

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON
HISTERECTOMIA PERIPARTO DE EMERGENCIA**

AUTOR : KATHERINE YINETT SANDOVAL ALTAMIRANO.

ASESOR : Dr. JUAN CARLOS ROJAS RUIZ.

TRUJILLO-PERÚ

2015

MIEMBROS DEL JURADO:

DR. RENE ALCÁNTARA ASCON

PRESIDENTE

DR. YUL BRAVO BURGOS

SECRETARIO

DRA. PATRICIA URTEAGA VARGAS

VOCAL

Dr. JUAN CARLOS ROJAS RUIZ.

ASESOR

DEDICATORIA

Por ser el Motor y Motivo de cada día para lograr mis sueños, por no dejarme caer cuando sentía que todo estaba Perdido, gracias por formar a una mujer de bien y de principios como ustedes siempre me han inculcado y por el sentido de la responsabilidad y del respecto ante todos mis pacientes, con todo mi cariño y amor, a ustedes por siempre mi más grato agradecimiento.

A Mis Padres: Violeta y César

Por ser brindarme su apoyo infinito, amor y cariño inmenso en todo momento, por hacerme ver el lado positivo de las cosas y por cada palabra de aliento en los momentos difíciles. A ustedes mi más grato agradecimiento.

A mis hermanas: Violeta y Cecilia.

Por darme la alegría cada día al ver tu sonrisa y tu tierna mirada.

A mi Sobrina Luhana.

Por brindarme tu inmenso amor, comprensión y por acompañarme estos años de estudios y hacer de mi vida universitaria muy linda a tu lado.

A mi Enamorado: José Mendoza B.

Por Brindarme su cariño sincero y por siempre darme ánimos en cada momento y en cada logro.

A la Familia Sandoval Clement: Tío José, Tía Liduvina, mis primos.

Por sus oraciones y por su gran cariño hacia mí, por tenerme presente siempre.

A la Familia Sandoval Gallo.

Por su inmenso cariño y buenos deseos por cada paso que doy.

A la Familia Altamirano Carlín.

AGRADECIMIENTOS

Gracias por cada día que me das y por permitir estudiar la carrera de Medicina Humana que tanto me gusta y por concederme la sabiduría, paciencia y perseverancia en estos años de estudio, por no permitir que caiga ante las adversidades y porque siempre estas a mi lado.

Gracias Señor.

A Dios.

Agradezco infinitamente a la Virgen de la Puerta, San Miguel Arcángel y a las bellas personas que siempre me han acompañado a lo largo de mi carrera y mi vida.

Mi gran agradecimiento a mis mejores amigos por acompañarme en mi vida universitaria, por volverla divertida e interesante y por haber estado presente en cada acontecimiento. Nunca los olvidare.

Mis Amigos: Saby, Sandy, Evelyn, Pedro, Carlos, Sergio.

Mi gratitud inmensa, por su amistad, su destreza y valiosa orientación profesional.

Mi admiración por su entereza y actitud altruista.

Al Dr. Juan Carlos Rojas Ruiz.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
RESUMEN	08
ABSTRACT	09
INTRODUCCION	10
MATERIAL Y MÉTODOS	18
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	42

RESUMEN

OBJETIVO: Demostrar los factores de riesgos asociados para histerectomía peri parto de emergencia (HPE) en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de Enero del 2008 a Diciembre del 2014.

MATERIAL Y MÉTODO: Realizamos un estudio observacional, analítico, de casos y controles, que evaluó 66 gestantes cuyo embarazo, parto o puerperio fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia, las cuales fueron distribuidas en dos grupos, los casos (22 pacientes con histerectomía) y los controles (44 pacientes sin histerectomía).

RESULTADOS: La edad promedio de las pacientes del grupo de casos fue $28,27 \pm 8,21$ años y de las pacientes del grupo control fue $27,80 \pm 6,38$ años ($p > 0,05$); la edad gestacional al momento del parto promedio en el grupo de casos fue $36,09 \pm 3,95$ semanas y en el grupo control fue $38,05 \pm 1,75$ semanas ($p < 0,01$). En lo que respecta a los factores evaluados en los casos y controles se observó la siguiente distribución: placenta previa (18,18% vs 2,27%, $p < 0,05$), placenta accreta (31,82% vs 0%, $p < 0,001$), atonía uterina (54,55% vs 4,55%, $p < 0,001$), ruptura uterina (22,73% vs 0%, $p < 0,001$), DPP (22,72% vs 2,27%, $p < 0,05$) y macrosomía fetal (9,09% vs 2,27%, $p > 0,05$).

CONCLUSIONES: Los factores de riesgo asociados a HPE fueron la placenta previa, la placenta accreta, atonía uterina, ruptura uterina y el desprendimiento prematuro de placenta.

PALABRAS CLAVES: Histerectomía periparto, factor de riesgo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To demonstrate associated risk factors for peripartum hysterectomy emergency patients (HPE) seen at Regional Hospital of Trujillo during the period January 2008 to December 2014.

MATERIAL AND METHODS: We conducted an observational, analytical, case-control, which evaluated 66 pregnant women whose pregnancy, childbirth or puerperium were treated at the Department of Obstetrics, which were divided into two groups, study cases (22 patients with hysterectomy) and controls (44 patients without hysterectomy).

RESULTS: The mean age of patients in the case group was 28.27 ± 8.21 years and the control patients was 27.80 ± 6.38 years ($p > 0.05$); gestational age at delivery mean in the case group was 36.09 ± 3.95 weeks and the control group was 38.05 ± 1.75 weeks ($p < 0.01$). In regard to the factors evaluated in cases and controls the following distribution was observed: The placenta previa (18.18% vs 2.27%, $p < 0.05$), placenta accrete (31.82% vs 0%: $p < 0.001$), uterine atony (54.55% vs 4.55%, $p < 0.001$), uterine rupture (22.73% vs 0%, $p < 0.001$), DPP (22.72% vs 2.27% , $p < 0.05$) and fetal macrosomia (9.09% vs 2.27%, $p > 0.05$).

CONCLUSIONS: Risk factors associated with HPE were placenta previa, placenta accrete, uterine atony, uterine rupture and placental abruption.

KEYWORDS: Peripartum hysterectomy, risk factor.

I. INTRODUCCIÓN

La histerectomía peri parto de emergencia (HPE), un procedimiento quirúrgico que se realiza en el momento del parto o en el puerperio inmediato, a pesar de que es considerado un evento raro, se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad ^{1,2}. El procedimiento ha sido usado por más de 100 años; Edward Poro (1876) publicó el primer informe del caso del procedimiento ³. En la obstetricia moderna, la incidencia global de HPE es de 0,5 a 1% de los partos ⁴. Pero hay una diferencia considerable en su incidencia y las indicaciones en diferentes partes del mundo que puede ser un reflejo de la tasa de cesárea, anomalías en el tercer estadio del parto y calidad de la atención prenatal y durante el parto en varios países ^{5,6}.

La HPE implica extirpación del útero en el momento del parto o en el puerperio inmediato debido en la gran mayoría de las veces por la hemorragia que no responde al tratamiento conservador y es una cirugía para salvar vidas ^{7,8,9}.

Las principales complicaciones relacionadas con la histerectomía periparto de emergencia incluyen transfusiones, necesidad de re-exploración

debido a sangrado persistente y morbilidad febril, complicaciones quirúrgicas mayores o muerte materna ^{10, 11, 12}.

Aunque se han establecido algunos factores de riesgo para la histerectomía periparto, incluyendo el tipo de parto o nacimientos múltiples ^{13, 14}, es importante tener en cuenta que muchos de los reportes son limitados por la falta de un control adecuado de los factores potenciales de confusión. En los países en desarrollo, se menciona a la ruptura del útero como la indicación más común de la HPE mientras que en los países desarrollados la placentación anormal es una indicación frecuente ^{15, 16}. La HPE es considerada como una de las principales complicaciones en la obstetricia moderna y conlleva un alto riesgo de mortalidad y morbilidad materna, así mismo como la infertilidad en el caso que la paciente sobreviva ^{17, 18}.

Jin R et al (China, 2014), identificaron los factores de riesgo asociados con histerectomía peri parto de emergencia (HPE, para lo cual realizaron un estudio de casos y controles con 21 pacientes quienes fueron a histerectomía, encontrando que en 21 gestantes tuvieron HPE, con una incidencia de 24 por cada 100 000 partos; la pérdida de sangre durante la hemorragia postparto en el grupo de HPE fue $5\,060,7 \pm 3\,032,6$ ml, y en el grupo control fue $2\,040,8 \pm 723,5$ ml. Hubo una diferencia significativa de PHH entre el grupo de HPE y el grupo control ($p = 0,001$). Los factores de riesgo

independientes para HPE en un modelo de regresión logística fueron: coagulación intravascular diseminada (CID) (OR: 9,9), cesárea previa (OR: 5,27), placenta previa (OR: 6,9), HPP (OR: 1,001), placenta accreta (OR: 68), uso de agentes tocolíticos prenatalmente (OR: 6,55) y la macrosomía fetal (OR: 6.9)¹⁹.

Awan N et al, (Australia, 2011), determinaron la incidencia, indicadores, factores de riesgo, complicaciones y manejo de HPE, para lo cual estudiaron a 33 HPE, encontrando una tasa de 0,85 x 1000 nacimientos, las indicaciones de HPE fueron adherencia mórbida de la placenta (54,8%), placenta previa (19,4%), atonía uterina (12,9%) y ruptura uterina o laceración cervical (9,7%). Una asociación significativa entre la operación cesárea previa y la placentación anormal fue confirmada, especialmente para la adherencia mórbida de la placenta. Hubo una muerte materna; la morbilidad materna fue significativa, con CID e ITU entre las complicaciones más frecuentes²⁰.

Tapisiz O et al, (Turquía, 2012), determinaron la incidencia, indicaciones y factores de riesgo para HPE, para lo cual analizaron retrospectivamente los 30 casos de HPE, encontrando una incidencia global de HPE de 0,364 por cada 1 000 partos en un periodo de 5 años. Nueve histerectomías se realizaron después del parto vaginal (0,16 / 1 000 partos vaginales) y los 21 restantes fueron histerectomías realizadas después de una

cesárea (0,78 / 1 000 cesáreas). Dos casos (6,7%) se realizaron como subtotal y el resto, 28 casos (93,3%) se realizaron como histerectomía total. Las indicaciones de HPE fueron atonía uterina (43,3%, 13/30), placenta accreta (40,0%, 12/30) y ruptura uterina (16,7%, 05/30). Todos los pacientes [07/07 (100%)] con placenta previa y 11 de 12 pacientes (91,7%) con placenta accreta tuvieron cesáreas previas. Hubo dos muertes maternas debidas a coagulopatía y embolia pulmonar ²¹.

Bodelon C et al, (USA, 2009), identificaron factores asociados con HPE realizadas dentro de los 30 días postparto, para lo cual realizaron un estudio de casos y controles poblacional, los casos y los controles fueron pareados 1:4, encontrando que hubo 896 histerectomías. Las tasas de incidencia variaron de 0,25 en 1987 a 0,82 por 1.000 partos en el 2006 ($p < 0,001$). Los factores relacionados con hemorragia fueron fuertemente relacionados con la histerectomía periparto. La placenta previa (ORa 7,9), desprendimiento prematuro de placenta (ORa 3,2), y retención de placenta (ORa 43), aumentaron el riesgo de histerectomía, al igual que la atonía uterina, ruptura uterina, y trombocitopenia. En comparación con el parto vaginal, el parto vaginal después de cesárea (ORa 1,9), cesárea primaria (ORa 4,6); IC del 95%: 3,5 a 6,0), y cesárea repetida (ORa 7,9), aumentaron el riesgo de histerectomía periparto. Entre las 111 mujeres que tuvieron una histerectomía a la readmisión (12,8% de

los casos), los factores relacionados con las hemorragias e infecciones fueron aun fuertemente asociados con la histerectomía peri parto ²².

JUSTIFICACION:

Como se ha mencionado la HPE es una condición rara, sin embargo cuando se presenta es porque existe una indicación que intenta salvar la vida de la gestante o puérpera; los factores de riesgo asociados a esta situación varían de un país a otro, por diferentes razones, algunas de ellas como los sistemas de salud, la complejidad de los hospitales, el desarrollo de un país, la idiosincrasia de la población en estudio, etc.; el hecho es que la HPE ha mostrado ser causa de morbilidad importante no solo en la madre sino también en el neonato, incluso estar asociado a mortalidad, de allí que dimensionar esta realidad e identificar los factores de riesgo asociados a la HPE permitirá no solo establecer dicha asociación, sino tomar medidas de prevención que eviten estos resultados de morbilidad e incluso mortalidad en estas pacientes.

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Es la placenta previa, la placenta accreta, la atonía uterina, la ruptura uterina, el desprendimiento prematuro de placenta, la macrosomía fetal, factores de riesgo para histerectomía peri parto de emergencia en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de Enero del 2008 a Diciembre del 2014?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Demostrar los factores de riesgos asociados para histerectomía peri parto de emergencia en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de Enero del 2008 a Diciembre del 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar si la placenta previa es un factor de riesgo para histerectomía peri parto de emergencia.
2. Identificar si la placenta accreta es un factor de riesgo para histerectomía peri parto de emergencia.
3. Identificar si la atonía uterina es un factor de riesgo para histerectomía peri parto de emergencia.
4. Identificar si la ruptura uterina es un factor de riesgo para histerectomía peri parto de emergencia.
5. Identificar si el desprendimiento prematuro de placenta es un factor de riesgo para histerectomía peri parto de emergencia.
6. Identificar si la macrosomía fetal es un factor de riesgo para histerectomía peri parto de emergencia.

HIPÓTESIS

Ho: la placenta previa, la placenta accreta, la atonía uterina, la ruptura uterina, el desprendimiento prematuro de placenta, la macrosomía fetal no son factores de riesgo para histerectomía peri parto de emergencia en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de Enero del 2008 a Diciembre del 2014.

Ha: la placenta previa, la placenta accreta, la atonía uterina, la ruptura uterina, el desprendimiento prematuro de placenta, la macrosomía fetal si son factores de riesgo para histerectomía peri parto de emergencia en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de Enero del 2008 a Diciembre del 2014.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

1. MATERIALES Y MÉTODOS

La población en estudio estuvo constituida por las gestantes cuyo embarazo, parto o puerperio fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de Enero del 2008 a Diciembre del 2014.

DETERMINACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA Y DISEÑO ESTADÍSTICO DEL MUESTREO:

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para casos y controles utilizando la referencia dada por *Selo Ojeme D et al*²³, en el que se señala que la cirugía uterina previa estuvo presente en el 66,6% y 30% de las pacientes con y sin histerectomía periparto respectivamente.

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2 r}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

p_1 = Proporción de controles que estuvieron expuestos

p_2 = Proporción de casos que están expuestos

r = Razón de número de controles por caso

n = Número de casos

d = Valor nulo de las diferencias en proporciones = $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$P_1 = 30\%$

$P_2 = 66,6\% \%$

$R = 2$

Reemplazando los valores, se tiene:

$$P = \frac{66,6 + 2(30)}{1 + 2} = 42,2$$

$$n = \frac{(1,96 + 0,84)^2 \cdot 42,2(100 - 42,2)(2 + 1)}{(36,6)^2}$$

$$n = 22$$

Población II: (Controles) = 44 pacientes sin HPP.

Población I: (Casos) = 22 pacientes con HPP

Unidad de Análisis

La unidad de análisis lo constituyó cada una de las historias clínicas de las gestantes cuyo embarazo, parto o puerperio fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de Enero del 2008 a Diciembre del 2014.

Unidad de Muestreo

La unidad de análisis y la unidad de muestreo fueron equivalentes.

Método de Muestreo:

Se utilizó el muestreo aleatorio simple.

Criterios de Inclusión

CASOS:

- Pacientes sometidas a HPE.
- Pacientes atendidas en el HRDT.
- Pacientes con historias clínicas completas.

CONTROLES:

- Pacientes con embarazos, partos normales y puerperio, no sometidas a HPE.
- Pacientes atendidas en el HRDT.
- Pacientes con historias clínicas completas.

Criterios de Exclusión

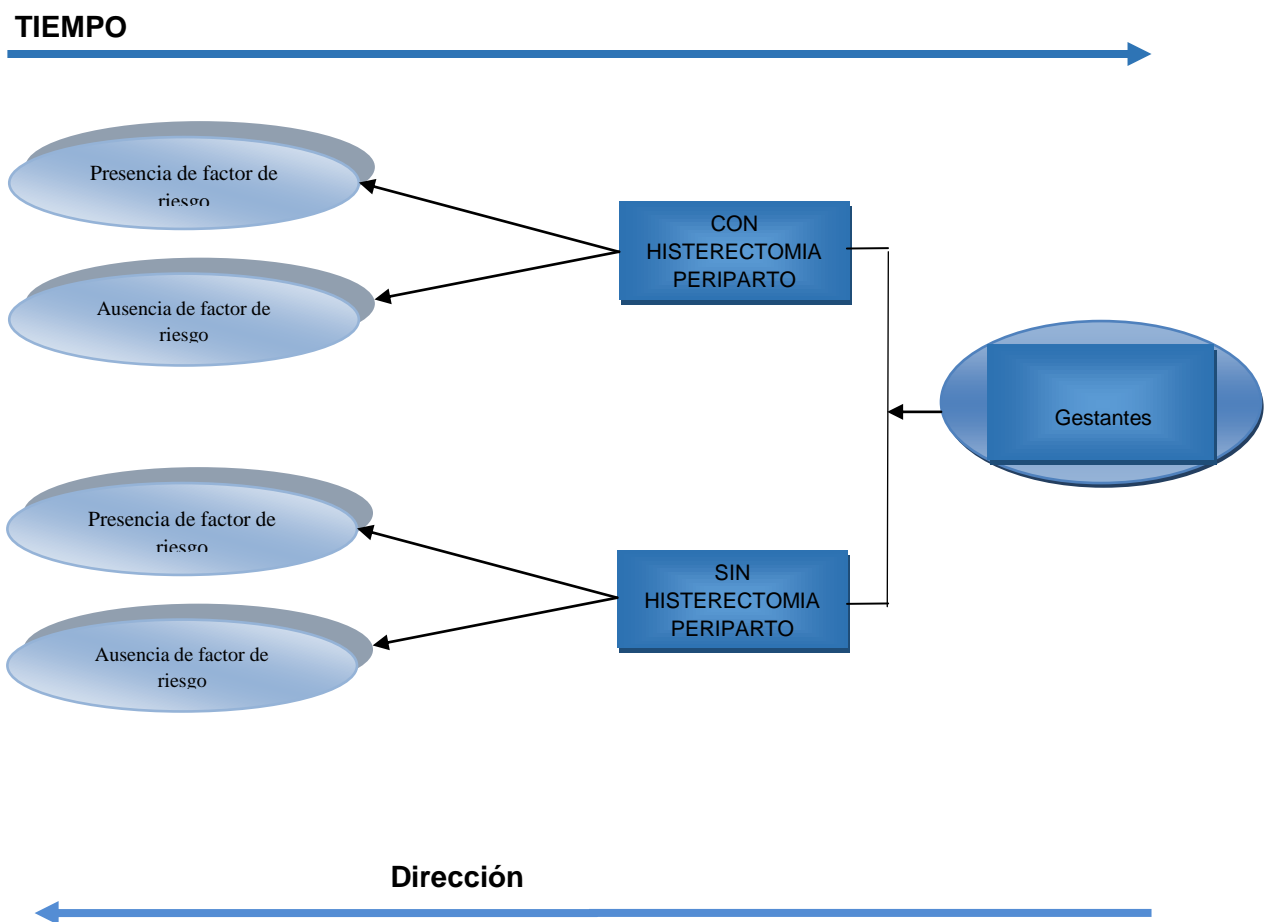
PARA CASOS Y CONTROLES:

- Pacientes con histerectomías realizadas por complicaciones por aborto, perforación uterina.
- Pacientes con historias clínicas incompletas.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Este estudio correspondió a un diseño observacional, analítico de casos y controles.

DISEÑO ESPECÍFICO



DEFINICIONES OPERACIONALES:

HISTERECTOMIA PERIPARTO DE EMERGENCIA ²⁴:

HPE se definió como la histerectomía realizada en el momento del parto o cesárea o en el puerperio inmediato (dentro de 24 horas después del parto).

FACTOR DE RIESGO ²⁵:

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

PLACENTA PREVIA ²⁶.

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

PLACENTA ACCRETA ²⁷.

Se define como una implantación placentaria anormal.

Las vellosidades coriales se insertan directamente en el miometrio en ausencia de decidua basal.

ATONIA UTERINA^{28.}

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

RUPTURA UTERINA^{29.}

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

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP)^{30.}

Se define como la separación total o parcial de la placenta, después de la semana 20 y antes de la expulsión completa del feto.

MACROSOMIA FETAL^{31.}

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

Variables de estudio:

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	INDICE
DEPENDIENTE				
HPE	Catagórica	Nominal	HC	si/no
INDEPENDIENTE				
FACTOR DE RIESGO:				
Placenta previa	Catagórica	Nominal	HC	si/no
Placenta accreta	Catagórica	Nominal	HC	si/no
Atonía uterina	Catagórica	Nominal	HC	si/no
Ruptura uterina	Catagórica	Nominal	HC	si/no
DPP	Catagórica	Nominal	HC	si/no
Macrosomía fetal	Catagórica	Nominal	HC	si/no
INTERVINIENTES				
Edad	Cuantitativa	De razón	HC	años
Edad gestacional	Cuantitativa	De razón	HC	semanas

2. PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE OBTENCION DE DATOS

Ingresaron al estudio las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, y que se trataron en el Servicio de Obstetricia del HRDT durante el periodo de Enero del 2008 a Diciembre del 2014.

1. Una vez que fueron identificadas las pacientes obstétricas, ya sea de las que fueron a HPE y a sus controles, ingresaron al estudio.
2. De cada historia clínica seleccionada se tomaron los datos pertinentes para el estudio, y estos fueron colocados en una hoja de recolección de datos previamente diseñada para tal efecto (ANEXO 1).
3. Una vez obtenida la información, se recogió la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El registro de datos que estuvieron consignados en las hojas de recolección de datos fueron procesadas utilizando el paquete estadístico SPSS V 22.0.

Estadística Descriptiva:

En cuanto a las medidas de tendencia central se calculó la media y en las medidas de dispersión la desviación estándar, el rango. También se obtuvieron datos de distribución de frecuencias.

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hizo uso del Test exacto de Fisher para variables categóricas y la prueba t de student para variables cuantitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0,05$).

También se obtuvo el OR con su respectivo IC 95%.

Consideraciones éticas:

El estudio contó con el permiso del Comité de Investigación y Ética del Hospital Regional Docente de Trujillo.

IV. RESULTADOS

Durante el período comprendido entre el 01 de Diciembre del 2014 al 30 de Enero del 2015, se estudiaron a 66 gestantes cuyo embarazo, parto o puerperio fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia, las cuales fueron distribuidas en dos grupos, los casos (22 pacientes con histerectomía) y los controles (44 pacientes sin histerectomía); todas ellas atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de Enero del 2008 a Diciembre del 2014.

En lo referente a la edad, el promedio de las pacientes del grupo de casos fue $28,27 \pm 8,21$ años y de las pacientes del grupo control fue $27,80 \pm 6,38$ años ($p > 0,05$) (Cuadro 1).

Con respecto a la edad gestacional al momento del parto, se observó que en el grupo de casos el promedio fue $36,09 \pm 3,95$ semanas y en el grupo control fue $38,05 \pm 1,75$ semanas ($p < 0,01$) (Cuadro 1).

En lo que respecta a los factores evaluados en los casos y controles se observó la siguiente distribución: placenta previa (18,18% vs 2,27%, $p < 0,05$), placenta accreta (31,82% vs 0%, $p < 0,001$), atonía uterina (54,55% vs 4,55%, $p < 0,001$), ruptura uterina (22,73% vs 0%, $p < 0,001$), DPP (22,72% vs 2,27%, $p < 0,05$) y macrosomía fetal (9,09% vs 2,27%, $p > 0,05$) (Cuadro 2).

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRUPOS DE ESTUDIO Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

ENE 2008 – DIC 2014

CARACTERÍSTICAS GENERALES	GRUPOS DE ESTUDIO		*p
	CASOS	CONTROLES	
EDAD	28,27 ± 8,21	27,80 ± 6,38	> 0,05
EDAD GESTACIONAL	36,09 ± 3,95	38,05 ± 1,75	< 0,01

*t student

FUENTE: REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DE HRDT.

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN FACTORES DE RIESGO Y GRUPOS DE ESTUDIO

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

ENE 2008 – DIC 2014

FACTORES DE RIESGO	GRUPO DE ESTUDIO		OR (IC 95%)	*p
	CASOS (22)	CONTROLES (44)		
PLACENTA PREVIA	4 (18,18%)	1 (2,27%)	9,56 [1 – 91,51]	< 0,05
PLACENTA ACRETA	7 (31,82%)	0 (0%)	-	< 0,001
ATONIA UTERINA	12 (54,55%)	2 (4,55%)	25,20 [4,85 – 130,98]	< 0,001
RUPTURA UTERINA	5 (22,73%)	0 (0%)	-	< 0,001
DPP	5 (22,72%)	2 (2,27%)	6,18 [1,09 – 34,98]	< 0,05
MACROSOMIA FETAL	2 (9,09%)	1 (2,27%)	4,3 [0,37 – 50,25]	> 0,05

* Test exacto de Fisher.

FUENTE: REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DE HRDT.

V. DISCUSIÓN

La histerectomía periparto de emergencia (HPE) es a menudo realizada para condiciones obstétricas que amenazan la vida. La HPE se define como la histerectomía, realizada después de un parto por cesárea o en el puerperio inmediato; sin embargo, al HPE también se puede realizar cuando un tratamiento conservador no logra detener la hemorragia post-parto. En la obstetricia moderna, la incidencia global es de 0,05%, pero hay diferencias considerables en incidencia en diferentes partes del mundo dependiendo en la modernidad de los servicios obstétricos, las normas y la conciencia de la atención prenatal, y la efectividad de las actividades planificación familiar en una determinada comunidad ³³.

En relación a la incidencia de HPE, por ejemplo *Owolabi M et al* ³⁴, informaron una incidencia en su estudio de 0,85 por cada 1.000 nacimientos, y *Francois K et al* ³⁵, encontraron incidencias superiores de 2,28 por cada 1.000 nacimientos; como se puede evidenciar las incidencias varían según las condiciones referidas anteriormente.

La hemorragia obstétrica sigue siendo la principal causa de mortalidad y morbilidad materna en los países en desarrollo, y la complicación más difícil que un médico enfrentará. Además, la hemorragia obstétrica es un problema de salud importante y contribuye al 25% de las muertes maternas directas; adicionalmente podemos decir que la histerectomía periparto está asociada a esta condición, sin embargo han cambiado en sus causas a lo largo de los años ³⁶.

En relación a la edad materna, *Jin R et al* ¹⁹, en China, realizaron un estudio de casos y controles para evaluar factores de riesgo asociado a HPE encontrando en sus grupos de estudio un promedio de edad materna de $35,10 \pm 4,15$ años y $32,12 \pm 4,86$ años respectivamente; *Khanum F et al* ²⁴, en Pakistán, al evaluar las indicaciones de HPE en su serie de 51 pacientes encontraron un promedio de edad materna de 35,4 años; *Wani R et al* ³⁷, en Kuwait, encontraron en una muestra de 68 pacientes que fueron a HPE un promedio de edad de $34,98 \pm 5,3$ años; como se puede ver, los promedios de edad de las pacientes sometidas a HPE son gestantes que superan los 30 años, hecho que difiere con nuestro estudio en la que encontramos pacientes con edades menores, probablemente se deba a que en esos países las edades conceptuales se inician tardíamente a diferencia del nuestro en que la gran mayoría de pacientes lo inician precozmente.

Con respecto a la edad gestacional al momento del parto, **Jin R et al**¹⁹, encontraron en su estudio un promedio de edad gestacional de $36,24 \pm 2,12$ semanas y $37,71 \pm 2,18$ semanas respectivamente; **Wani R et al**³⁷, encontraron en su serie un promedio de edad gestacional al momento del parto de $34,59 \pm 4,1$ años; estos reportes coinciden en que la edad gestacional al momento del parto se encuentra en una edad < 37 semanas, es decir categorizado en el pre término, hecho que coincide con nuestros hallazgos, esto se debe a que las complicaciones hemorrágicas suceden precozmente, es decir antes de llegar al periodo a término y el parto tiene que terminar inmediatamente.

En lo referente a los factores de riesgo asociados a histerectomía periparto de emergencia, **Jin R et al**¹⁹, en su estudio de casos y controles con 21 casos, encontraron que los factores de riesgo asociados a la HPE fueron la coagulación intravascular diseminada, operación cesárea previa, placenta previa, atonía uterina, la placenta accreta, el uso de agentes tocolíticos prenatalmente y la macrosomía fetal; **Allam I et al**¹³, estudiaron las indicaciones de HPE en su población del Hospital Materno Universitario Ainsams, Egipto, encontrando que las indicaciones fueron la placenta accreta/increta, atonía uterina, ruptura uterina y placenta previa sin accreta; así mismo luego de realizar un modelo de regresión logística estos mismos resultaron ser predictores de HPE; **Tapisiz O et al**²¹, en Turquía, estudiaron los

factores de riesgo para HPE, en una muestra de 30 pacientes con HPE encontraron que los factores de riesgo asociados fueron la atonía uterina, la placenta accreta y la ruptura uterina; *Habek et al*⁸, en Croacia, estudiaron a las pacientes que fueron a HPE, en su estudio retrospectivo evaluaron a 17 pacientes con esta condición, encontrando que las indicaciones fueron hemorragia periparto severa asociadas a placenta previa, placenta percreta, mal placentación invasiva (accreta, increta), ruptura uterina y atonía uterina; como se puede observar la mayoría de estudios coinciden entre ellos y con el nuestro en que las mal placentaciones invasivas y no invasivas, la atonía uterina, la ruptura uterina son los factores asociados a la HPE, con algunas proporciones que difieren entre unos y otros pero representan la gran mayoría de factores asociados. Sin embargo la macrosomía fetal no resultó ser un factor de riesgo.

Es importante acotar que numerosas causas podrían haber contribuido a los factores de riesgo para las histerectomías periparto de emergencia, como el estado socioeconómico bajo, ingresos bajos, pobreza, estándares bajos en los cuidados de salud, la paridad elevada, hábitos religiosos y tradicionales, la demora en llegar al hospital, entre otras; de tal manera que las condiciones que hemos considerado como factores de riesgo pueden haber sido influenciadas con las condiciones referidas.

VI. CONCLUSIONES

1. La placenta previa es un factor de riesgo asociado para histerectomía Periparto de emergencia.
2. La placenta accreta es un factor de riesgo asociado para histerectomía Periparto de emergencia.
3. La atonía uterina es un factor de riesgo asociado para histerectomía Periparto de emergencia.
4. La ruptura uterina es un factor de riesgo asociado para histerectomía Periparto de emergencia.
5. El desprendimiento prematuro de placenta es un factor de riesgo asociado para histerectomía Periparto de emergencia.
6. La macrosomia fetal no es factor de riesgo asociado para histerectomía Periparto de emergencia.

VII. RECOMENDACIONES

- Recomendamos que cuando se atiendan pacientes con alto riesgo de presentar hemorragias al final del embarazo se traten precozmente con la finalidad de evitar si es posible una HPE o en su defecto la morbilidad e incluso la mortalidad que puede devenir en su evolución.
- Continuar con la investigación tomando estudios multicéntricos locales.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Nisar N, Sohoo A. Emergency peripartum. Hysterectomy: Frequency, Indications and maternal outcome. J Ayub Mod call Abbottabad 2009;21:48-15.
02. Saeed F, Khalid R, Khan A, Masheer S, Rizvi J. Peripartum hysterectomy: a ten year experience at a tertiary care hospital in a developing country. Trop Doct 2010; 40:18-21.
03. Siddiq N, Ghazi A, Jabbar S, Ali T. Emergency obstetrical hysterectomy. A life saving procedure in obstetric. Pak Jr Surg. 2007;23:217-19.
04. Naz S, Baloch R, Shakh M, Perveen R, Ahmad S. Peripartum Hysterectomy: A life saving procedure Pak Jr Surg 2008; 24:224-27.
05. Begum M, Alsafi F, ElFarra J, Tamim H, Le T. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary care hospital in saudi arabia. J Obstet Gynaecol India. 2014;64(5):321-7.
06. Khan B, Khan B, Sultana R, Bashir R, Deebe F. A ten year review of emergency peripartum hysterectomy in a tertiary care hospital. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2012;24(1):14-7.
07. Machado L. Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome. N Am J Med Sci. 2011;3(8):358-61.
08. Habek D, Becareviç R. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: 8-year evaluation. Fetal Diagn Ther. 2007;22(2):139-42.

09. Demirci O, Tuğrul A, Yilmaz E, Tosun Ö, Demirci E, Eren Y. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: nine years evaluation. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011;37(8):1054-60.
10. Sakinci M, Kuru O, Tosun M, Karagoz A, Celik H, Bildircin F et al. Clinical analysis of emergency peripartum hysterectomies in a tertiary center. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2014;41(6):654-8.
11. Sahin S, Guzin K, Eroğlu M, Kayabasoglu F, Yaşartekin M. Emergency peripartum hysterectomy: our 12-year experience. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;289(5):953-8.
12. Giambattista E, Ossola M, Duiella S, Crovetto F, Acaia B, Somigliana E et al. Predicting factors for emergency peripartum hysterectomy in women with placenta previa. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;285(4):901-6.
13. Allam I, Gomaa I, Fathi H, Sukkar G. Incidence of emergency peripartum hysterectomy in Ain-shams University Maternity Hospital, Egypt: a retrospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2014v;290(5):891-6.
14. Omole-Ohonsi A, Olayinka H. Emergency peripartum hysterectomy in a developing country. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(10):954-60.
15. Wani R, Abu-Hudra N, Al-Tahir S. Emergency peripartum hysterectomy: a 13-year review at a tertiary center in kuwait. *J Obstet Gynaecol India.* 2014;64(6):403-8.
16. Wei Q, Zhang W, Chen M, Zhang L, He G, Liu X. Peripartum hysterectomy in 38 hospitals in China: a population-based study. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;289(3):549-53.

17. D'Arpe S, Franceschetti S, Corosu R, Palaia I, Di Donato V, Perniola G et al. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary teaching hospital: a 14-year review. *Arch Gynecol Obstet*. 2014 Sep 25. [Epub ahead of print].
18. Wong T. Emergency peripartum hysterectomy: a 10-year review in a tertiary obstetric hospital. *N Z Med J*. 2011;124(1345):34-9.
19. Jin R, Guo Y, Chen Y. Risk factors associated with emergency peripartum hysterectomy. *Chin Med J (Engl)*. 2014;127(5):900-4.
20. Awan N, Bennett M, Walters W. Emergency peripartum hysterectomy: a 10-year review at the Royal Hospital for Women, Sydney. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2011;51(3):210-5.
21. Tapisiz O, Altinbas S, Yirci B, Cenksoy P, Kaya A, Dede S et al. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary hospital in Ankara, Turkey: a 5-year review. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286(5):1131-4.
22. Bodelon C, Bernabe A, Schiff M, Reed S. Factors associated with peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2009;114(1):115-23.
23. Selo-Ojeme D, Bhattacharjee P, Izuwa-Njoku N, Kadir R. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary London hospital. *Arch Gynecol Obstet*. 2005;271(2):154-9.
24. Khanum F, Sadaf F, Nisa M, Zahid M. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary care hospital. *J. Med. Sci. (Peshawar, Print)* 2013;21(2):58-61.
25. OMS. Definición de factor de riesgo. Se encuentra en URL: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.

26. Marban. Hemorragia del Tercer Trimestre. En: Academia de Estudios AMIR. SL, Amir Medicina, 2010,270 – 280.
27. Hull, A. Resnik, R. Placenta Accreta and Postpartum Hemorrhage. Clin Obstet and Gynecol. 2010;228-236.
28. Cervantes-Begazo R. Hemorragias del puerperio inmediato.Prevencción. Acta Médica Peruana 2005;2: 65-70.
29. Hirata G.I. & Horestein, A. l.,“Ultrasonographic estimation of fetal weight in the clinically macrosomic fetus”, Am J Obstet Gynecol. 1990;162:236-242.
30. Parazzini F, Ricci E, Cipriani S, Chiaffarino F, Bortolus R, Chiantera V et al. Temporal trends and determinants of peripartum hysterectomy in Lombardy, Northern Italy, 1996-2010. Arch Gynecol Obstet. 2013;287(2):223-8.
31. Owolabi M, Blake R, Mayor M, Adegbulugbe H. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy in the metropolitan area of the District of Columbia. J Reprod Med. 2013;58(3-4):167-72.
32. Francois K, Ortiz J, Harris C, Foley M, Elliott J. Is peripartum hysterectomy more common in multiple gestations?. Obstet Gynecol. 2005;105(6):1369-72.
33. Whiteman M, Kuklina E, Hillis S, Jamieson D, Meikle S, Posner S et al. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. Obstet Gynecol. 2006;108(6):1486-92.
34. Wani R, Abu-Hudra N, Al-Tahir S. Emergency peripartum hysterectomy: a 13-year review at a tertiary center in kuwait. J Obstet Gynaecol India. 2014;64(6):403-8.

IX. ANEXOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON HISTERECTOMIA PERIPARTO DE EMERGENCIA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

CASOS : ()
CONTROLES : ()

1. Edad materna: (años)
2. Edad gestacional al momento del parto:
3. Placenta previa: (SI) (NO)
4. Placenta accreta: (SI) (NO)
5. Atonía uterina: (SI) (NO)
6. Ruptura uterina: (SI) (NO)
7. DPP: (SI) (NO)
8. Macrosomía fetal: (SI) (NO)