a tertiary obstetric center: nine years evaluation” concluye que tanto una cesárea previa como la realización de una nueva cesárea se asociaron con un aumento significativo del riesgo de Histerectomía obstétrica de emergencia, el riesgo aumentó de 3.6 para 1 sola cesárea previa a 37% para 3 o más (20)

Por otro lado Jaya Chawla en su estudio “EMERGENCY OBSTETRIC HYSTERECTOMY: A Retrospective Study from a Teaching Hospital North India over Eight Years” concluye que las mujeres en el grupo de etario de 20 a 30 años constituyeron más del 70% de los casos, y el 82% de los casos fueron multíparas (18).

Según la OMS cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Prácticamente todas las muertes se producen en países en desarrollo, con bajos ingresos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. (23)

El paso más importante en la prevención de la hemorragia posparto mayor es reconocer y evaluar el riesgo de las mujeres. El riesgo de histerectomía periparto parece disminuir significativamente al limitar el número de partos por cesárea, lo que reduce la aparición de placentación anormal en forma de placenta acreta, increta o percreta (25).

En el Perú la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que en la ENDES 2010 indica 93 por cada 100000 nacidos vivos. Para el año 2016 se notificó un total de 325 casos de muertes maternas, lo que representa un importante descenso respecto del 2015 (415 casos) (15). Según la publicación de OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, “Trends in maternal mortality: 1990 to 2010” la razón de mortalidad materna para Perú es de 67 por 100 000 nacidos vivos; así mismo, refieren que Perú está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna. (23)

Al realizar el análisis de la Información de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINS) se observa que en el Perú existen direcciones regionales de salud (DIRESA) y direcciones de salud (DISA) con altas cifras de mortalidad materna tales como: Lima, La Libertad, Puno, Loreto, **Piura** y Cajamarca (23). Para el año 2016 Piura reportó un total de 22 casos de muerte materna (15).

La exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto, un aborto o en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica (HO). Es un procedimiento quirúrgico mayor que involucra necesariamente la condición de un útero que está o ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiere la extirpación parcial o total del órgano. (1,2). Este procedimiento es usualmente reservado para situaciones donde las medidas conservadoras han fallado. (14)

La Histerectomía Obstétrica de emergencia se puede llevar a cabo después de una cesárea o sea cesárea-histerectomía o después de ella, después de un parto vaginal, aborto o incluso en el puerperio, debido a complicaciones como la hemorragia post-parto, estados infecciosos severos como aborto séptico, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas que llevan a una sepsis que no responda a antibióticos. (3)

La histerectomía debe ser considerada solo cuando las medidas conservadoras, para el control de la hemostasia en la hemorragia posparto, fallan. Esta operación está relacionada con una morbimortalidad significativa y sobre todo la experiencia del cirujano siempre estará involucrada. (4)

Este procedimiento se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años y seguirá siendo utilizado en las futuras generaciones, a pesar de la incorporación de nuevas técnicas menos invasivas o menos mutilantes (ligaduras vasculares, sutura de B-Lynch y embolización arterial selectiva). (3)

La hemorragia obstétrica ha sido una de las principales causas de HO, sin embargo diferentes publicaciones demuestran que las indicaciones están cambiando (como el acretismo placentario y su relación con cicatriz uterina) lo que obliga a nuevos enfoques y conductas terapéuticas. (19)

Según Obeid Layón y col. Citados por Villalobos y López, esta operación se puede clasificar en:

- Cesárea-histerectomía: cuando se realiza la cesárea y la histerectomía en un solo tiempo.
- Histerectomía post-cesárea: cuando estos actos se realizan por separado en dos tiempos diferentes.
- Histerectomía post-parto: la que se realiza después de un parto, en el puerperio inmediato o mediato.
- Histerectomía post-curetaje o post-legrado: si se hace después de un curetaje o legrado uterino.
- Histerectomía en bloque: cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica, u óbito fetal con corioamnionitis.

Las razones más frecuentemente señaladas son de carácter hemorrágico como los desgarros y roturas uterinas, atonía uterina y la sepsis puerperal, en especial en su grado extremo. (6)

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

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

Indicaciones absolutas:

- Rotura uterina
- Hemorragia incoercible
- Útero de Couvelaire
- Acretismo placentario
- Atonía uterina
- Infección puerperal de órganos internos, útero y ovarios

Indicaciones electivas:

Son las que se planean antes de la intervención; unas surgen en el momento de la cirugía, sin ser por si mismas indicación absoluta de histerectomía.

- Carcinoma invasor de cérvix
- Mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha
- Afección uterina no tumoral (adherencia inflamatorias, prolapso uterino)
- Algunos casos de corioamnionitis grave.

Se entiende por rotura uterina al desgarro de la porción supravaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo del útero. Es una de las complicaciones más serias del embarazo y el parto. (7)

En la mayoría de los casos el origen de este accidente debe ser atribuido a una causa materna o fetal, que sobrepasando la resistencia elástica de la fibra uterina logra romperla o

disociarla. Se asoció con cesárea previa en seis casos y con gran multiparidad, prolongado trabajo de parto, sepsis y gestación multifetal en un caso cada uno, según Chawla (18).

Cuando el útero no se contrae después del alumbramiento origina una pérdida sanguínea anormal en el lecho placentario. La atonía uterina es la causa más común de Hemorragia posparto primaria. El manejo debe ser precedido por un examen clínico minucioso para confirmar que el útero está en realidad atónico y descartar otras causas de sangrado. (8).

Entre las causas y los factores de riesgo de atonía uterina podemos encontrar:

Causas

- Sobredistención
- Infección intrauterina
- Medicamentos relajantes uterinos
- Fatiga uterina después de un trabajo de parto prolongado o inducido
- Inversión uterina
- Retención placentaria

Factores de riesgo

- Placenta previa
- Historia de hemorragia posparto previa
- Obesidad
- Multiparidad
- Raza asiática o hipánica
- Preeclampsia

La indecisión retrasa la terapia y conlleva a hemorragia excesiva que puede provocar coagulopatía dilucional e hipovolemia severa, hipoxia tisular y acidosis. Esto dificultará el control de la hemorragia e incrementará el riesgo de histerectomía, shock hemorrágico y muerte. (9)

Se define la placenta ácreta o acretismo placentario, como la inserción anormal de las vellosidades coriales directamente en el miometrio, en ausencia de la decidua basal y de la banda fibrinoide de Nitabuch. (10)

Se describen 3 grados de acretismo placentario:

- Placenta ácreta: las vellosidades se insertan directamente en el miometrio por un defecto en el desarrollo de la decidua
- Placenta increta: las vellosidades penetran hasta el interior del miometrio
- Placenta pércrета: las vellosidades alcanzan la serosa peritoneal o incluso penetran en la cavidad abdominal e invaden órganos vecinos.

El diagnóstico prenatal, la planificación de la estrategia quirúrgica y el enfoque multidisciplinario son los pilares de la prevención de la alta morbilidad materna asociada a este cuadro. Dentro de los factores de riesgo para el acretismo placentario se encuentra la placenta previa, antecedentes de cesáreas previas, cirugías uterinas y legrados, miomas submucosos, la multiparidad y la edad materna avanzada. La asociación de los dos primeros factores (placenta previa y cesárea previa) representan, en el momento actual, el antecedente más frecuente de los casos de acretismo. (8)

Se define como Hemorragia post parto a la pérdida sanguínea de 500 ml en el alumbramiento o inmediatamente después de del parto o 1000 ml después de una cesárea a consecuencia del sangrado desde el sitio de implantación placentaria, traumatismos del tracto genital o estructuras subyacentes. (11)

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

El retraso en la corrección de la hipovolemia, el diagnóstico y el tratamiento de los diferentes defectos de la coagulación o la hemostasia quirúrgica de la hemorragia son los factores prevenibles en la mayor parte de muertes maternas por hemorragia. (12)

El Útero de Couvelaire consiste en un estado de infiltración hemática del miometrio uterino debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal por vía cervical. (13)

Existen varias teorías que tratan de explicar el origen de este padecimiento: hipertoniá en la pared uterina que comprime los vasos sanguíneos venosos, con posterior formación de un hematoma que separa la placenta de la pared uterina, lo que a su vez condiciona otra hemorragia que ejerce presión en la pared muscular del útero, dándoles ese aspecto de fibras separadas en la microscopía.

El útero de Couvelaire es una de las complicaciones del desprendimiento placentario prematuro en su forma más grave. Dependiendo del grado de separación entre la superficie placentaria y la pared uterina (clasificación de Page), las manifestaciones clínicas evolucionarán según la gravedad; se iniciarán con el hallazgo de separación incidental en un parto sin complicaciones (grado 0), dolor abdominal leve, hemorragia en menor cantidad, coágulos, pero con feto íntegro (grado 1). El grado II corresponde a una separación entre 30 y 50% de la pared placentaria y pared uterina, dolor abdominal, coágulos, hemorragia mixta (interna y externa) y afectación del feto con mortalidad del 20 a 30%. En el grado III se repite este cuadro clínico, pero su diferencia estriba en que es de comienzo abrupto, con afectación materno-fetal importante, por la añadidura de anemia y probable shock. En todos los casos el feto está muerto.

1.1.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las principales indicaciones y los factores asociados a histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2 durante el año 2017?

1.2.- OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar las principales indicaciones y los factores asociados a Histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2 durante el año 2017

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la incidencia de Histerectomía Obstétrica de Emergencia en el Hospital Apoyo Sullana durante el año 2017
- Reconocer las patologías y/o comorbilidades asociadas a la realización de una Histerectomía Obstétrica de emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2 durante el año 2017
- Reconocer las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica de emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2 durante el año 2017

1.3.- HIPOTESIS

H0: La atonía uterina no es la principal indicación de Histerectomía Obstétrica de Emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2

H1: La atonía uterina es la principal indicación de Histerectomía Obstétrica de Emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2

H0: Las características clínicas, sociodemográficas no son factores asociados a la realización de una Histerectomía Obstétrica de Emergencia en el Hospital de Apoyo Sullana II-2

H1: Las características clínicas, sociodemográficas son factores asociados a la realización de una Histerectomía Obstétrica de Emergencia en el Hospital de Apoyo Sullana II-2.

II. MATERIAL Y METODOS

2.1. Diseño del estudio

Diseño No Experimental

Estudio cualicuantitativo, retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional

2.2. Población muestra y muestreo:

Población diana o universo:

Todas las pacientes gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II-2 durante el año 2017

Población de estudio:

Todas las pacientes gestantes sometidas a Histerectomía Obstétrica de emergencia durante el año 2017 que cumplan con los criterios de inclusión, en el Hospital de Apoyo Sullana II-2

➤ **Criterios de inclusión:**

- Mujeres gestantes o puérperas, con indicación de Histerectomía Obstétrica de emergencia
- De cualquier edad fértil
- Historia clínica completa, que contenga reporte operatorio

Muestra

➤ **Unidad de muestreo:**

- Todas las pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica de Emergencia en el Hospital de Apoyo Sullana II-2 durante el año 2017

➤ **Unidad de análisis:**

- Reporte Operatorio anexo a Historia Clínica

➤ **Tamaño mastral:**

- Todas las Historias Clínicas que cumplan criterios de inclusión

2.3. Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Instrumento
V.N°1 Indicación de Histerectomía obstétrica de emergencia	Orden o instrucción medica que justifica someter a las pacientes a la exéresis del útero, con el fin de preservar la vida en situaciones de emergencia en las cuales la vida de la paciente esté en riesgo	• Rotura uterina	• Desgarro de la porción supravaginal del cuello, segmento inferior o del cuerpo del útero.	SI NO	Historia Clínica
		• Atonía uterina	• Pérdida del tono de la musculatura del útero, con el consecuente retraso de su involución.	SI NO	Historia Clínica
		• Acretismo placentario	• Inserción anormal de las vellosidades coriales directamente en el miometrio, en ausencia de la decidua basal y de la banda fibrinoide de Nitabuch.	SI NO	Historia Clínica
		• Miomatosis uterina	• Tumoración benigna del músculo liso del útero, que ocasionalmente maligniza (<1%), de tamaño variable.	SI NO	Historia Clínica
		• corioamnionitis	Inflamación aguda de las membranas placentarias de origen infeccioso.	SI NO	Historia Clínica
		• Útero de Couvelaire	• Estado de infiltración hemática del miometrio uterino, debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal por el canal cervical	SI NO	Historia Clínica
		• Óbito Fetal	• Muerte fetal con 350 grs o más o en aquellos fetos con 20 semanas de gestación o más. • Preeclampsia sin signos de severidad: PA \geq 140/90 pero	SI NO	Historia clínica

		<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos Hipertensivos 	<p>menor a 160/110 mmHg, sin signos premonitorios (cefalea, epigastralgia, fotopsias, tinitus)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia con signos de severidad: PA \geq 160/110 mmHg, proteinuria > 300 gr en 24 Hrs, con presencia de signos de severidad como es edema pulmonar, disfunci[on hepática, trastorno de coagulación • Eclampsia: preeclampsia asociado a convulsiones tónico clónicas del tipo gran mal o coma no atribuible a otra causa • Sd. De HELLP: variante de Preeclampsia grave 	<p>SI NO SI NO SI NO SI NO</p>	Historia CLínica
V.N °2	Aquellos datos socioeconómicos, demográficos y antecedentes personales obtenidos de la Afiliación de las pacientes, presentes en la Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Paridad • Gravidad • Controles prenatales 	<p>Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la paciente hasta el día de la cirugía</p> <p>Mujer que ha dado a luz, sea via vaginal o abdominal, uno o más productos (vivos o muertos), con peso mayor a 500 gr o mayor de 20 semanas.</p> <p>Número de gestaciones</p> <p>Número de visitas prenatales que se realizó la paciente</p>	<p>< 15 años 16-25 años 26-35 años >35 años</p> <p>Primípara Multípara Gran multípara</p> <p>Primigesta Multigesta</p> <p>No CPN Menos de 6 6 o más</p>	<p>Historia Clínica</p> <p>Historia Clínica</p> <p>Historia Clínica</p> <p>Historia Clínica</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Cicatriz de cesárea anterior 	Paciente con historias de 1 o más partos por cesárea	SI NO	Historia Clínica
		<ul style="list-style-type: none"> • Periodo intergenésico 	Periodo comprendido entre la culminación de la última gestación y la actual	Corto <2 años Adecuado >2años	Historia Clínica
		<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo multiple 	Presencia de 2 o más fetos dentro del útero	SI NO	Historia Clínica
		<ul style="list-style-type: none"> • Polihidramnios 	Acumulación excesiva de líquido amniótico. ILA \geq 25cm	Leve 25-29 Moderado 30-34 Severo \geq 35	Historia Clínica
		<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de Parto prolongado 	Dilatación cervical o descenso fetal anormalmente lento durante el trabajo de parto	SI NO	Historia Clínica
		<ul style="list-style-type: none"> • Macrosomía Fetal 	Peso del RN por encima del Percentil 90 o peso al nacer por encima de los 4000 gr	SI NO	Historia Clínica

2.4.Procedimientos:

➤ Técnicas de recolección de datos.

- Se presentó el protocolo de la presente investigación para su autorización a las personas responsables del Hospital Apoyo Sullana II-2 (Anexo 01)

- Se recabaron las historias clínicas necesarias de la Sección de Archivos del Hospital Apoyo Sullana II-2.
- Se recogieron los datos necesarios y se consignaron en la ficha de recolección de datos confeccionada previamente. (Ver Anexo N° 02).
- Se elaborará una base de datos aplicando el SSPS versión 19 en Excel que permita el procesamiento y tabulación de los datos de la información obtenida de las fichas
- Antes de alimentar la base de datos diseñada en Excel, se hará un control para comprobar que estén bien consignados todos los datos
- Introducción de los datos recolectados en la base de datos creada para ese propósito.
- Realizar el análisis de los datos obtenidos en las variables medidas.
- Seleccionar las conclusiones producto del análisis del estudio de los aspectos encontrados y en correspondencia con los objetivos trazados para lograr la validez de nuestra investigación.
- Elaborar el Informe final.

2.5. Plan de análisis de datos:

Luego de recolectados los datos, estos serán procesados por computadora a través del programa Microsoft Excel y Epiinfo de la siguiente manera: Se vaciarán los puntajes, en las hojas codificadas del programa Microsoft Excel, tanto para la variable como para las dimensiones consideradas en el estudio, luego los datos serán revisados, corregidos y luego procesados en una base de datos para ser preparados y presentados en tablas y gráficos estadísticos facilitando así el análisis. Posteriormente, se procederá al análisis de las variables con elaboración de tablas de resumen y gráficos comparativos. Se realizaron medidas descriptivas en frecuencia, porcentajes y promedios, se construyeron tablas simples y de doble entrada, gráficos circulares y de barras. Para el procesamiento de datos se utilizará el software estadístico SPSS VERSION 19.0

2.6. Aspectos Éticos.

Propósito del Proyecto

Determinar las indicaciones y los factores asociados a Histerectomía obstétrica de Emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2

Beneficios

Al obtener los datos mencionados, estos fueron procesados y a continuación se dará a conocer los resultados obtenidos en el presente estudio con la finalidad de conocer las indicaciones y los factores asociados a Histerectomía Obstétrica de Emergencia

Riesgos

Por ser un estudio retrospectivo y de carácter observacional, no se manipulan las variables, por ello no plantea riesgos para ninguno de los participantes.

Confidencialidad

No se afectó ninguna norma de privacidad, derechos legales, derechos humanos, dado que se trabajó con datos de gestantes sometidas a Histerectomía Obstétrica de Emergencia..

El instrumento de recolección no develó nombres ya que fueron codificados salvaguardando su identidad, por consiguiente no se atentó contra la ética.

Consentimiento

Se solicitará el permiso con la debida explicación de los motivos para la presente investigación, por lo que se contará con el consentimiento del director del Hospital Apoyo Sullana II-2, así como de la oficina de Archivo donde se encuentran las historias clínicas.

2.7.Presupuesto

El presente trabajo se ejecutará con recursos propios del autor

Insumos para la investigación:

Partida	Insumos	Unidad	Cantidad	Costo unit	Costo total	Financiado
	Papel Bulky	Millar	1	0.05	50	Propio
	Papel Bond A4	Millar	1	0.05	50	Propio
	Lapiceros	Unidad	12	0.50	6	Propio
	CD	Unidad	12	1.50	18	Propio
	Tinta compatible para impresora	Unidad	3	30	90	Propio
Subtotal				214		

Servicios:

	Servicios	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	Costo total	Financiado
	Asesoría	Horas	144	10	1440	Propio
	Estadística	Horas	32	10	320	Propio
	Transporte y viáticos	Días	40	5	200	Propio
	Internet	Horas	20	1	20	Propio
	Encuadernación	Ejemplar	3	20	60	Propio
	Fotocopiado	Paginas	500	0.15	75	

						Propio
	Procesamiento Automático de datos	Horas	20	10	200	Propio
Subtotal					2315	

Insumos: S/.214

Servicios: S/. 2315

TOTAL: S/. 2529

2.8.Cronograma:

N°	Actividades	personas Responsables	abril	mayo	junio	julio	agosto	setiembre	octubre	noviembre	diciembre
1	Elaboración del proyecto	Investigador Asesor	x								
2	Presentación del proyecto	Investigador		x							
3	Revisión bibliográfica	Investigador			x						
4	Reajuste y validación de instrumentos	Investigador Asesor			x						
5	Trabajo de campo y captación de información	Investigador				x					
6	Procesamiento de datos	Investigador Estadístico					x	x			
7	Análisis e interpretación de datos	Investigador Asesor						x			
8	Elaboración del informe final	Investigador							x		
9	Presentación de informe final	Investigador								x	
10	Sustentación	Investigador									x
	Duración del proyecto		9 meses								

2.9.Limitaciones

El siguiente estudio tiene como principales limitaciones la calidad de la redacción de los reportes Operatorios, específicamente la caligrafía de los profesionales médicos; además de la carencia de recursos económicos para la realización del mismo.

III. Resultados

Durante el periodo de estudio del presente proyecto se atendieron 3591 partos ya sean vía vaginal o por cesárea, de los cuales 17 pacientes terminaron en la realización de una Histerectomía Obstétrica de Emergencia. La incidencia de Histerectomía Obstétrica de Emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2 durante el año 2017 es de 4.7 por cada 1000 nacimientos.

a. Características sociodemográficas de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Apoyo Sullana 2-II Sullana durante el año 2017

Durante el año 2017 se reportaron 17 casos de Histerectomía Obstétrica de Emergencia, con una edad promedio de 29.8 años; el 64.7% se encuentran en el rango de entre 26 a 35 años de edad, el 23.54% entre los 16 a los 25 años de edad. Además solo se reportaron 2 casos de histerectomías obstétricas de emergencia en pacientes mayores de 35 años representando el 11.76% del total, mientras que no se reportaron caso de Histerectomías obstétricas de emergencia en pacientes menores de 15 años. (Tabla N1)

TABLA N° 1.- DISTRIBUCION SEGÚN EL GRUPO ETARIO DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DURANTE EL AÑO 2017

Edad	Número	Porcentaje
<15 años	0	0%
16-25 años	4	23.54%
26-35 años	11	64.70%
>35 años	2	11.76%
TOTAL	17	100.00%

FUENTE: BASE DE DATOS

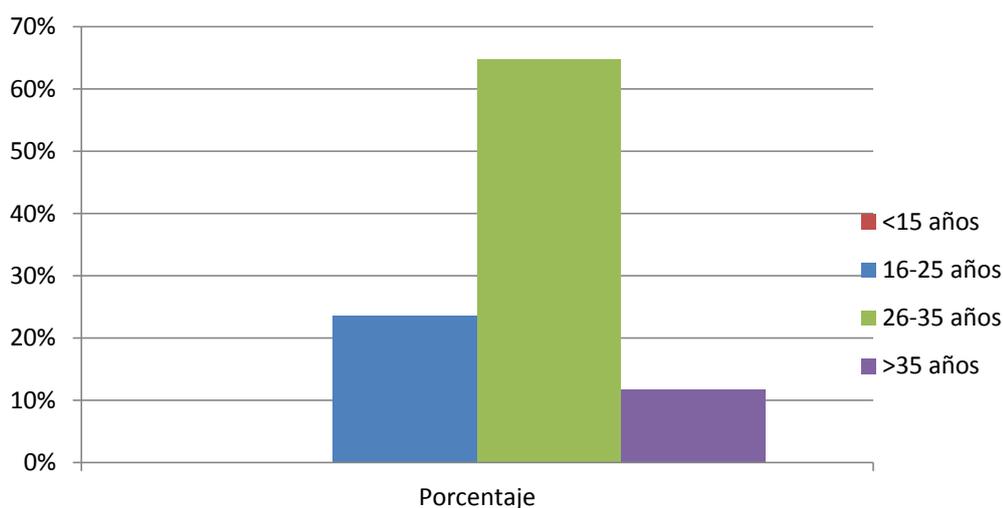


Gráfico 1: Distribución por edad de las pacientes
FUENTE: BASE DE DATOS

La totalidad de las pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica de Emergencia se dedican a ser amas de casa. Con respecto al lugar de procedencia, 2 pacientes proceden de una zona urbana constituyendo el 11.76% del total, mientras que 15 pacientes proceden de una zona rural constituyendo el 88.24% del total.

TABLA N° 2.- DISTRIBUCION SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DURANTE EL AÑO 2017

Ocupación	Número	Porcentaje
Ama de casa	17	100%
Dependiente	0	0%
Independiente	0	0%
TOTAL	17	100%
Procedencia	Número	Porcentaje
Urbana	2	11.76%
Rural	15	88.24%
TOTAL	17	100.00%

FUENTE: BASE DE DATOS

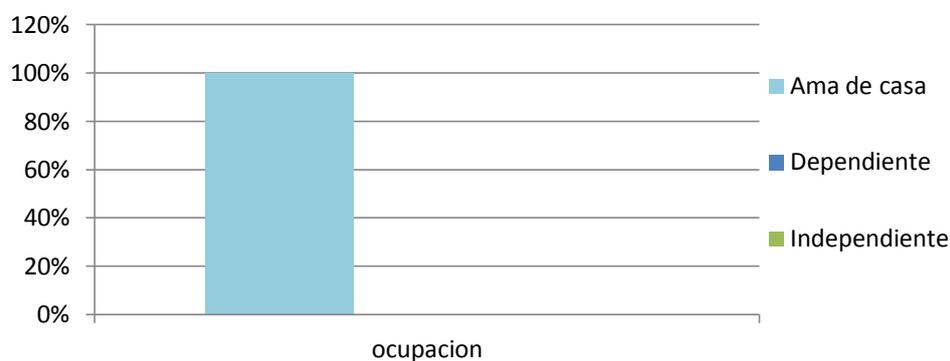


Gráfico 2: Distribución según Ocupación

FUENTE: BASE DE DATOS

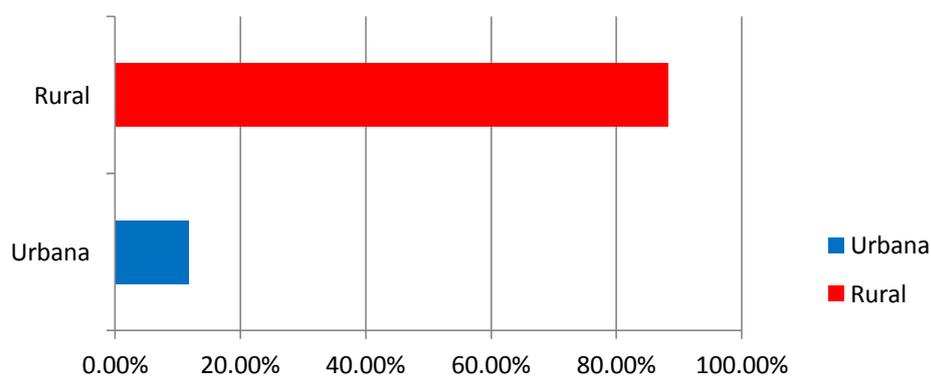


Gráfico 3: Distribución según procedencia

FUENTE: BASE DE DATOS

b. Características clínicas de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Apoyo Sullana 2-II Sullana durante el año 2017

Del total de pacientes histerectomizadas 11 eran multíparas constituyendo así 64.71%, 4 (23.53%) pacientes fueron histerectomizadas inmediatamente después de su primer parto y 2 pacientes fueron grandes multíparas representando así el 11.77%.

Del total de pacientes histerectomizadas, 3 eran primigestas (17.65%) y 14 pacientes eran multigestas constituyendo así un 82.35% (TABLA N° 3)

TABLA N° 3.- DISTRIBUCION SEGÚN LA PARIDAD Y GRAVIDAD DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DURANTE EL AÑO 2017

Paridad	Número	Porcentaje
Primipara	4	23.53%
Multipara	11	64.71%
Gran Multipara	2	11.76%
TOTAL	17	100.00%
Gravidad	Número	Porcentaje
Primigesta	3	17.65%
Multigesta	14	82.35%
TOTAL	17	100.00%

FUENTE: BASE DE DATOS

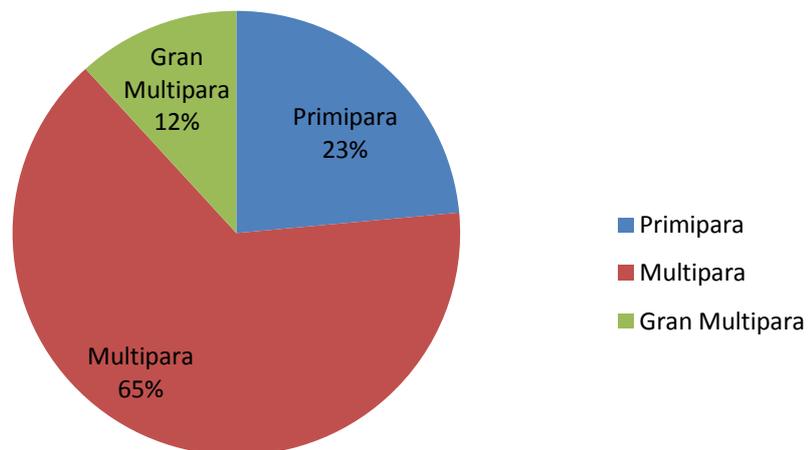


Gráfico 4: Distribución según Paridad

FUENTE: BASE DE DATOS

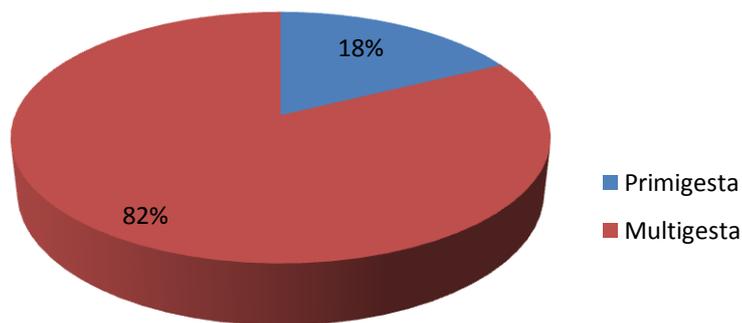


Gráfico 5: Distribución según la gravedad

FUENTE: BASE DE DATOS

El 23.53% de los 17 casos reportados en este estudio no tuvieron controles prenatales, por otro lado el 35.29% del total tuvieron menos de 6 controles prenatales frente a un 41.18% que tuvieron más de 6 controles prenatales (GRÁFICO N° 4)

TABLA N° 4.- DISTRIBUCION SEGÚN EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DURANTE EL AÑO 2017

Controles pre natales	Número	Porcentaje
No CPN	4	23.53%
<6 CPN	6	35.29%
>6 CPN	7	41.18%
TOTAL	17	100.00%

FUENTE: BASE DE DATOS

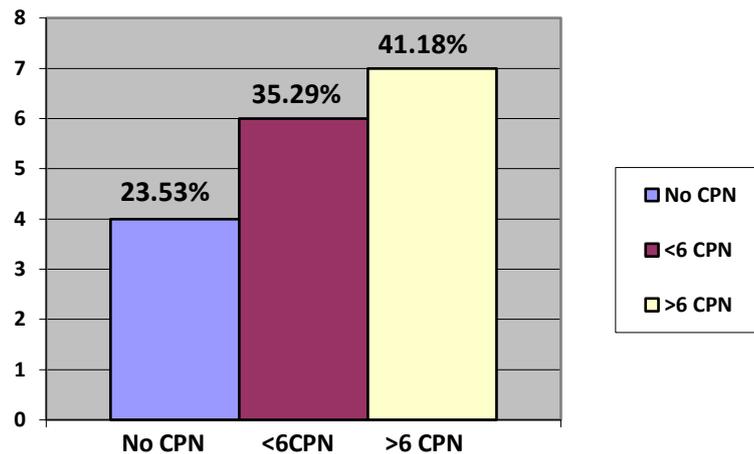


Gráfico 6: Distribución según número de Controles Prenatales (CPN)

FUENTE: BASE DE DATOS

El 29.41% del total de las pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica de Emergencia no tenían antecedente de cesárea anterior, el 47.06% había sido sometida a 1 cesárea previamente, el 17.65% habían sido sometidas a 2 cesáreas anteriores y el 5.88% tenía como antecedente haber sido sometida a más de 3 cesáreas previas.

TABLA N° 5.- DISTRIBUCION SEGÚN EL NÚMERO DE CESAREAS ANTERIORES DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DURANTE EL AÑO 2017

Cesárea Anterior	Número	Porcentaje
No	5	29.41%
1	8	47.06%
2	3	17.65%
>/= 3	1	5.88%
TOTAL	17	100.00%

GRÁFICO N° 7.- DISTRIBUCION SEGÚN EL NÚMERO DE CESAREAS ANTERIORES DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DURANTE EL AÑO 2017

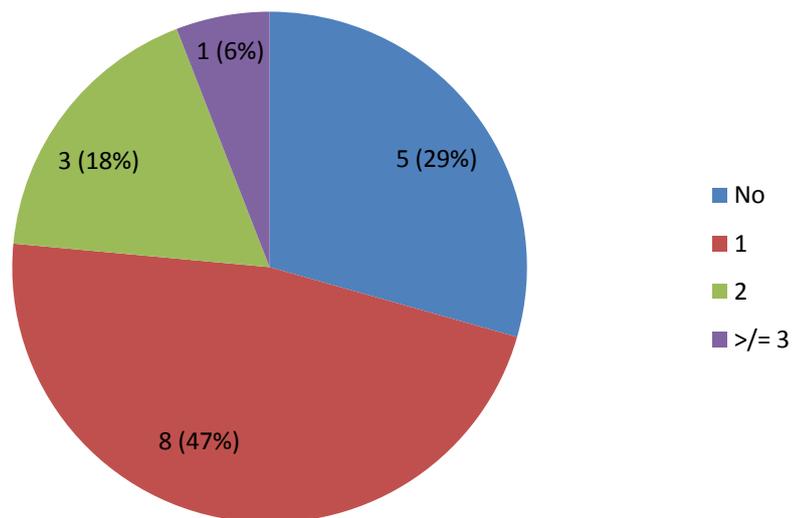


Gráfico 7: Distribución según número de Cesáreas Anteriores
FUENTE: BASE DE DATOS

El 23.53% de las pacientes histerectomizadas tuvieron un periodo intergenésico corto, mientras que el 58.82% de las pacientes tuvieron un periodo intergenésico adecuado, en el 17.65% de las pacientes no aplica porque eran primigestas. No se registraron pacientes que hayan tenido embarazo múltiple (TABLA N° 6)

TABLA N° 6.- DISTRIBUCION SEGÚN EL PERIODO INTERGENÉSICO Y PRESENCIA DE EMBARAZO MÚLTIPLE DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DURANTE EL AÑO 2017

Periodo Intergenésico	Número	Porcentaje
Corto	4	23.53%
Adecuado	10	58.82%
No aplica	3	17.65%
TOTAL	17	100.00%
Embarazo Múltiple	Número	Porcentaje
Si	0	0%
No	17	100.00%
TOTAL	17	100.00%

FUENTE: BASE DE DATOS

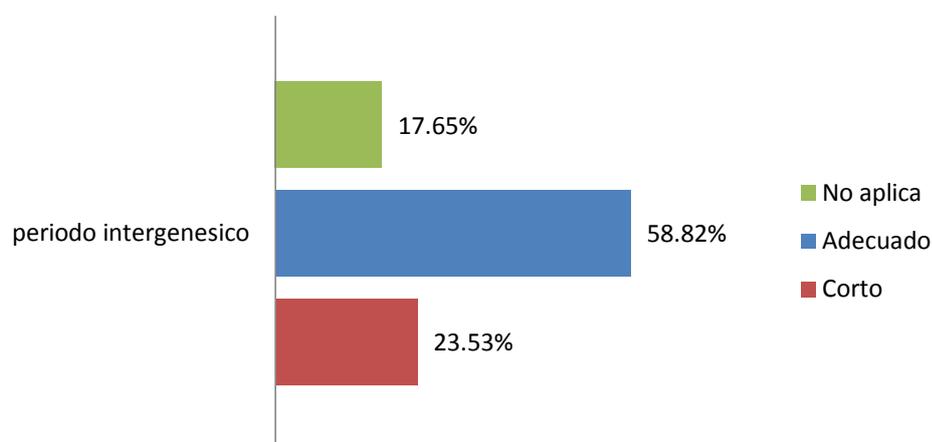


Gráfico 8: Distribución según Periodo intergenésico
FUENTE: BASE DE DATOS

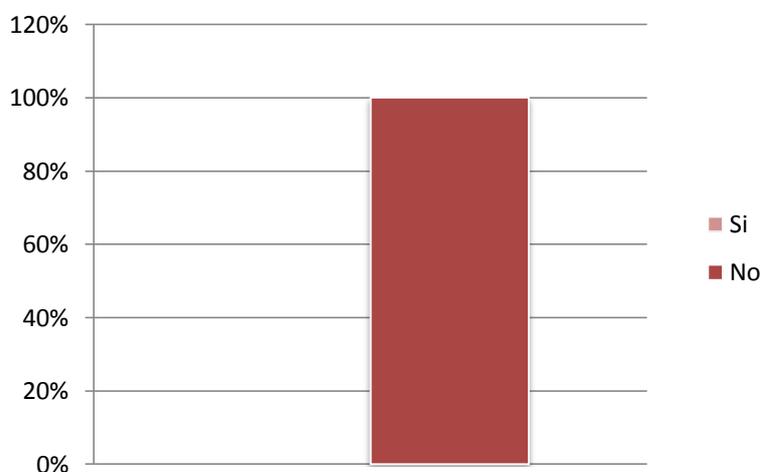


Gráfico 9: Distribución según la presencia de embarazo múltiple
FUENTE: BASE DE DATOS

El 100% de las pacientes no presentaron polihidramnios (TABLA N° 7). Por otro lado el 5.88% tuvieron un trabajo de parto prolongado frente a un 94.12% que no tuvieron un trabajo de parto prolongado (TABLA N° 8).

TABLA N° 7.- DISTRIBUCION SEGÚN LA PRESENCIA DE POLIHIDRAMNIOS EN LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DURANTE EL AÑO 2017

Polihidramnios	Número	Porcentaje
No	17	100.00%
Leve	0	0%
Moderado	0	0%
Severo	0	0%
TOTAL	17	100.00%

FUENTE: BASE DE DATOS

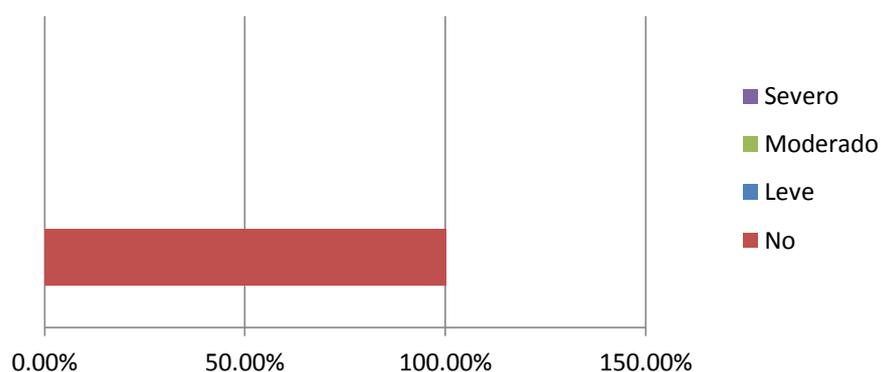


Gráfico 10: Distribución según la presencia de polihidramnios

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA N° 8.- DISTRIBUCION SEGÚN LA PRESENCIA DE TRABAJO DE PARTO PROLONGADO EN LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DURANTE EL AÑO 2017

Trabajo de parto prolongado	Número	Porcentaje
Si	1	5.88%
No	16	94.12%
TOTAL	17	100.00%

FUENTE: BASE DE DATOS

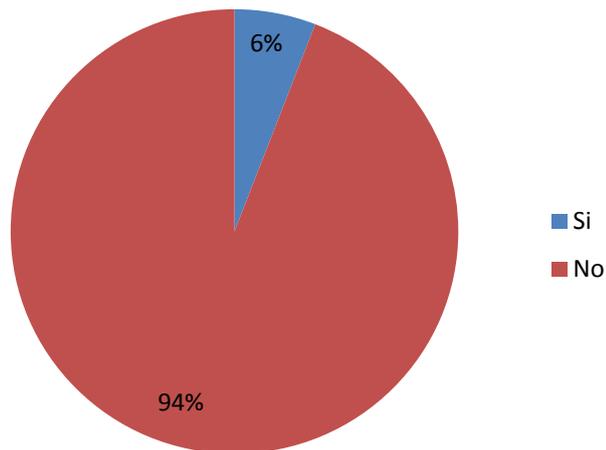


Gráfico 11: Distribución según la presencia de Trabajo de Parto Prolongado

FUENTE: BASE DE DATOS

El 5.88% de los casos presentaron macrosomía fetal, el 94.12% no tuvieron macrosomía fetal (TABLA N° 9)

TABLA N° 9.- DISTRIBUCION SEGÚN LA PRESENCIA DE MACROSOMÍA FETAL DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DURANTE EL AÑO 2017

Macrosomía fetal	Número	Porcentaje
Si	1	5.88%
No	16	94.12%
TOTAL	17	100.00%

FUENTE: BASE DE DATOS

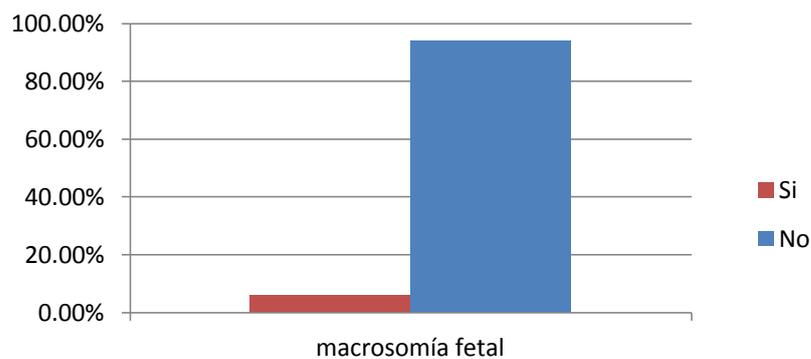


Gráfico 12: distribución según la presencia de Macrosomía

c. Indicaciones de histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Apoyo Sullana 2-II Sullana durante el año 2017

De los 17 casos de Histerectomía Obstétrica de Emergencia reportados en este estudio, 10 de ellos tuvieron como principal indicación la atonía uterina constituyendo el 58.82% del total. Se reportó también 2 caso de Acretismo placentario con un 11.77% del total. Se reportaron adicionalmente 1 caso de miomatosis uterina, Útero de Couvelaire y óbito fetal, cada uno constituyendo un 5.88% respectivamente. Además se reportaron 2 casos de Preeclampsia con signos de severidad constituyendo así un 11.77% del total de casos reportados.

TABLA N° 7.- DISTRIBUCION SEGÚN LAS INDICACIONES DE HISTERECTOMIA EN LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DURANTE EL AÑO 2017

Indicación	Número	Porcentaje
Rotura Uterina	0	0%
Atonía Uterina	10	58.82%
Acretismo Placentario	2	11.77%
Miomatosis Uterina	1	5.88%
Corioamnionitis	0	0%
Útero de Couvelaire	1	5.88%
Óbito Fetal	1	5.88%
P.E sin signos de alarma	0	0%
P.E con signos de alarma	2	11.77%
Eclampsia	0	0%
Sd. De HELLP	0	0%
TOTAL	17	100%

FUENTE: BASE DE DATOS

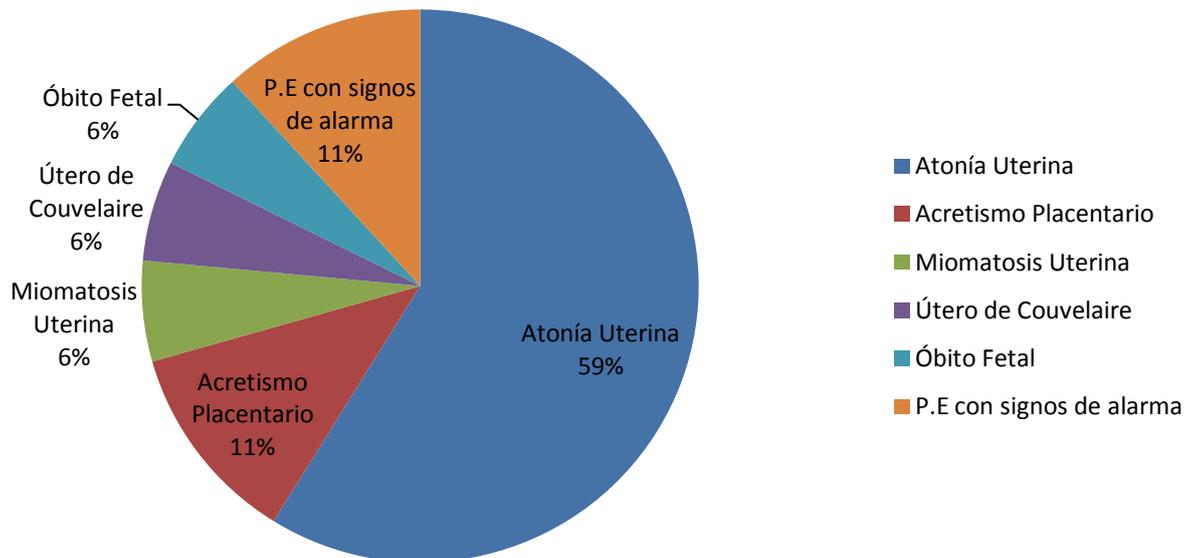


Gráfico N8: indicaciones de Histerectomía Obstétrica de Emergencia

FUENTE: BASE DE DATOS

IV. Discusión

La Histerectomía Obstétrica de Emergencia es el último recurso que tiene el Gineco-Obstetra para poder preservar la vida de la madre sacrificando así su capacidad reproductiva. Actualmente a pesar de contar con medidas menos mutilantes este procedimiento se mantiene como un recurso valioso del profesional médico.

Durante el año de estudio se atendieron un total de 3591 partos, de los cuales un total de 17 pacientes fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica de Emergencia en el periparto o postparto. La incidencia de Histerectomía Obstétrica de Emergencia encontrada en nuestro estudio es de 0.4% durante el año de estudio. Asimismo Montoya y Claudino en su serie describe una incidencia de entre 0.09% a 0.14% anual en 5 años de estudio. Casas Peña describe una incidencia del 0.5% durante 5 años de estudio. Faneite describe una incidencia de entre 0.1% a 0.3% anual. Bejar, en su estudio en la Maternidad de Lima describe una incidencia de 0.3% durante 2 años (26), Ramirez Cabrera y col. describen en su estudio realizado en el Hospital San Bartolomé de Lima una incidencia de entre 0.02% a 0.14% anual (27). Con estos datos podemos inferir que los resultados obtenidos están por encima de los encontrados en diversas series.

En este estudio se encontró que la edad promedio de las pacientes es de 29.8 años con un 64.70% de las pacientes entre 26 y 35 años. Rubio Ocampo describe que la edad media en su estudio fue de 29 +/- 2 años y que el 38.6% de las pacientes pertenecían al grupo etario de 25 a 34 años muy similar a lo reportado en este estudio. López Veintemilla describe una edad promedio de 31.6 años con un 53.7% en el rango entre 20 a 34 años de edad. En el estudio de Montoya y Claudino se encuentra una edad media de 30 años con un 50% de pacientes en el grupo etario de 20 a 35 años coincidiendo con el presente estudio. Asimismo Faneite et al. describen que el grupo etario predominante es de 20 a 34 años con un 81.09% similar a lo reportado por Chawla et al. Por otro lado Casas Peña encuentra una edad promedio de 30.8 años a predominio etario mayor de 35 años con un 28.9%. Los resultados obtenidos en este estudio son similares a los encontrados en diversa bibliografía debido a que entre la segunda y la tercera década de vida es el periodo de mayor actividad obstétrica de las mujeres.

En el presente estudio se reportó que la totalidad de las pacientes eran amas de casa y que el 88.24% procedían de una zona rural, mientras que el 11.76% procedían de una zona urbana, estos datos son similares a los encontrados por Rubio Ocampo, quien describe que el 79.5% de las pacientes eran amas de casa. Casas-Peña reporta en su estudio el 73.6% de las mujeres fueron de origen rural, asimismo, Montoya y Claudino reportan un 69% de pacientes procedentes de una zona rural López Veintemilla reporta un 53.7% de pacientes procedentes de una zona rural. Esta alta incidencia podría deberse a que en nuestro medio el Hospital de Apoyo Sullana II-2 es un Hospital referencial.

Abordando las características clínicas de las pacientes histerectomizadas se obtuvo que el 82.35% son multigestas, también reportado por Rubio Ocampo en su estudio encontrándose que en las mujeres que tienen más de 5 gestaciones tienen 2 veces más riesgo de ser sometidas a Histerectomía Obstétrica de Emergencia. En cuanto a la paridad de las pacientes en nuestro estudio se encontró que el 64.71% de las pacientes son multíparas, 11.76% son grandes multíparas, es decir tienen más de 3 partos, y el 23.53% eran primíparas. Asimismo López Veintemilla reporta que el 70% de las pacientes en su estudio son multíparas, muy similar a los datos reportados por Montoya y Claudino en su serie donde más del 50% de las pacientes tenían como antecedente 4 o más partos previos, además coincide con los datos obtenidos por Pandher en su serie donde 65.58% tenían entre 2 a 3 partos anteriores y el 26.83% tenían antecedente de 4 a más partos. Estos datos se correlacionan perfectamente con lo mencionado por la literatura donde se considera a la multiparidad como un factor de riesgo significativo para que se finalice con una Histerectomía Obstétrica de Emergencia.

En cuanto al control prenatal, nuestro estudio mostró que el 41.18% de los casos eran pacientes controladas, el 35.29% tenían controles prenatales insuficientes (<6 CPN) y que el 23.53% no habían sido controladas en ningún momento del embarazo. Rubio Ocampo encontró en su serie que el 47.6% eran pacientes controladas frente al 45.5% que tuvieron controles prenatales insuficientes de este modo concluye que una paciente con control prenatal insuficiente tiene un riesgo 1.11 mayor a ser histerectomizada que aquella sin atención prenatal. En tanto que, una mujer controlada tiene 0.47 mayor riesgo que aquella sin atención prenatal. Por

otro lado Pandher et al en su estudio encuentran que el 60.98% de los caso son pacientes no controladas, al igual que Veintemilla quien encuentra un 85.4% de pacientes entre no controladas y con controles insuficientes. El control prenatal tiene el objetivo de identificar los signos de alarma y factores de riesgo de morbilidad durante la gestación, el no realizarlo oportuna y adecuadamente lleva a un riesgo de morbimortalidad materna y perinatal. Por ende con respecto a nuestro estudio la mayoría de las pacientes había controlado su embarazo, lo que hace pensar que hay que enfatizar más en la calidad del control prenatal y así poder identificar a las pacientes de riesgo y las patologías que pueden llevar a la realización de una Histerectomía Obstétrica.

En el actual estudio se ha reportado que le 47% de las pacientes tienen como antecedente 1 cesárea previa, el 18% tenía 2 cesáreas anteriores, 6% tenía al menos antecedente de 3 cesáreas previas y el 29% no tenía antecedente de cesárea. Veintemilla encontró en su estudio que el 29.3% de las pacientes tenían como antecedente al menos 1 cesárea anterior. Pandher en su estudio reportó que el 38.7% presentó al menos 1 cesárea previa, asimismo Casas Peña reportó un 29% con antecedente de cesárea previa con un máximo de 3 cesáreas, al igual que Rubio Ocampo con un 29.5% de pacientes con antecedente de cesárea previa. Montoya y Claudino describieron un 72% de pacientes con antecedente de cicatriz uterina previa. Esto es una condición patológica que se asocia a una placentación anormal con mayor riesgo de acretismo placentario o de placenta previa. Con lo anteriormente mencionado podemos llegar a la conclusión que la presencia de cicatriz uterina previa es un factor de riesgo para la realización de una Histerectomía Obstétrica de Emergencia

El periodo intergenésico encontrado en nuestro estudio fue predominantemente adecuado con un 58.82%, el 23.53% de las pacientes tuvieron un periodo intergenésico corto, mientras que en el 17.65% no puede clasificarse debido a que eran pacientes primigestas. Rubio Ocampo en su estudio encuentra que un 68.2% de pacientes tenían un periodo intergenésico adecuado pero no encuentra significancia estadística, sin embargo en la literatura está descrito como un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. En las pacientes multíparas el riesgo de presentar complicaciones aumenta con un periodo intergenésico menor

a 24 meses. Por lo tanto sería conveniente tener más series posteriores donde se tome en cuenta el periodo intergenésico de las pacientes para así poder evitar probables complicaciones posteriores educando a las pacientes. En este estudio no se reportaron casos de embarazo múltiple, casos de polihidramnios a diferencia de lo mencionado en la literatura, Rubio Ocampo reporta que el 13.6% de casos en su estudio presentan embarazo múltiple considerando que aquella mujer con embarazo múltiple tiene un riesgo de 3.3 de ser histerectomizada que aquella sin embarazo múltiple, donde estas condiciones representan factores de riesgo para atonía uterina por sobredistención uterina y siendo este el principal factor de riesgo de hemorragias postparto llevando así a la realización de Histerectomía Obstétrica de Emergencia.

En el presente estudio se encontró que el 5.88% de las pacientes presentaron un trabajo de parto prolongado, 5.88% presentó macrosomía fetal. En la literatura que se revisó para este estudio no se toman en cuenta, sin embargo la literatura reporta que ambas características clínicas son consideradas factores de riesgo para atonía uterina por sobredistención de las fibras musculares del útero.

La principal indicación de Histerectomía Obstétrica en nuestro estudio fue la atonía uterina con 58.82% del total de caso seguido por el acretismo placentario 11.77%, los cuales tienen como antecedentes la realización de más de 1 cesárea previa y como máximo 3 cesáreas previas, y la preeclampsia con signos de alarma. Asimismo se reportaron 1 caso de miomatosis uterina, útero de couvelaire y óbito fetal. Las indicaciones de Histerectomía obstétrica en nuestro estudio son similares a las observadas en otros estudios como el de Montoya y Claudino quienes reportan un 36.1% de casos de atonía uterina y un 5.6% de casos de acretismo placentario, asimismo Pandher reporta un 17.07% de atonía uterina, Chawla et al. reportaron un 25% de pacientes con atonía uterina seguidos de placenta de adherencia mórbida con un 21.4%, además Casas Peña encuentra que la principal indicación es atonía uterina con un 47.4% seguida de acretismo placentario con un 18.4%. por otro lado Daskalakis en su estudio reporta que la principal indicación de Histerectomía es la placenta ácreta con un 51.1% seguido de placenta previa con 26.7%. Como era de esperarse nuestro estudio coincide con toda la bibliografía en la cual describen a la atonía como la principal indicación de Histerectomía, actualmente se describe en la

bibliografía un aumento en la incidencia de acretismo placentario debido al continuo aumento en la realización de cesáreas y más aún si las pacientes tienen antecedentes de cesáreas previas

V. Conclusiones

- La principal indicación de Histerectomía Obstétrica de Emergencia es la atonía uterina seguida por anomalías en la placentación.
- El antecedente de cesárea previa condiciona mayor riesgo de Histerectomía Obstétrica de Emergencia.
- Durante el año 2017 se realizaron 17 Histerectomías Obstétricas de Emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2, de las cuales la mayoría fueron realizadas a pacientes entre los 26 a 35 años de edad
- Las características clínicas como la multiparidad es un factor de riesgo para la realización de una histerectomía
- Las pacientes no controladas o con controles prenatales insuficientes tienen mayor riesgo de sufrir una histerectomía obstétrica de emergencia.

VI. Recomendaciones

- Se recomienda mejorar las estrategias de salud para el control prenatal en las zonas rurales a fin de poder diagnosticar oportunamente a las gestantes con riesgo potencial y así poder tomar decisiones oportunas a fin de evitar la morbimortalidad materna.
- Realización de más estudios en nuestro medio local, con la inclusión de más factores de riesgo a fin de poder tener una visión más clara del problema y así evitar la morbi-mortalidad que trae consigo la realización de una Histerectomía Obstétrica de Emergencia.
- Capacitar al personal de salud en el diagnóstico oportuno y el manejo hospitalario de la hemorragia obstétrica a fin de actuar a tiempo.

VII. Referencias Bibliográficas

1. Casas-Peña Rodolfo L., Pérez-Varela Ibey Lorena, Chicangana-Figueroa Gustavo A.. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010: Estudio de cohorte. Rev Colomb Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2013. 64(2): 121-125. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342013000200006&lng=es.
2. Estrada Vanegas Rafael Orestes, Sotolongo Falero Avelina, Suárez Reyes Ana María, Muñoz Rizo Milagros. Histerectomía Obstétrica de Urgencia. Cuba. 2009. Citado 2016 Mar 27. Disponible en : http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_3_09/gin03309.htm
3. Rubio Ocampo Milagros del Rosario. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN PACIENTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, DURANTE LOS AÑOS 2011-2014. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos. 2015
4. DASKALAKIS, G., ANASTASAKIS, E., PAPANTONIOU, N., MESOGITIS, S., THEODORA, M. and ANTSAKLIS, A. (2007), Emergency obstetric hysterectomy. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 86: 223–227. doi: 10.1080/00016340601088448. Citado 2016 Mar 29. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/00016340601088448/abstract>
5. Montoya Claudia, Claudino Carlos. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE: INCIDENCIA Y FACTRES ASOCIADOS. Honduras. 2014.
6. Faneite Pedro, Rivera Clara, Faneite Josmery. Histerectomía obstétrica (2000-2007). Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2008 Jun [citado 2016 Mar 28]; 68(2): 92-97. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000200005&lng=es.
7. Castro Anaya Esteban, Diaz Infante Augusto. Rotura uterina. San Luis de Potosí, SLP. Rev Obstet Mex [Internet]. 2010, 78(4): 254-258. [citado 2016 Mar 28]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom104i.pdf>
8. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Dirección regional de maternidad e infancia. Córdoba. Argentina. 2008. [citado 2016 Mar 28]. Disponible en : <http://www.sogiba.org.ar/documentos/GuiaHemorragiaPostPartoMsal2008.pdf>
9. Cabrera Santiago. Hemorragia Posparto. Lima - Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2010, 56: 23-31. [citado 2016 Mar 28]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a05v56n1.pdf
10. Acretismo Placentario. Protocolos asistenciales en obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Actualizado Noviembre de 2012. [citado 2016 Mar 28]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90199

[999&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=64&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v56n05a90199999pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/locate/S00019999n05a90199999pdf001.pdf)

11. Vásquez Javier. Manual de Ginecología y Obstetricia. 4ta edición. Editorial Tierra Nueva. 2011
12. Torees Farias Emigdio, Torres Gómez Luis, Barba Bustos Ana María, Vidal Silva Gabriela, Vázquez Vargas Adriana. Modificación a la Técnica quirúrgica de cesárea-histerectomía. Artículo original. México 2010. Rev Ginecol Obstet Mex 2010; 78(9): 478-486. Citado 2016 Mar 29. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom109c.pdf>
13. Serrano-Berrones Miguel Ángel, Serrano-Berrones José Román, Centeno Durán Georgina. Útero de Couvelaire en el puerperio: reporte de un caso clínico. México. 2014. Rev Ginecol Obstet Mex 2014; 82:496-498. [citado 2016 Mar 28]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom147i.pdf>
14. Pandher D, Sehgal A, Aggarwal. Frequency, indications and maternal outcomes in obstetric Hysterectomy in a tertiary care centre in India. India 2015. Jk Science 2015. Vol 17 N 1. January – March 2015 Disponible en: <https://www.jkscience.org/archives/3-Original%20Articlejan.pdf>
15. Centro Nacional de Epidemiología, P. y. (2017). BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÚ SE-24. *BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICA DEL PERÚ*, 26, 803-804.
16. Stella D'Arpe, Silvia Franceschetti, Roberto Corosu, Innocenza Palaia, Violante Di Donato, Giorgia Perniola, Ludovico Muzii, Pierluigi Benedetti Panici. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary teaching hospital: a 14-year review. Archives of Gynecology and Obstetrics, 2015, Volume 291, Number 4, Page
17. Joana Ferreira Carvalho, Adelaide Cubal, Sílvia Torres, Fernanda Costa, and Olímpia do Carmo, "Emergency Peripartum Hysterectomy: A 10-Year Review," ISRN Emergency Medicine, vol. 2012, Article ID 721918, 7 pages, 2012. doi:10.5402/2012/721918
18. Jaya Chawla, Col Arora, Mohini Paul, Sangita Ajmani. "Emergency Obstetric Hysterectomy: A retrospective Study from a teaching Hospital North India over eight yeas". oman medical journal 2015 vol: 30 (3) pp: 181-186
19. Tang Ploog, Luis E., & Albinagorta Olórtegui, Roberto. (2013). Histerectomía puerperal: experiencia en una institución privada. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 59(3), 195-198. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300008&lng=es&tlng=es.
20. Oya Demirci*, Ahmet S. Tuğrul, Ertuğrul Yılmaz, Özgür Tosun, Elif Demirci and Yadigar S. Eren. "Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: nine years evaluation". *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* Volume 37, Issue 8, pages 1054–1060, August 2011. DOI: 10.1111/j.1447-0756.2010.01484.x
21. Del Águila Paredes Rubén, Isla Guerrero Jenifer. "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E INDICACIONES DE HISTERECTOMIAS

- OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACocha. PERIODO ENERO 2006 A JULIO DE 2011. [Tesis doctoral]. Tarapoto. Universidad Nacional de San Martín. 2012
22. Toledo Mariño Gastby; Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, Periodo 2005 al 2010.
23. OMS. Mortalidad Materna. World Health Organization. Nota Descriptiva. Mayo 2014. Sitio en internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
24. Korejo R, Nasir A, Yasmin H, Bhutta S. Emergency obstetric hysterectomy. J Pak Med Assoc. 2012 Dec;62(12):1322-5.
25. Allam IS, Gomaa IA, Fathi HM, Sukkar GF. Incidence of emergency peripartum hysterectomy in Ain-shams University Maternity Hospital, Egypt: a retrospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2014 Nov; 290(5):891-6. doi: 10.1007/s00404-014-3306-5. Epub 2014 Jun 15.
26. Bejar Cuba Julio. HISTERECTOMIA DE EMERGENCIA DURANTE LA GESTACIÓN, EN LE INSTITUTO MATERNO PERINATAL: INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS (ENERO 199 A DICIEMBRE 200) [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2001.
27. Ramírez Cabrera Juan, Cabrera Ramos Santiago, Campos Siccha Gerardo, Peláez Chomba Melissa, Poma Morales Cliford. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 - 2015. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2017 Ene [citado 2018 Mar 26]; 63 (1): 27-33. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000100004&lng=es.

ANEXOS

Solicito: Acceso al Archivo de

Las Historias clínicas

SEÑOR DOCTOR

CARLOS ROJAS BARDALES.

DIRECTOR

HOSPITAL APOYO SULLANA II – 2

PIURA

S.D.:

Yo, JUNIOR KEVIN PALACIOS RUIZ, alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Particular Antenor Orrego, cursando el Séxto año de estudios, identificado con DNI N° 70360563; ante Usted con el debido respeto me presento y digo:

Que, por motivos de la elaboración de mi Proyecto de Investigación el que tiene por título: “INDICACIONES Y FACTORES ASOCIADOS A HISTERECTOMIA OBSTETRICA DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL SANTA APOYO SULLANA II-2 DURANTE EL AÑO 2017”, Solicito a usted Sr. Director se sirva ordenar a quien corresponda me permita tener acceso a la oficina de archivo para la recolección de datos de las historias clínicas.

POR TANTO:

A Usted Señor Director mucho le agradeceré atender a mi pedido por ser de
justicia.

Piura, _____ de _____ del _____

JUNIOR KEVIN PALACIOS RUIZ

DNI N° 70360563

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS GENERALES:

N de Historia Clínica:

Histerectomía Obstétrica de Emergencia: SI NO

1. EDAD:

<15 16-25 26-35 >35

2. OCUPACIÓN

Ama de casa Dependiente Independiente

3. LUGAR DE PROCEDENCIA

Urbano Rural

4. PARIDAD

Primípara Multípara Gran multípara

5. GRAVIDAD

Primigesta Multigesta

6. CONTROLES PRENATALES

No CPN <6 6 o más

7. CESAREA ANTERIOR N:

SI NO

8. PERIODO INTERGENESICO

Corto Adecuado No aplica

9. EMBARAZO MÚLTIPLE

SI NO

10. POLIHIDRAMNIOS

Leve Moderado Severo NO

11. TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

SI NO

12. MACROSOMÍA FETAL

SI NO No aplica

INDICACIONES		ESCALA	
ROTURA UTERINA		SI	NO
ATONIA UTERINA		SI	NO
ACRETISMO PLACENTARIO		SI	NO
MIOMATOSIS UTERINA		SI	NO
CORIOAMNIONITIS		SI	NO
ÚTERO DE COUVELAIRE		SI	NO
ÓBITO FETAL		SI	NO
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	PE sin signos de severidad	SI	NO
	PE con signos de severidad	SI	NO
	Eclampsia	SI	NO
	Sd. HELLP	SI	NO