

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



## “Factores de riesgo asociados a la Histerectomía Obstétrica

Periparto, Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin

Escobedo, Arequipa Enero 2013 – Diciembre 2014”

**Autora:**

**CARMEN JULIA MILAGROS AGUILAR IBÁÑEZ**

Trabajo de Investigación para optar el Título  
Profesional de Médico Cirujano

**Arequipa - Perú**

**2015**

## *DEDICATORIA*

*A Dios por la vida y por las innumerables bendiciones que me otorga día a día, por darme sabiduría, inteligencia y capacidad de seguir adelante a pesar de las dificultades.*

*A mis queridos padres, siempre a mi lado, brindándome su amor, apoyo y confianza; impulsándome a lograr mis metas, sin su ayuda no hubiese concluído mi tesis. Les dedico estas palabras con todo mi cariño y amor, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.*

## INDICE GENERAL

RESUMEN .....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
CAPITULO I: MATERIAL Y MÉTODOS .....	8
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	13
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	33
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .....	43
BIBLIOGRAFÍA .....	47
ANEXOS .....	51
Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	52
Anexo 2: Proyecto de Investigación.....	54

## RESUMEN

**Introducción:** El presente estudio pretende establecer la relación entre los factores de riesgo, y los diagnósticos que generaron la necesidad de realizar Histerectomías Periparto.

**Material y métodos:** Se revisaron las historias clínicas de pacientes que fueron sometidas a Histerectomía Periparto en el período comprendido entre enero de 2013 y diciembre del 2014, en el Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguí Escobedo” en Arequipa. Los datos se procesaron estadísticamente y los resultados se discutieron.

**Resultados:** Se detectaron 22 histerectomías periparto cuyas edades se encontraban entre 15 y 46 años, con promedio de 34.95 años. El tipo de parto más frecuente fue cesárea (86.37%). Los factores de riesgo con mayor asociación fueron cesareada anterior (54.54%), Placenta previa sangrante (50.00%), Trastorno hipertensivo del embarazo severo (27.7%), Embarazo Múltiple (13.63%). Las causas principales que obligaron a realizar histerectomía periparto fueron Atonía Uterina (68.19%) y Placenta Previa con Acretismo Placentario (31.81%). La incidencia fue de 1.61 Histerectomías Periparto / 1000 partos. Hubo un caso de muerte materna directa por Atonía Uterina

**Conclusiones:** Los factores de riesgo frecuentemente asociados a histerectomía periparto fue cesareada anterior y placenta previa sangrante. La frecuencia de Histerectomías Periparto fue de 22 casos de enero 2013 a diciembre 2014 cuya incidencia en la red fue de 1.61 histerectomías periparto por cada 1000 partos.

**PALABRAS CLAVE:** Histerectomía obstétrica periparto, hemorragia obstétrica, atonía uterina, acretismo placentario

## ABSTRACT

**Introduction:** The aim of this study was to establish the relationship between risk factors and diagnosis that led to the need of peripartum hysterectomy.

**Material and methods:** The clinical records of patients who were operated of peripartum hysterectomy were reviewed, between January 2013 and December 2014 in hospital “Carlos Alberto Seguí Escobedo” Arequipa.

**Results:** The sample consisted of 22 women whose ages were between 15 and 46 years, with an average of 34.95%. The most frequent type of delivery was cesarea (86.37%). The risk factors with the most association were previous cesarea (54.54%), placenta previa (50%), severe hypertensive disorder of pregnancy (27.7%), and multiple pregnancy (13.63%). The major clinical manifestations that were indications for the procedure were uterine atony (68.19%) and placenta previa with placenta accreta (31.81%). The incidence of peripartum hysterectomy was 1,61 per 1000 deliveries. There was one case of maternal death due to uterine atony.

**Conclusions:** The risk factors with the most association were previous cesarean placenta previa with bleeding. The frequency of peripartum hysterectomy was 22 cases between January 2013 and December 2014, the incidence of peripartum hysterectomy was 1,61 per 1000 deliveries.

**KEY WORDS:** peripartum hysterectomy, postpartum hemorrhage, uterine atony, placenta accreta.

## INTRODUCCIÓN

Clásicamente la exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto o aborto incluso en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica. Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está o ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano y de urgencia. La histerectomía obstétrica, considerada desde hace un tiempo como única alternativa terapéutica en el manejo de patologías hemorrágicas y/o sépticas con el fin de salvar la vida de la paciente, está siendo cada vez más infrecuente por la aplicación de medidas preventivas, el desarrollo de procedimientos quirúrgicos, mejores condiciones de asepsia, mejores técnicas anestésicas, mayor disponibilidad de antibióticos y optimización del uso de sangre y hemoderivados.

La primera cesárea-histerectomía con éxito fue la que realizó Eduardo Porro en Italia en una enana primípara, desde entonces la cesárea-histerectomía se llama operación de Porro.

En el Perú, según el Ministerio de Salud, el índice de mortalidad materna se reduce progresivamente desde hace 4 años, mayormente en las zonas andinas y selváticas. En el 2004 se registraron 628 muertes maternas y en el 2005 se reportaron 596 decesos.

Durante el 2006, un total de 536 madres gestantes perdieron la vida; mientras que en el 2007 el índice de mortalidad materna registró 513 decesos, lo que representó una disminución de 4% respecto al año anterior, según el MINSA.

El 80% de las muertes maternas se debieron a causas directas del embarazo, principalmente por hemorragia (41%), preeclampsia (19%) o infecciones diversas (6%).

El índice de mortalidad materna más alto se registró entre las gestantes de 20 y 24 años reportándose más de 120 decesos.

Si bien la hemorragia postparto es una complicación obstétrica muy seria, es importante destacar que es altamente prevenible. Por ello, el conocer los factores que se asocian a un mayor riesgo que la puedan desencadenar permitirá al personal de salud estar prevenido para disminuir los efectos de esta emergencia.

La Histerectomía Obstétrica Periparto, oportunamente realizada en caso de hemorragia obstétrica periparto que no se resuelve con tratamiento médico inicial, salva muchas vidas.

El Hospital Nacional Carlos A. Segúin Escobedo de Essalud Arequipa, es el principal hospital de referencia de Arequipa donde existe casuística de Histerectomías Obstétricas Periparto como recurso final de resolución de casos graves de hemorragia post parto y otros, motivo del presente estudio.

Con la realización de este estudio, el cual es el primero en este Hospital, se pretende constituir una línea de base con la consiguiente comparación en un período a largo plazo y a nivel de otros centros donde se practique el procedimiento, con el fin de realizar estudios más extensos en el futuro.

Se plantea en este estudio correlacionar los factores de riesgo de las pacientes que se tiene la necesidad de ser sometidas a Histerectomía Obstétrica Periparto en el período entre Enero de 2013 y Diciembre del 2014.





## CAPÍTULO I

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicó la técnica de la observación documental.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizó consistió en una Ficha de recolección de datos (Anexo 1).

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.

#### 2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional “Carlos Alberto Segúin Escobedo” Essalud Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma histórica durante el período comprendido entre enero de 2013 y diciembre del 2014.

2.3. **Unidades de estudio:** Historias clínicas de pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica Periparto en el Hospital Nacional “Carlos Alberto Segúin Escobedo” Essalud en Arequipa entre Enero 2013 y Diciembre 2014.

**Universo y muestra:** El universo está constituido por la totalidad de historias clínicas de pacientes sometidas a Histerectomía Periparto en el Hospital HNCASE en el periodo de estudio. No se considerará una muestra ya que se estudiará a todos los integrantes del universo que cumplan los criterios de selección.

- ♦ **Criterios de Inclusión**

- Pacientes con patología obstétrica grave que requirió Histerectomía Periparto
- Paciente atendida en el Servicio de Obstetricia del HNCASE
- Paciente registrada en el Sistema Informático Perinatal (SIP)

- ♦ **Criterios de Exclusión**

- Gestantes con registro incompleto.

3. **Tipo de investigación:** La presente investigación es un estudio documental.
4. **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio observacional descriptivo, retrospectivo y transversal.

## 5. Estrategia de Recolección de datos

### 5.1. Organización

Se estableció coordinaciones con la dirección del Hospital Nacional “CASE” para la autorización respectiva para acceder a las unidades de estudio.

Se buscaron las historias clínicas de pacientes a quienes se les realizó Histerectomía Periparto que cumplan los criterios de selección en el período de estudio. Se revisaron las historias clínicas para recoger las variables de interés en la ficha de recolección de datos (Anexo 1). Posteriormente, una vez concluida la recolección de datos, se volcaron las variables de interés en matrices de sistematización para su interpretación y análisis.

## 5.2. Criterios para manejo de resultados

### a) Validación de los instrumentos

La ficha de la recolección de datos únicamente es una hoja de recolección de información por lo que no requiere validación.

### b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

### c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2003).

### d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

**e) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

**f) Plan de análisis**

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. Para la comparación de variables categóricas entre grupos se empleó la prueba  $\chi^2$  considerando como significativo un valor de  $p < 0.05$ . Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2003 con su complemento analítico y el paquete estadístico Statistica v.7.0.



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMÍA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

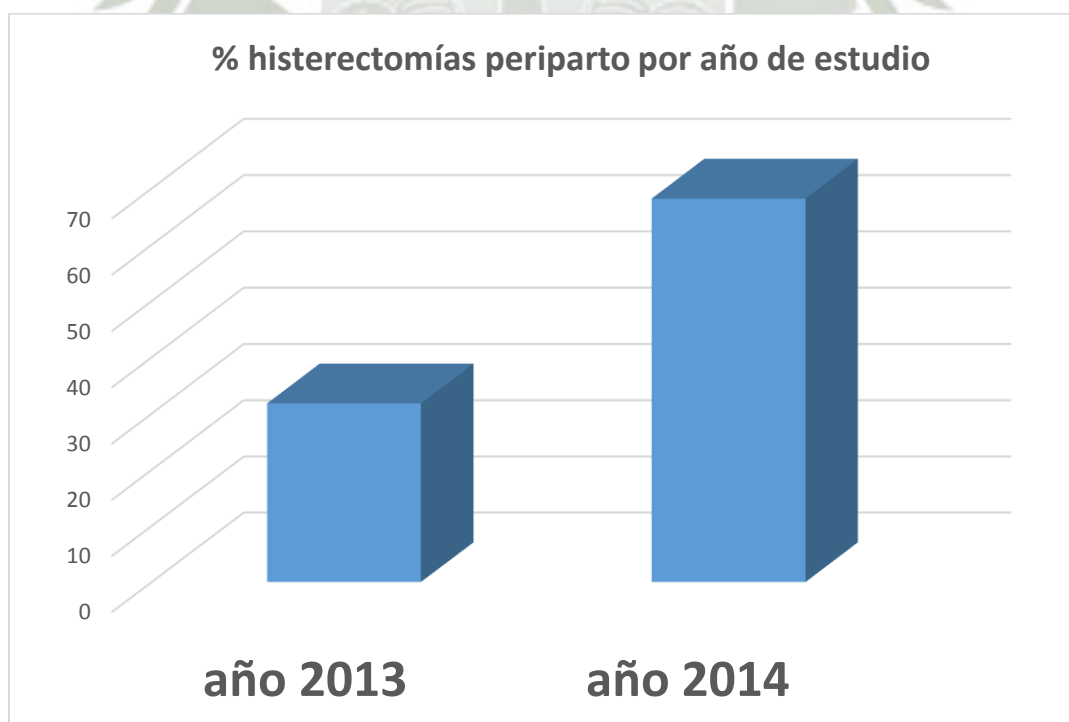
**Tabla 1**

**Distribución de la frecuencia de Histerectomía Periparto en el Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguíñ Escobedo”**

<i><b>Año</b></i>	<i><b>Nro.</b></i>	<i><b>%</b></i>
2013	07	31.81
2014	15	68.19
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100.00</b>

**Gráfico 1**

**Distribución de la frecuencia de Histerectomía Periparto en el Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguíñ Escobedo”**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMÍA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

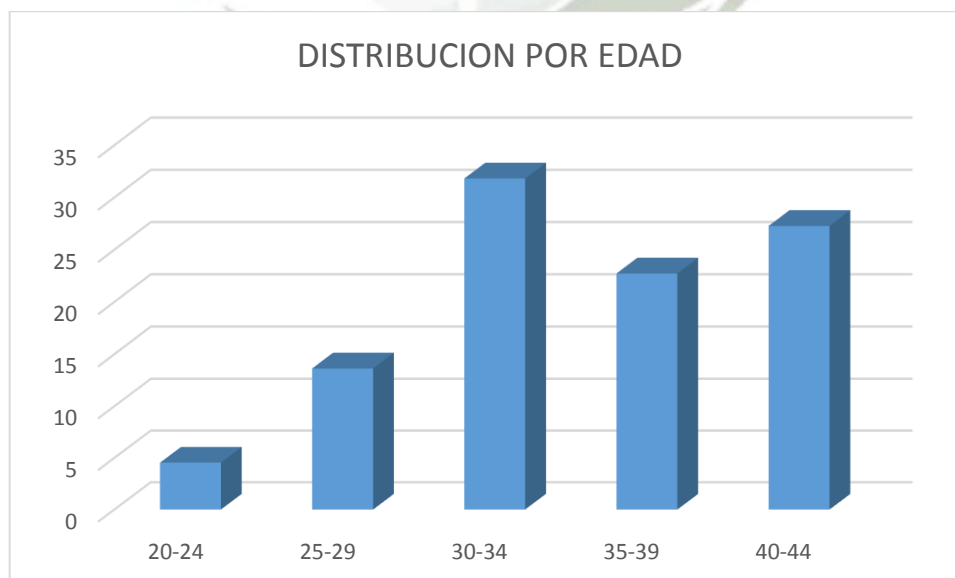
**Tabla 2**

**Distribución por edad de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<b>Grupo Etario</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
20-24	1	4.54
25-29	3	13.63
30-34	7	31.81
35-39	5	22.72
40-44	6	27.27
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100.00</b>
<b>Promedio</b>		<b>34.95 años</b>

**Gráfico 2**

**Distribución por edad de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

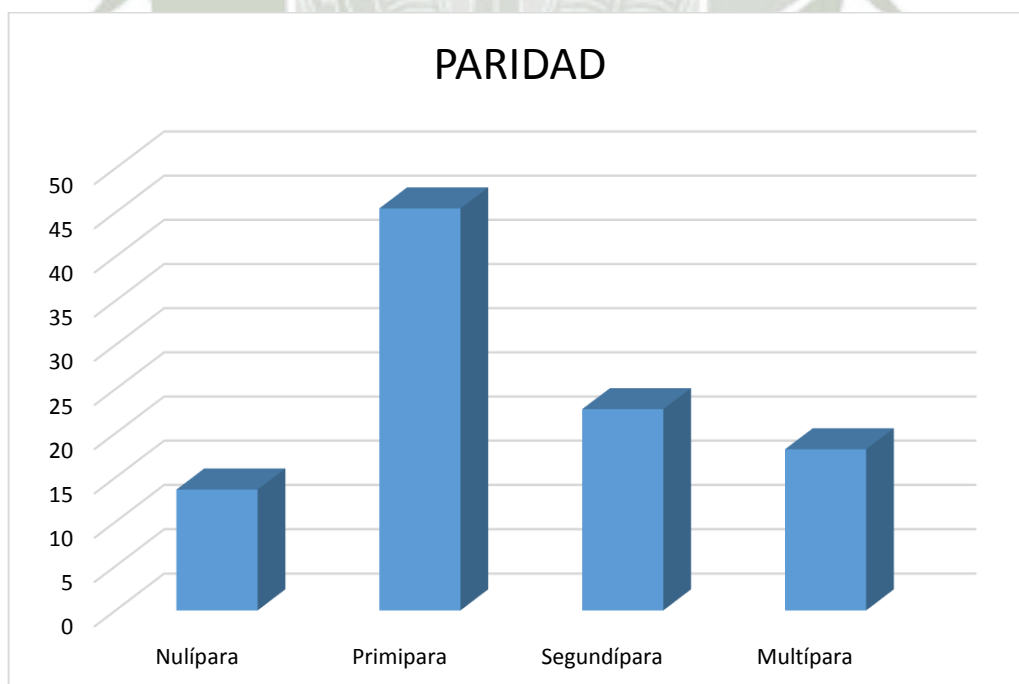
**Tabla 3**

**Distribución por paridad de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<b>Paridad</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Nulípara	3	13.63
Primípara	10	45.45
Segundípara	5	22.72
Múltipara	4	18.18
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100.00</b>

**Gráfico 3**

**Distribución por paridad de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

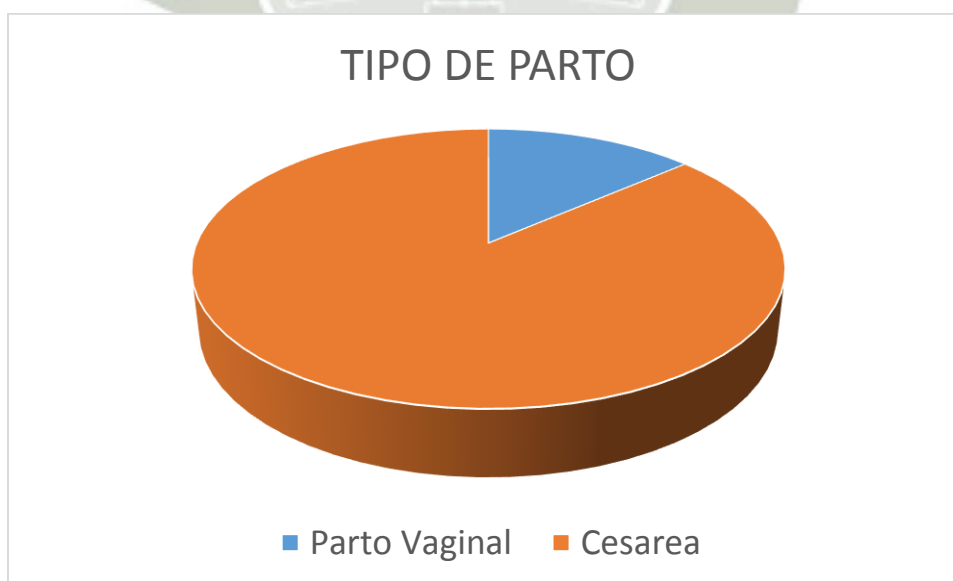
**Tabla 4**

**Distribución del tipo de parto de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

Tipo de Parto	Nº	%
Parto Vaginal	3	13.63
Cesárea	19	86.37
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100.00</b>

**Gráfico 4**

**Distribución del tipo de parto de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

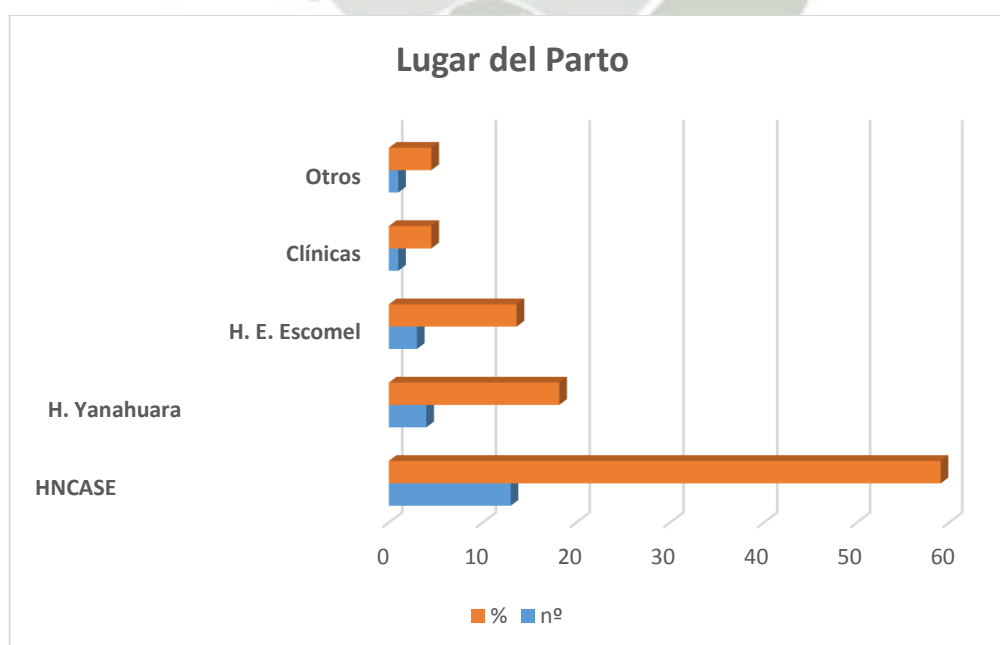
**Tabla 5**

**Distribución por el lugar de atención del parto de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

Lugar del Parto	nº	%
HNCASE	13	59.09
H. Yanahuara	4	18.18
H. E. Escomel	3	13.63
Clínicas	1	4.54
Otros	1	4.54
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100.00</b>

**Gráfico 5**

**Distribución por el lugar de atención del parto de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

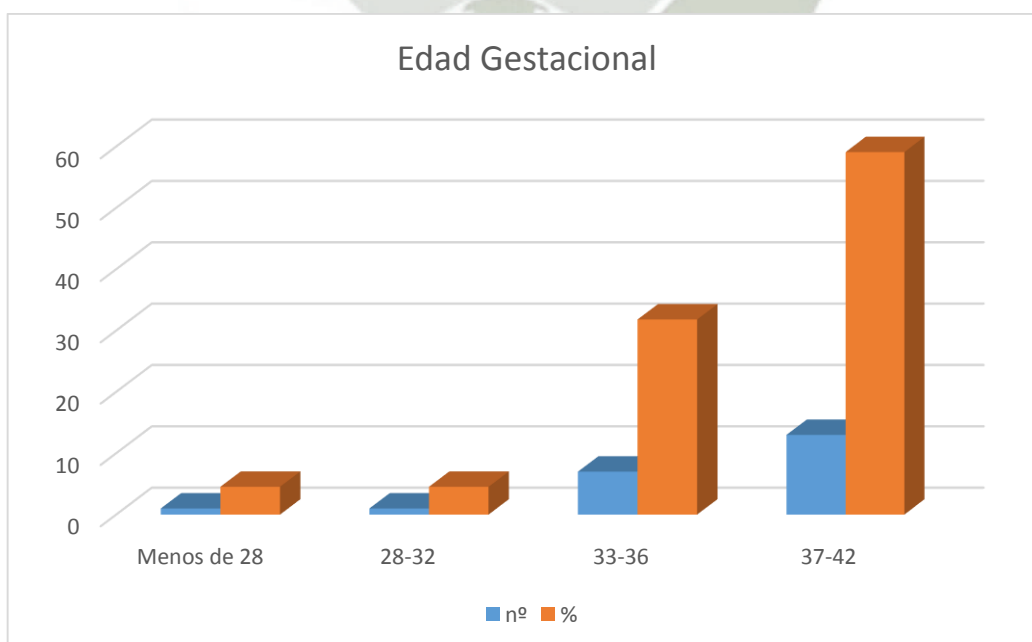
**Tabla 6**

**Distribución por Edad Gestacional de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<b>Edad Gestacional (semanas)</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Menos de 28	1	4.54
28-32	1	4.54
33-36	7	31.81
37-42	13	59.09
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Promedio</b>		<b>36.3</b>

**Gráfico 6**

**Distribución por Edad Gestacional de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

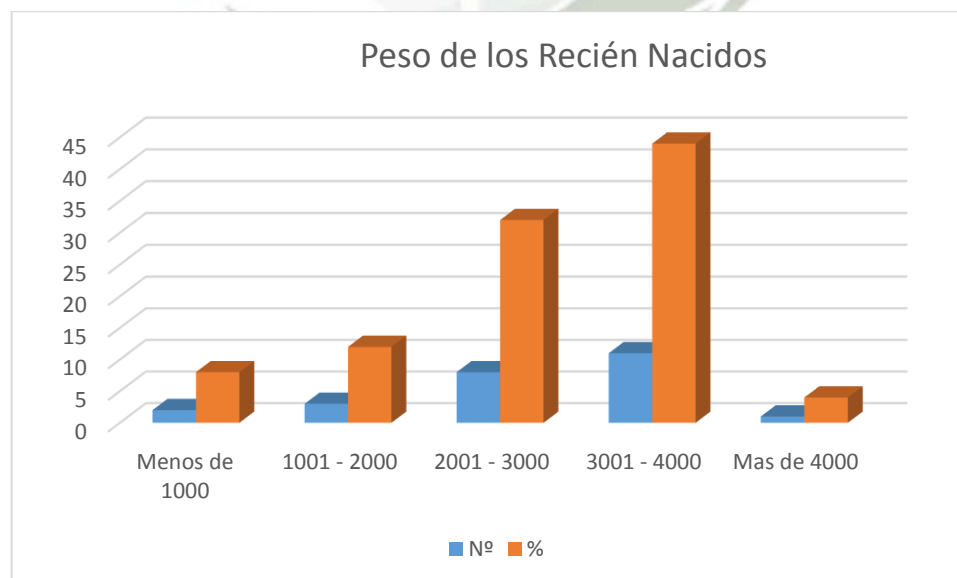
**Tabla 7**

**Distribución por peso del recién nacido de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<b>Peso RN en gramos (gr.)</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Menos de 1000	2	8.00
1001 - 2000	3	12.00
2001 - 3000	8	32.00
3001 - 4000	11	44.00
Más de 4000	1	4.00
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.00</b>
<b>Promedio</b>		<b>2622 gr.</b>

**Gráfico 7**

**Distribución por peso del recién nacido de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

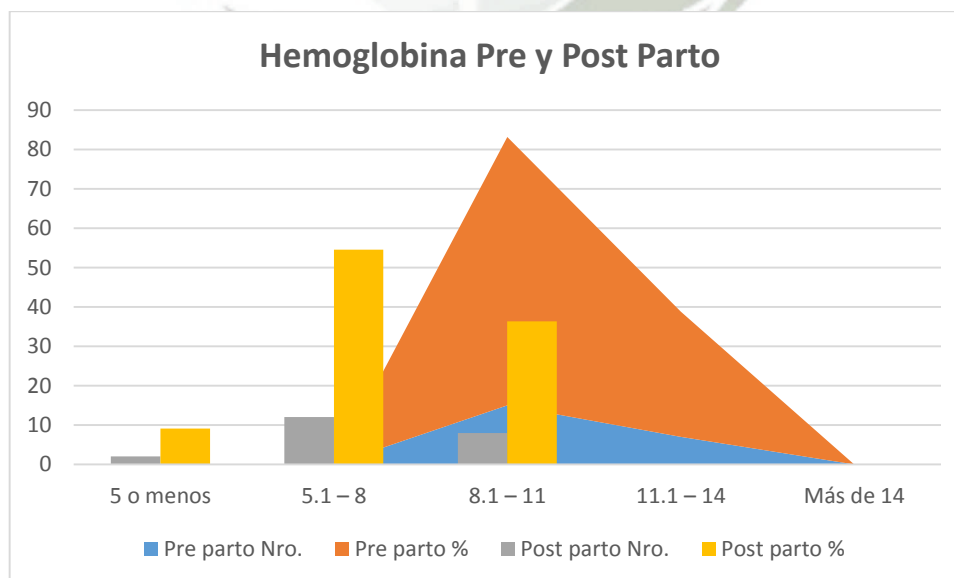
**Tabla 8**

**Distribución del dosaje de Hemoglobina pre y post parto de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<b>Hb</b> <b>gr%</b>	<b>Pre parto</b>		<b>Post parto</b>	
	<b>Nro.</b>	<b>%</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
5 o menos	0	0	2	9.09
5.1 – 8	0	0	12	54.54
8.1 – 11	15	68.18	8	36.36
11.1 – 14	7	31.82	0	0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Promedios</b>	<b>11.23 gr%</b>		<b>7.26%</b>	

**Gráfico 8**

**Distribución del dosaje de Hemoglobina pre y post parto de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

**Tabla 9**

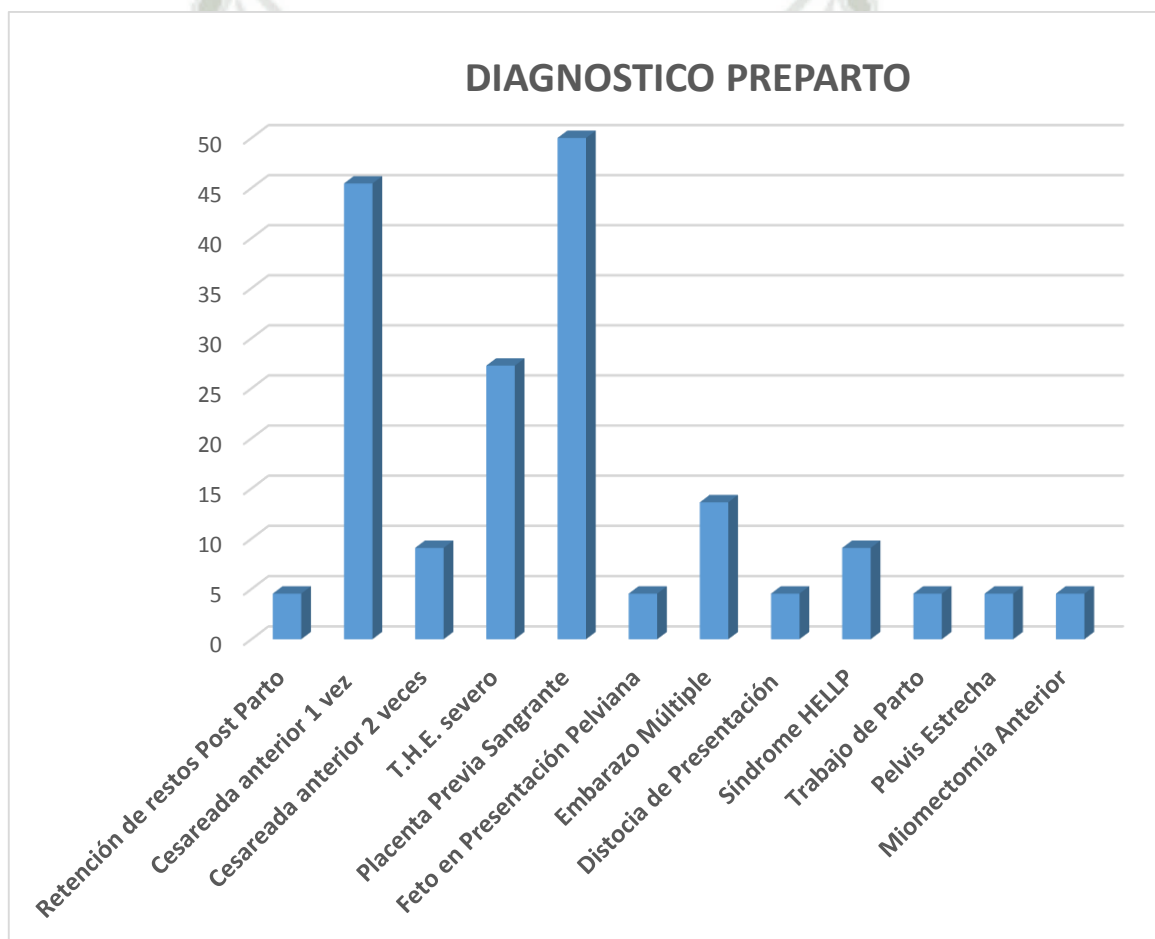
**Distribución del diagnóstico preparto como factor de riesgo de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<i>Diagnostico Pre Parto</i>	<i>Nro.</i>	<i>%</i>
<i>Retención de restos Post Parto</i>	1	4.54
<i>Cesareada anterior 1 vez</i>	10	45.45
<i>Cesareada anterior 2 veces</i>	2	9.09
<i>T.H.E. severo</i>	6	27.27
<i>Placenta Previa Sangrante</i>	11	50.00
<i>Feto en Presentación Pelviana</i>	1	4.54
<i>Embarazo Múltiple</i>	3	13.63
<i>Distocia de Presentación</i>	1	4.54
<i>Síndrome HELLP</i>	2	9.09
<i>Trabajo de Parto</i>	1	4.54
<i>Pelvis Estrecha</i>	1	4.54
<i>Miomectomía Anterior</i>	1	4.54

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

**Gráfico 9**

**Distribución del diagnóstico preparto como factor de riesgo de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

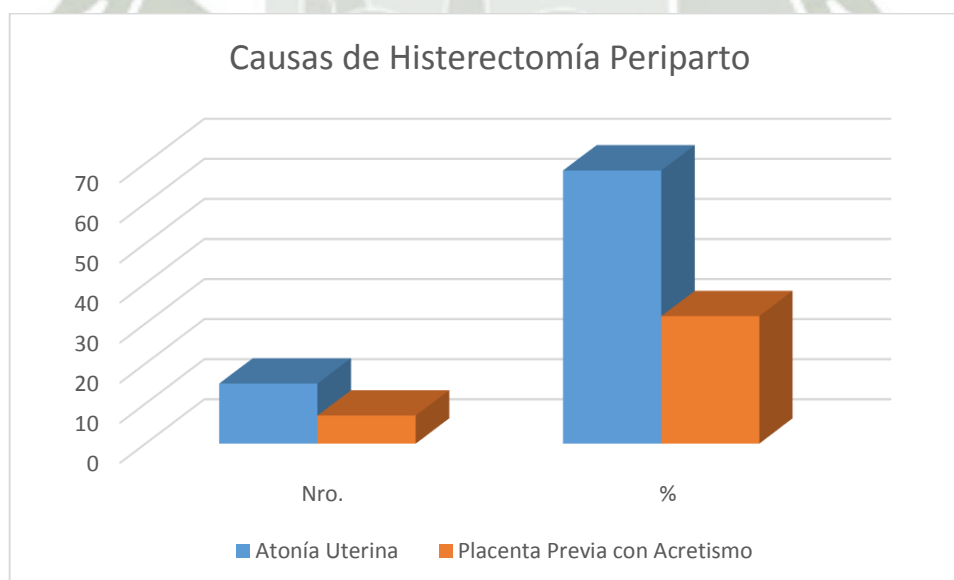
**Tabla 10**

**Distribución de las causas de Histerectomía Periparto de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<b>Causa</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Atonía Uterina	15	68.18
Placenta Previa con Acretismo	7	31.82
Total	22	100.00

**Gráfico 10**

**Distribución de las causas de Histerectomía Periparto de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

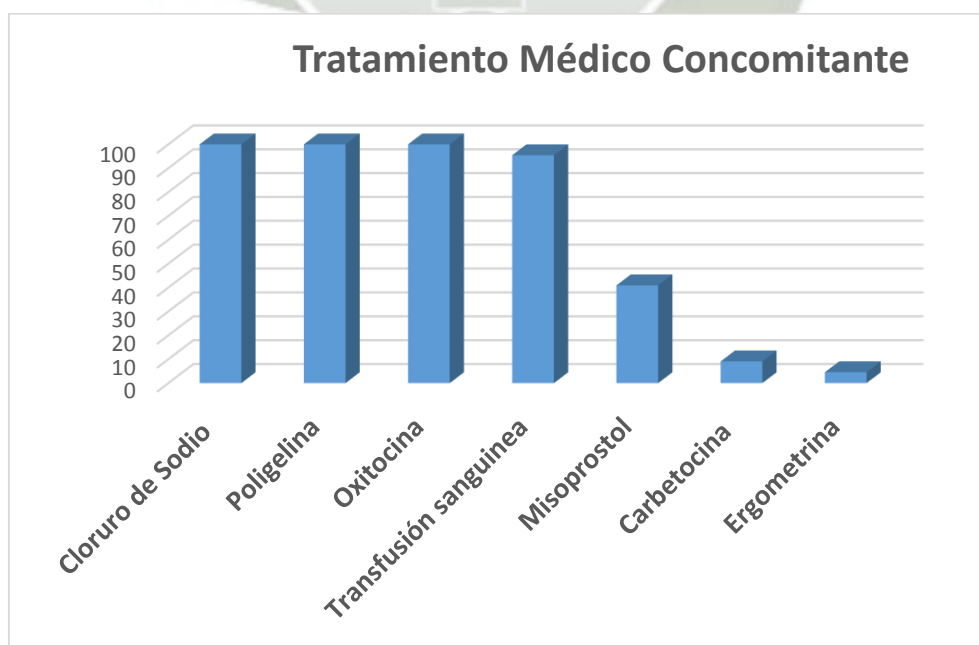
**Tabla 11**

**Distribución por tratamiento médico concomitante de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<i>Tratamiento</i>	<i>Nro.</i>	<i>%</i>
<i>Cloruro de Sodio</i>	22	100.00
<i>Poligelina</i>	22	100.00
<i>Oxitocina</i>	22	100.00
<i>Transfusión sanguínea</i>	21	95.45
<i>Misoprostol</i>	9	40.90
<i>Carbetocina</i>	2	9.09
<i>Ergometrina</i>	1	4.54

**Gráfico 11**

**Distribución por tratamiento médico concomitante de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

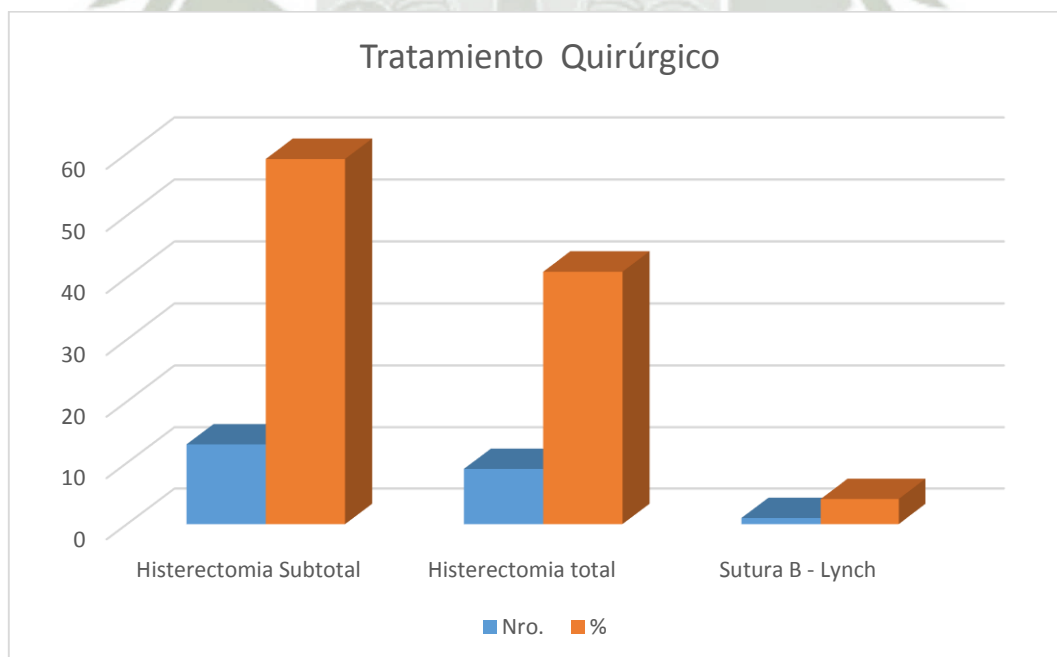
**Tabla 12**

**Distribución del tratamiento quirúrgico de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<b>Procedimiento Quirúrgico</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
<i>Histerectomía Subtotal</i>	13	59.09
<i>Histerectomía Total</i>	9	40.91
<i>Sutura B - Lynch</i>	1	4.09

**Gráfico 12**

**Distribución del tratamiento quirúrgico de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

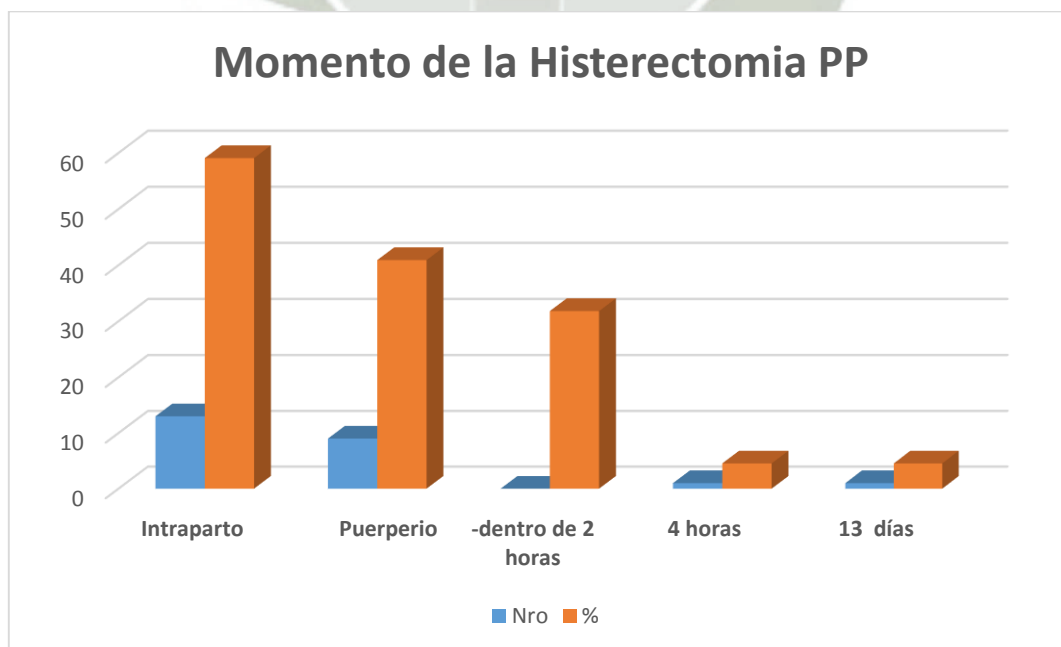
**Tabla 13**

**Distribución por momento de la Histerectomía Periparto de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<b>Momento del parto</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>
<i>Intraparto</i>	13	59.09
<i>Puerperio</i>	9	40.90
<i>-dentro de 2 horas</i>	7	31.81
<i>4 horas</i>	1	4.54
<i>13 días</i>	1	4.54

**Gráfico 13**

**Distribución por momento de la Histerectomía Periparto de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

**Tabla 14**

**Distribución por complicaciones graves post-histerectomía de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<b>Complicación</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
<i>Shock Hipovolémico</i>	14	63.63
<i>Insuficiencia Renal Aguda</i>	2	9.09
<i>Compromiso Pulmonar</i>	2	9.09
<i>CID</i>	1	4.54
<i>Lesión de Intestino</i>	1	4.54
<i>Secuela neurológica</i>	1	4.54
<i>Fallecida</i>	1	4.54
<i>Sin Complicación</i>	8	36.36

**Gráfico 14**

**Distribución por complicaciones graves post-histerectomía de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

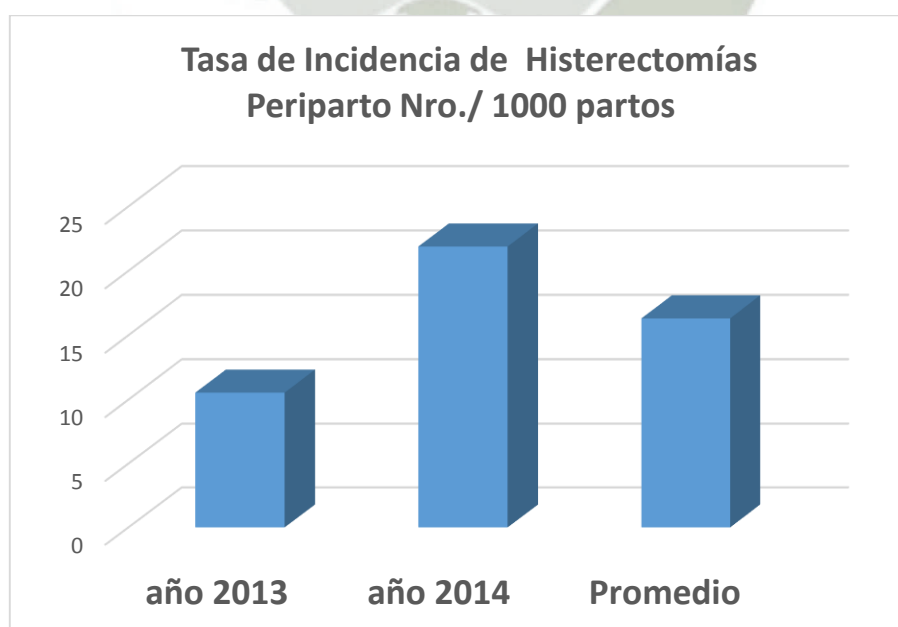
**Tabla 15**

**Incidencia de Histerectomías Periparto de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<b>Año de Estudio</b>	<b>Nro. de Partos</b>	<b>Nro.de Histerectomías Periparto</b>	<b>Tasa de Incidencia de Histerectomías Periparto Nro./ 1000 partos</b>
2013	664	7	10.54
2014	685	15	21.89
<b>Promedio</b>	<b>1349</b>	<b>22</b>	<b>16.31</b>

**Gráfico 15**

**Incidencia de Histerectomías Periparto de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

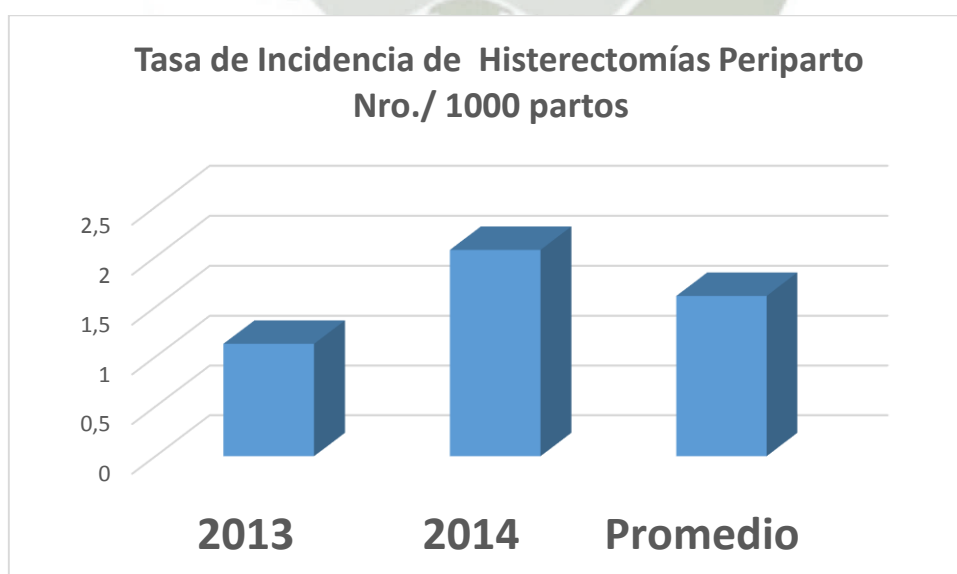
**Tabla 16**

**Incidencia de Histerectomías Periparto en la Red Asistencial Arequipa  
Essalud de pacientes con Factores de Riesgo asociados a  
Histerectomía Periparto**

<b>Año de Estudio</b>	<b>Nro. de Partos</b>	<b>Nro.de Histerectomías Periparto</b>	<b>Tasa de Incidencia de Histerectomías Periparto Nro./ 1000 partos</b>
2013	7033	8	1.13
2014	7231	15	2.07
<b>Promedio</b>	<b>14264</b>	<b>23</b>	<b>1.61</b>

**Grafico 16**

**Incidencia de Histerectomías Periparto en la Red Asistencial Arequipa  
Essalud de pacientes con Factores de Riesgo asociados a  
Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

**Tabla 17**

**Factores de riesgo de atonía uterina de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<b>Factor asociado a ATONÍA UTERINA</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Feto grande	2	13.3
Embarazo Doble	2	13.3
Polihidramnios	1	6.66
THE Severo	2	13.3
Síndrome Hellp	2	13.3
Cesárea Iterativa	2	13.3
Retención de Restos Post Parto	1	6.66
Miomatosis	1	6.66
Gestante Tardía	1	6.66
Ca de Cérvix	1	6.66
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.00</b>

**Gráfico 17**

**Factores de riesgo de atonía uterina de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA PERIPARTO, HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA, 2013-2014”**

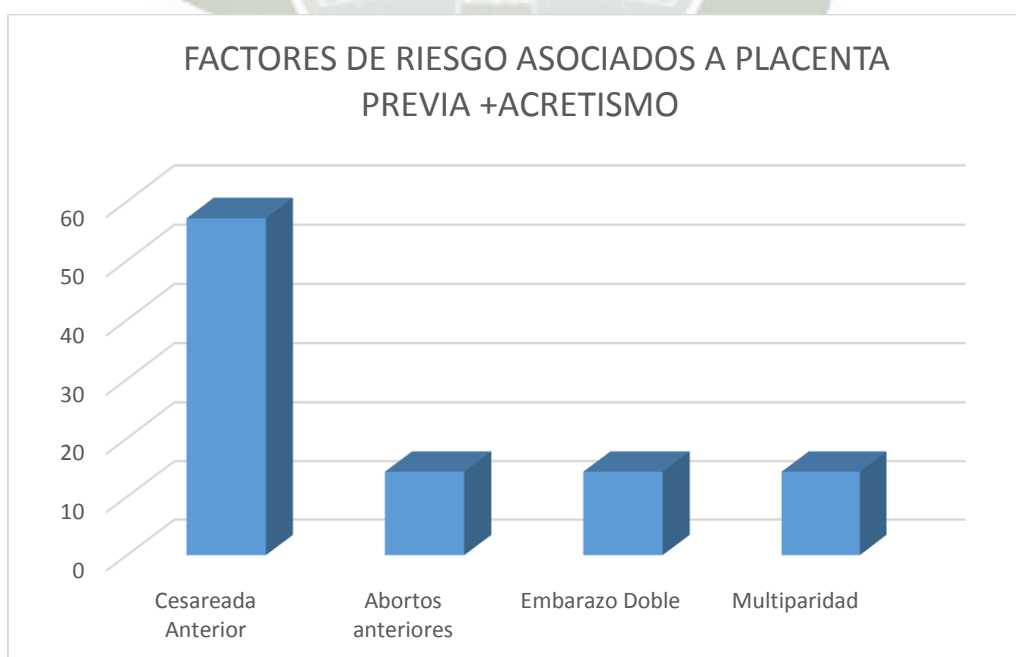
**Tabla 18**

**Factores de riesgo de placenta previa + acretismo de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**

<b>Factor de Riesgo asociado a PLACENTA PREVIA +ACRETISMO</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Cesareada Anterior	4	57.14
Abortos anteriores	1	14.28
Embarazo Doble	1	14.28
Multiparidad	1	14.28
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100.00</b>

**Gráfico 18**

**Factores de riesgo de placenta previa + acretismo de pacientes con Factores de Riesgo asociados a Histerectomía Periparto**





## DISCUSION Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó en el principal hospital de referencia de la zona sur del país donde se atiende casos complicados referidos de toda la provincia y de departamentos de Arequipa, Moquegua, Tacna y Puno de la red asistencial de Essalud, y precisamente en la especialidad de Obstetricia se derivan casos graves relacionados con hemorragia obstétrica como es la Hemorragia postparto después de una cesárea o parto vaginal en pacientes con factores de riesgo determinados y motivo de la referencia. Siendo la Hemorragia Obstétrica la primera causa de Mortalidad Materna en el Perú, cualquier propósito como este estudio, es necesario para afrontarla y resolverla teniendo conciencia que una conjunción de factores como una anamnesis no bien precisada, la aparición sorpresiva de sangrado y el riesgo de vida inminente para la madre, convierte a la hemorragia grave periparto en una de las situaciones más apremiantes de la práctica médica.

Dentro de los resultados podemos observar en la **Tabla y Gráfico 1** que, en el período de tiempo de este estudio, de enero del 2013 a diciembre del 2014 se realizaron 22 histerectomías periparto, correspondiendo 7 (31.81%) en el 2013 y 15 (68.19%) en el 2014, lo que muestra un incremento de más del doble de un año a otro inmediato y como es significativo, este trabajo pretende explicarlo con el análisis de los factores de riesgo que condujeron a la patología grave que obligó a la Histerectomía obstétrica de urgencia. En el trabajo de Ingelmo Rodriguez en Elche, España, analizaron 17 casos de histerectomía periparto en un período de 5 años. En el estudio de José Caro del Hospital de Puerto Montt se presentaron 25 pacientes con histerectomía obstétrica entre el 2000 y 2005; lo reportado por Malvino y cols. son 29 pacientes en un periodo de 7 años. Relativamente parecen pocos casos a pesar de que es el resultado de atender muchos partos y es debido a que la Histerectomía Obstétrica Periparto es un evento extraordinario, excepcional, raro, que sólo una de ellas es motivo de profundo análisis ya que implica una situación de extrema gravedad con inminencia de muerte de la paciente en período periparto, y en el Hospital Nacional “Carlos Alberto Segúin

Escobedo” de Essalud, como el mayor hospital de referencia que concentra los casos graves, no son hechos frecuentes.

En la **Tabla y Gráfico 2** apreciamos la distribución de las 22 pacientes sometidas a Histerectomía, donde las pacientes entre 30 y 44 años representan la mayoría con el 81.83% , En el estudio realizado en el Hospital universitario de Elche, España, el promedio etario es 29.1 años con una amplia dispersión entre los 17 y 38 años, en México Ramos García encontró en un estudio similar, un promedio de edad de 29.9 años, distribución más joven que la de nuestro estudio cuyo promedio de edad fue 34.95 años debido a que las pacientes atendidas en la red Essalud tienen eventos obstétricos como embarazo y parto a edades mayores que el promedio nacional o lo que ocurre en pacientes atendidas en el Ministerio de Salud, porque su condición de asegurada, ya sea titular o derechohabiente es lograda por su nivel de educación que en el 100% es superior, lo que fue alcanzado postergando su futuro reproductivo.

En la **Tabla y Gráfico 3** observamos la paridad de las pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica Periparto (HOPP), donde en el 86.37% han tenido por lo menos 1 parto anterior que ha acarreado algún factor de riesgo que en el parto actual ha influido en la necesidad de realizar una HOPP como por ejemplo una cesárea anterior. En el estudio de Rodríguez en España el 65% fueron primígestas y ninguna era multípara como 4 en nuestro estudio. Siendo la multiparidad factor de riesgo para atonía uterina y consiguientemente la necesidad de HOPP en algunos casos, se explica la mayor incidencia en el presente estudio.

En la **Tabla y Gráfico 4** se evidencia que el 86.37% de los partos fue por cesárea. En el estudio de Elche el 59% fue por cesárea y en el Hospital de Puerto Montt 24 de las 25 HOPP (96%) fue por cesárea, siendo esta condición un factor predisponente que adicionado a otros factores de riesgo desembocan en la necesidad de realizar una HP. Concordante con varios estudios, la cesárea está involucrada con mucha mayor proporción que el parto vaginal en los casos de HOPP.

En el sistema de Essalud de atención por niveles de complejidad el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo (HNCASE) se encuentra en la cúpula de la estructura considerado como Hospital IV, debiendo recibir referencias de los centros de menor complejidad.

En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra que el lugar del parto en su gran mayoría fue en el HNCASE con 13 de los 22 casos de Histerectomías periparto con el 59.9% , 4 casos (18.18%) en el Hospital de Yanahuara y luego referidas al HNCASE, 3 casos (13.63%) en el H. Edmundo Escomel, 1 caso en la Clínica San Juan de Dios (4.54%) y 1 caso (4.54%) en el Hospital Honorio Delgado, todos estos últimos referidos al HNCASE para resolución compleja incluyendo la Histerectomía periparto. En la modalidad de trabajo del sistema de salud en Essalud se refieren a pacientes complicadas cuya resolución requiere mayor disponibilidad de recursos médicos como insumos, banco de sangre y hemoderivados, disponibilidad de sala de operaciones, personal médico capacitado, siendo necesarios protocolos de atención y referencia oportuna en casos de pacientes obstétricas graves. En todos los países existen sistemas de salud en sistema piramidal de tal manera que los casos muy graves se atienden en el nivel más alto que en nuestro país en Essalud se atienden en los Hospitales Nacionales.

En la **Tabla y Gráfico 6** se aprecia que la Edad Gestacional de las paciente fue en su mayoría 13 casos (59.09%) a término (37-41 semanas 6 días) y 9 casos de pretérmino (40.91%), tomando en cuenta para cada rango el intervalo de 33-36 semanas como prematuros tardíos, de 28-32 semanas como prematuros tempranos y menos de 28 semanas como inmaduros. Comparativamente en el Hospital de Elche la edad gestacional de la pacientes osciló entre 27 y 40 semanas con 41% de pretérmino similar al 40.91 % del HNCASE. No hubieron casos de postérmino para tener una asociación con peso de recién nacido mayor que por sobredistensión condicione una HOPP.

En la **Tabla y Gráfico 7** se tiene la distribución de las pacientes según peso de recién nacido donde en el 80 % pesaron entre los 2000 gr. y 4000gr. con promedio de

2622 gr. En el estudio de Puerto Montt el promedio de peso de los recién nacidos fue de 2510 gr. Este cuadro está tratando de correlacionar datos de riesgo de peso elevado del Recién Nacido y sobredistensión uterina causante de atonía uterina que puede causar a su vez necesidad de HOPP, lo cual si hubo en paciente referidas debido a que los recién nacidos de buen peso son generalmente a término o post termino y se atienden en hospitales de menor nivel pero cuando se complican son referidas al HNCASE.

En la **Tabla y Gráfico 8** se aprecian los niveles de hemoglobina antes y después del parto, con la intención de valorar la magnitud del sangrado expresado en la cifras de hemoglobina. En la totalidad de casos el dosaje de hemoglobina (Hb.) estaba por encima de 8 gr% y luego del parto y de realizada la HPP los niveles cayeron por debajo de 8g% en más del 63.63% de los casos constituyendo cuadros severos de anemia grave que obligó a transfusiones sanguíneas en la mayoría de casos. Los promedios correspondientes a este tópico en el presente estudio fue de Hemoglobina preparto de 11.23 gr% y post parto de 7.26gr%, resaltando 2 casos con menos de 5 gr% realmente dramáticos. En el estudio de Elche el promedio de hemoglobina antes de la intervención fue de 11.7 gr% y tras la intervención de 6.53gr%, de manera similar Caro en Chile. La gran magnitud de la pérdida sanguínea que implica la situación de gravedad, muchas veces es subestimada retrasando la decisión de realizar una HOPP de urgencia, aumentando la probabilidad de mayor morbimortalidad materna. La diferencia pre y post parto de los niveles de Hemoglobina (alrededor de 4 gr%) da una idea de la pérdida sanguínea pero no es el único parámetro a considerar, sino también los otros elementos de que se dispone para controlar la volemia, la velocidad de pérdida por unidad de tiempo, la pericia del cirujano y la disponibilidad inmediata o no de hemoderivados.

En la **Tabla y Gráfico 9**, se cita todos los factores de riesgo presentados por los 22 casos de HPP, que constituyeron los diagnósticos preparto y que luego influyeron de manera directa o indirecta a decidir la HOPP, siendo la Placenta Previa sangrante la más frecuente (50%) seguida de Cesareada Anterior por lo menos 1 vez

con 12 casos (54.54%) , de Trastorno Hipertensivo del Embarazo 6 casos ( 27.27% ), Embarazo Múltiple 3 casos (13.63%), Síndrome HELLP en 2 casos (9.09%), Pelvis Estrecha 1 caso (4.54%), Miomectomía anterior 1 caso (4.54%); se hace la salvedad que un caso de HPP puede tener más de un factor de riesgo que contribuyó directa o indirectamente a dicha HOPP. Es relevante y estadísticamente significativo este resultado porque determina qué factores de riesgo están fuertemente asociados a la necesidad de realizar una histerectomía periparto como es la condición de ser cesareada anterior por lo menos 1 vez y placenta previa sangrante que a su vez están relacionados entre sí. En el estudio de Caro en el Hospital de Puerto Montt hubo 79% de pacientes con antecedente de cesareada anterior constituyéndose el factor de riesgo con significación estadística fuertemente asociado a la necesidad de Histerectomía Periparto.

En la **Tabla y Gráfico 10** se indica la causa directa de HOPP donde principalmente fueron dos: la Atonía Uterina en 15 casos (68.18%) y la Placenta Previa con Acretismo Placentario en 7 casos (31.82%), resaltando la tabla que en 4 casos (18.18%) de Atonía Uterina hubo la asociación secundaria de Placenta Previa, en 3 casos (9.09%) con Trastorno Hipertensivo del Embarazo, 1 caso (4.54%) con Síndrome HELLP, y 1 caso (4.54%) con cáncer de cuello uterino. La atonía uterina que no cede a tratamiento médico inicial de oxitócicos, masaje uterino, sutura de B-Lynch, requiere de una HOPP para salvar la vida de la paciente si se decide oportunamente. En la literatura se menciona como ejemplo el estudio de Rodríguez en Elche España, la atonía uterina fue la causa de HPP en 53% , acretismo placentario en 23% y rotura uterina en 12% . Ramos García en el Instituto Materno Perinatal de México encuentra el 33.33% como atonía uterina causante de Histerectomía y el 28.6% acretismo placentario, y entre rotura uterina, dehiscencia de histerorrafia y otros, el resto de porcentaje. Carlos Briceño –Pérez en Venezuela encuentra atonía uterina en el 38%, sepsis en el 22% y rotura uterina en el 16%. Las relativas diferencias tienen que ver con la forma habitual de tratar los partos en los diferentes establecimientos ya que en el HNCASE hay mucha menos proporción de partos vaginales y más cesáreas, no habiendo casos de rotura uterina porque se intentó parto vaginal en cesareada anterior,

o casos de sepsis como consecuencia de trabajos de parto prolongados debido a que se insiste más en la vía vaginal.

El tratamiento médico inicial (**Tabla y Gráfico 11**) fue de suero fisiológico, poligelina como expansor de volumen, oxitocina de 10 a 40 UI endovenoso con intención de lograr adecuada contracción uterina y evitar pérdida sanguínea mayor, en el 100% de los casos; transfusión sanguínea en 21 casos (95.45%) debido a la pérdida de sangre considerable; misoprostol en 9 casos (40.9%) en casos de atonía uterina, sublingual o subyugal; carbetocina en 2 casos, 1 ampolla diluida en 10cc. y administrada lentamente en 1 minuto; y ergometrina, derivado del cornezuelo de centeno que produce contracción uterina potente pero que en el caso usado no dio resultado y se tuvo que realizar HPP. En la literatura se muestra que en el estudio del Hospital General de Elche se tuvo que transfundir sangre en el 94% con promedio de 4 unidades y la mayor transfusión de 14 unidades, similar al 95.45% de nuestro estudio con promedio de 1.68 unidades y la mayor transfusión de 4 unidades. Briceño-Pérez en Venezuela requirió transfusión sanguínea en el 84%. Está claro que lo primero que se tiene que atender en pacientes graves que requieren una HOPP es restituir la volemia con expansores de volumen o cristaloides en tanto se prepara la transfusión sanguínea que tiene mucha menor velocidad de flujo.

En razón de que la causa de la decisión de realizar una HOPP (**Tabla y Gráfico 12**) es grave en paciente inestable hemodinámicamente, con sangrado importante, requiere solución rápida siendo el objetivo detener tal sangrado pinzando las arterias uterinas y se realiza una HPP subtotal (13 casos 59.09%) si esencialmente el sangrado proviene del cuerpo y fondo uterino como en casos de atonía, o se tenga que realizar una HPP total (9 casos 40.91%) si el sangrado proviene también de istmo o endocérvix en algunos casos de acretismo placentario. Comparando con el estudio de Elche, allí se practicó histerectomía subtotal en 76% y total en el 24%. En el estudio de Briceño-Pérez de 50 HOPP, 43 (86%) fueron histerectomías totales, lo inverso de la mayoría de estudios probablemente debido a que este protocolizado así o que las

modificaciones cervicales en los intentos de partos vaginales obliguen a realizar una HOPP tipo total.

En la **Tabla y Gráfico 13** se aprecia que en 13 casos (59.09%) la HPP se realizó intraparto y 9 (40.91%) en el período de puerperio siendo en la mayoría de este último grupo dentro de las 2 horas postparto (7 casos ,31.81%). Comparando con el estudio de Elche la histerectomía se practicó inmediatamente a continuación del parto vaginal o la cesárea en el 59% de casos, con el tiempo más largo transcurrido entre el parto y la histerectomía de 168 horas y en nuestro estudio 13 días. De acuerdo a la causa de HPP, a la gravedad del caso, a la paridad, al resultado neonatal, pero principalmente a la apreciación de riesgo de muerte es que se decide la HPP lo más oportunamente posible. Si queremos interpretar la significación estadística de cuando es mejor realizar la HPP sería en el intraparto cuando ya se estableció la causa y no dejar al azahar la recaída cuando haya una respuesta parcial inicial.

Podemos apreciar en la **Tabla y Gráfico 14** que definitivamente la complicación más frecuente fue el Shock hipovolémico en 14 casos (63.63%), insuficiencia renal aguda en 2 casos (9.09%), compromiso pulmonar en 2 casos (9.09%) tipo pulmón de shock, 1 caso de CID (4.54%); 1 caso (4.54%) de lesión de intestino que requirió rafia intraoperatoria, un caso(4.54%) con secuela neurológica como consecuencia de shock hipovolémico, hipoxia transitoria e incluso reanimación luego de paro cardiorespiratorio; y finalmente 1 caso (4.54%) de paciente fallecida por presentar atonía uterina post cesárea que no respondió totalmente a medidas médicas, a quién se le realizó HPP, atención en UCI y que lamentablemente falleció por falla multiorgánica. Hubo 8 casos sin complicaciones en que se decidió rápidamente la HOPP cuya pérdida sanguínea fue menor y no llevó a complicaciones. Comparando con el trabajo de Rodriguez hubo shock hipovolémico en el 53%, no habiendo lesión urinaria ni tromboembolia ni dehiscencia como tampoco en nuestro estudio. Es el shock hipovolémico por la hemorragia obstétrica periparto, y no la histerectomía, el que va generar la mayoría de las complicaciones debido a la hipoperfusión de tejidos, isquemia y finalmente necrosis tisular irreversible.

Las **Tablas y Gráficos 15 y 16**, tienen el objetivo de mostrar la incidencia de histerectomías periparto (HPP) realizadas en el HNCASE tomando como muestra actualizada lo realizado durante el periodo de estudio 2013-2014, tomando en cuenta inicialmente sólo la estadística del HNCASE resultando en **16.31** histerectomías periparto por 1000 partos como lo consideran los diferentes estudios citados en la bibliografía. Sin embargo, considerando que los casos de HOPP son el resultado de la atención de pacientes con patología obstétrica grave que fueron referidos de toda la red asistencial de Essalud, debe tenerse en cuenta la totalidad de partos de dicha red, resultado **1.61** histerectomías periparto por 1000 partos, incidencia a tener en cuenta a efectos comparativos con otros hospitales que atienden a pacientes de todo nivel de atención. Es el caso de comparar con el trabajo del Hospital General de Elche la incidencia de HPP fue de 1.3 histerectomías periparto por cada mil partos, siendo comparable con las estadísticas mundiales en que oscila entre 0.24 hasta 8.9 por mil partos. Las menores frecuencias se producen en Noruega (0.24 x mil), Irlanda (0.30x mil), Holanda (0.33x mil), Israel (0.50x mil), Arabia Saudí (0.63% x mil) y en Estados Unidos oscila entre 1.2 y 2.7 por mil partos. Es notorio que en todos los estudios como el nuestro la incidencia de histerectomía periparto después de un parto vaginal que en cesárea es claramente diferente como de 0.1 hasta 0.3 en parto vaginal y 0.17 hasta 8.7 en cesárea. La incidencia de HOPP en un establecimiento en México citado por Ramos García fue de 1.26 por cada 1000 partos y en Chile en el Hospital de Puerto Montt es de 1.15., Briceño-Pérez en Maracaibo Venezuela encuentra 0.77 HOPP por cada 1000 partos. La frecuencia de las HOPP del HNCASE, necesariamente se tenía que correlacionar con la cantidad de partos de la red ya que por norma hay obligatoria referencia de pacientes graves en especial de las complicadas por Hemorragia obstétrica grave, y la similitud de las incidencias incluso con países desarrollados pudiera deberse al tipo de pacientes y disponibilidad de recursos que posee Essalud.

Las **Tablas y Gráficos 17 y 18** tratan del análisis de los factores de riesgo asociados a las dos causas principales de tener que realizar histerectomía periparto en el HNCASE, donde no hay significación estadística de alguna de ellas para atribuir las

como de alta asociación para Atonía Uterina (Tabla 17), pero si hay significación estadística en caso de Placenta Previa con Acretismo Placentario (tabla y grafico 18) al referirnos a Cesareada anterior (57.14%).

En estas tablas y gráficos se puede interpretar que los factores de riesgo asociados a Atonía Uterina son diversos que implican sobredistensión uterina (5 casos de 15, 33%) como es presencia de feto grande, embarazo doble y polihidramnios, o atonía uterina debido a patología sistémica que interfiere con los procesos de coagulación y menor tolerancia a la hipovolemia en caso de THE y S. de Hellp. Pero en los casos de Placenta Previa con Acretismo Placentario el factor de riesgo Cesareada anterior, con asociación estadísticamente significativa, puede deducirse que el proceso cicatricial de la histerorrafia anterior situada a nivel del segmento inferior, predispuso a mayor receptividad a la implantación placentaria.

Concordante con lo referido por Rodriguez en España, Ramos García en México, Briceño-Pérez en Venezuela, Caro en Chile, se ha precisado que el antecedente de Cesárea anterior condiciona en gran medida la incidencia de factores de riesgo que conllevan a las complicaciones obstétricas que hacen necesaria la realización de Histerectomía Obstétrica Periparto.



**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

**Primera.** Los factores de riesgo más frecuentemente asociados a la necesidad de realizar Histerectomías Obstétrica Periparto fueron: Cesareada Anterior en 12 casos con el 54.54%, Placenta Previa Sangrante en 11 casos con el 50%. Trastorno Hipertensivo del Embarazo y Síndrome Hellp 8 casos con el 36.36% , y Embarazo Múltiple en 3 casos con el 13.63%.

**Segunda.** Las causas más frecuentes que condicionaron la necesidad de realizar Histerectomías Obstétricas Periparto fueron Atonía Uterina en 15 casos que representan el 68.18% y Placenta Previa con Acretismo Placentario en 7 casos que significa el 31.82% de las Histerectomías Periparto.

**Tercera.** La Histerectomía Obstétrica Periparto como tratamiento principal consistió en histerectomía subtotal en 13 casos con el 59.09% e histerectomía total en 9 casos con el 40.91%.

**Cuarta.** La frecuencia de Histerectomías Obstétricas Periparto en el Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguí Escobedo” de Essalud Arequipa, desde enero 2013 hasta diciembre 2014, fue de 22 casos, de un total de 1349 partos, con una incidencia de **16.31** histerectomías obstétricas periparto por mil partos en referencia a sólo el HNCASE. En referencia a la red asistencial de Essalud Arequipa hubieron 23 histerectomías periparto y 14264 partos, con incidencia de **1.61** histerectomías periparto por 1000 partos.



## RECOMENDACIONES

- 1) Recomiendo a los médicos gineco-obstetras del hospital NCASE se aplique de manera intensiva y obligatoria la Guía “Clave Roja” de manejo de la hemorragia de la segunda mitad del embarazo y post-parto.
  
- 2) Recomiendo al personal médico jerárquico de la red asistencial de Essalud se reestructuren las normas de Control Prenatal con Enfoque de riesgo obstétrico, el cual debe consignarse en el primer y segundo trimestre, especialmente para pacientes con alto riesgo de hemorragia postparto.
  
- 3) Recomiendo al personal médico jerárquico de la red asistencial de Essalud se capacite permanentemente al personal médico de todos los niveles de atención para la referencia temprana de pacientes con alto riesgo de Hemorragia Obstétrica; curso talleres para entrenamiento en medidas preventivas, prevención de la alta tasa de cesáreas primarias, y resolver el grave problema de la Hemorragia Obstétrica Periparto, sin llegar a la Histerectomía Obstétrica.

## BIBLIOGRAFÍA

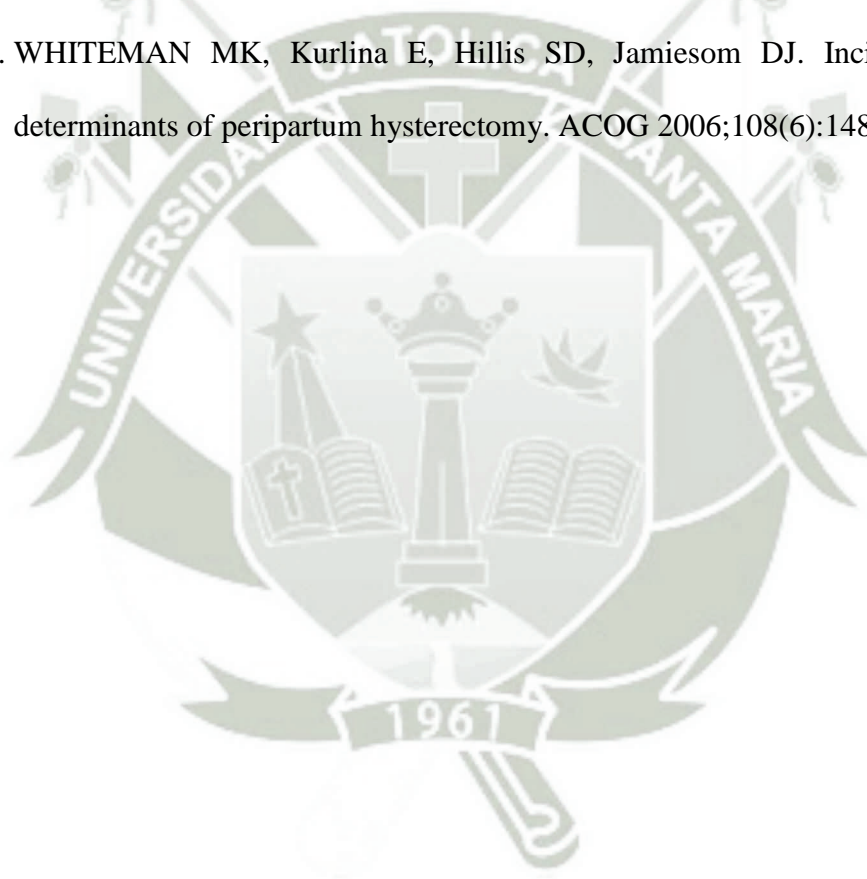
1. ALTAMIRANO, Paula. Factores de Alto Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto Inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009, Tesis Facultad de Medicina Universidad Ricardo Palma, Lima Perú, 2012.
2. BASKETT TF. Emergency obstetric hysterectomy. J ObstetGynecol 2003;23(4):353-5.
3. BAJO ARENAS JM, y Col. Fundamentos De Obstetricia SEGO, Madrid, Graficas Marte SL 2007.
4. BEJAR CUBA , Julio, *Histerectomía de emergencia durante la gestación, en el Instituto Materno Perinatal: Incidencia y Factores Asociados (Enero 1999 - Diciembre 2000)*. Instituto Materno Perinatal. Lima Perú 2004
5. BRICEÑO PEREZ CARLOS: HISTERECTOMIAS OBSTETRICAS: Análisis 15 años. Ginecología y Obstetricia Aplicadas. 2da ed. Venezuela ISSN 0048-7732: 637-640. 2004
6. BRIERY CM, Rose CH, Hudson WT, Lutgendorf MA et al. Planned vs emergent cesarean hysterectomy. Am J ObstetGynecol 2007;154:e1-e5.
7. CUNNINGHAM, Gary, Williams Obstetrics, 24 th. Ed. Mc Graw Hill Education , USA, 2014.
8. ENGELSEN I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum hysterectomy. Incidence and maternal morbidity. ActaObstetGynecolScand 2001;80:409-12.
9. FORNA F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. Am J ObstetGynecol 2004;190:1440-4.

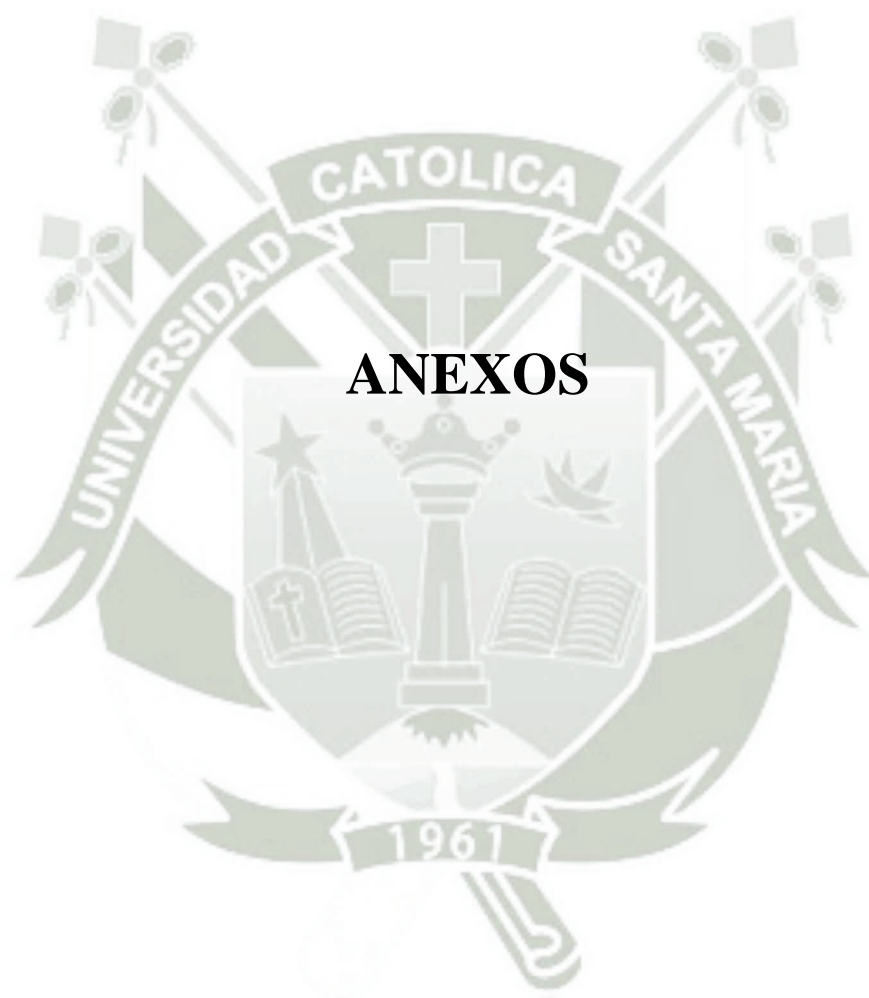
10. FAINETE PEDRO; Angulo VJ, Cortés SL, Torres GLG, Aguayo AG, Hernández HS, Ávalos NJ. Análisis De La Mortalidad Materna, En Tres Periodos En El Hospital De Ginecología Y Obstetricia Del Centro Médico Nacional de Occidente. GinecolObstetMéx 2007; 75(7): 384-393
- FUENTES GONZALESLEONARDO (1989-2002) características de las histerectomías puerperal en el Hospital Docente “Julio Trigo López” Ginecología y Obstetricia vol.7 ,2003
11. HOFMEYR JG, Lale B, Gulmezoglu MAB. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: The prevalence of uterine rupture [Review]. BJOG 2005;112(9):1221
12. KACMAR J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert JF. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: A case-control study. ACOG 2003;102(1):141-5.
13. KNIGHT M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. ObstetGynecol 2008;111(1):97-105.
14. LA FONTAINE TERRY Ernesto; MORBIMORTALIDAD MATERNA EN HISTERECTOMIA OBSTETRICA DE URGENCIA, 1997-2003; Hospital Provincial Docente Gineco- Obstetrico “Ana Betancourt de Mora “ de Camaguey. Cuba
15. MALVINO, E. Hemorragias Obstétricas graves en el período periparto , Medicina Intensiva , Vol 17 Nro.1 ,Buesnos Aires ,Argentina 2004.
16. MEZA M. Guarnizo E: CesareaHisterectomia en la Obstetricia actual. Instituto Materno Perinatal (ex Maternidad de Lima) 1989-1993 ME/WQ/430/M49-

BIBLIOTECA FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO. UNMSM  
LIMA , Lima , 2004

17. NAVA FJ, Páez AJ, Veloz MG, Sánchez VV, Hernández VM. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *GinecolObstetMex* 2002;70:289-94
18. O' BRIEN J et AL: the management of placenta percreta conservative an operative strategies *Am J obstetgynecol* 1996. Vol 175 (6) 1632: 1638
19. RAMOS GARCIA, Raziél , Indicaciones de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetrica del Instituto Materno Perinatal de Mexico , *Archivo de Investigación Materno Infantil México* , 201
20. ROOPNARINESINGH R, Fay L, McKenna P. A 27-year review of obstetric hysterectomy. *J ObstetGynecol* 2003;23(3):252-4.
21. REVELES VJA, Villegas RG, Hernández HS, Grover PF, Hernández VCC, Patiño SA. Histerectomía Obstétrica, Incidencia, Indicaciones y complicaciones. *Gineco-Obstet. Méx* 2008; 76(3): 156-160.
22. LUNA FIGUEROA ANTONIO Mambret; Huertas Tachino Erasmo (1999-2000); "La Incidencia De La Histerectomía Durante La Gestación GRAY RH, Doyle PE. The Epidemiology of conception and fertility. In *Obstetrical Epidemiology*. London Academic Press, 1999 (Histerectomía Obstétrica) Y Los Factores Asociados" Instituto Materno Perinatal (Ex Hospital Maternidad de Lima). BIBLIOTECA FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO. UNMSM LIMA
23. RAMOS GARCÍA, RAZIEL; Histerectomías obstétricas en el hospital de puerto MONTT, 2000-2005. *Revista Ginecología-obstetricia* Vol. 5.

24. TISNE Brouse, Histerectomías obstétricas de emergencia en el hospital Santiago Oriente periodo 2002 a 2006: Ginecología obstétrica- Santiago – Chile. V°275
25. TOLEDO MARIÑO Gastby; Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, Periodo 2005 al 2010.
26. SCHWARCZ, Fescina, y Duverges, Obstetricia, 6ta edición Buenos Aires, El Ateneo. 2005. Pag 175
27. WHITEMAN MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamiesom DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. ACOG 2006;108(6):1486-92.





## Anexo 1

### Ficha de Recolección de Datos

#### ANEXO I FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Factores de alto riesgo asociados a la Histerectomía Obstétrica Periparto ,HNCASE

##### I. Datos Generales

N° de HC:                      Edad:                      Referida: SI NO                      Procedencia:  
Estado Civil:                      Grado instrucción:  
Fecha ingreso:

##### II. Antecedentes Gineco-obstétricos

EG:                      Gesta:                      Para:                      Aborto                      Cesáreas:                      Legrados:  
N° de CPN:                      Lugar de realización:  
Factores de riesgo durante embarazo:

Hemoglobina:                      antes del parto:  
después del parto:

##### III. Atención del Parto

Fecha y hora del parto:                      Vaginal                      Factores de riesgo intraparto:  
Cesarea

##### *Manejo activo del labor del parto*

Pinzamiento: SI NO                      Masaje uterino: SI NO                      Tracción: SI NO

##### *Medicamentos durante el período del parto*

Medicamento	Vía	Dosis e intervalo	Duración	Momento
-------------	-----	-------------------	----------	---------

Manejo expectante: SI NO                      Presento HPP: SI NO                      Causa de HPP:

##### IV. Manejo de la HPP

Tratamiento	Vía	Dosis e intervalo	Duración
-------------	-----	-------------------	----------

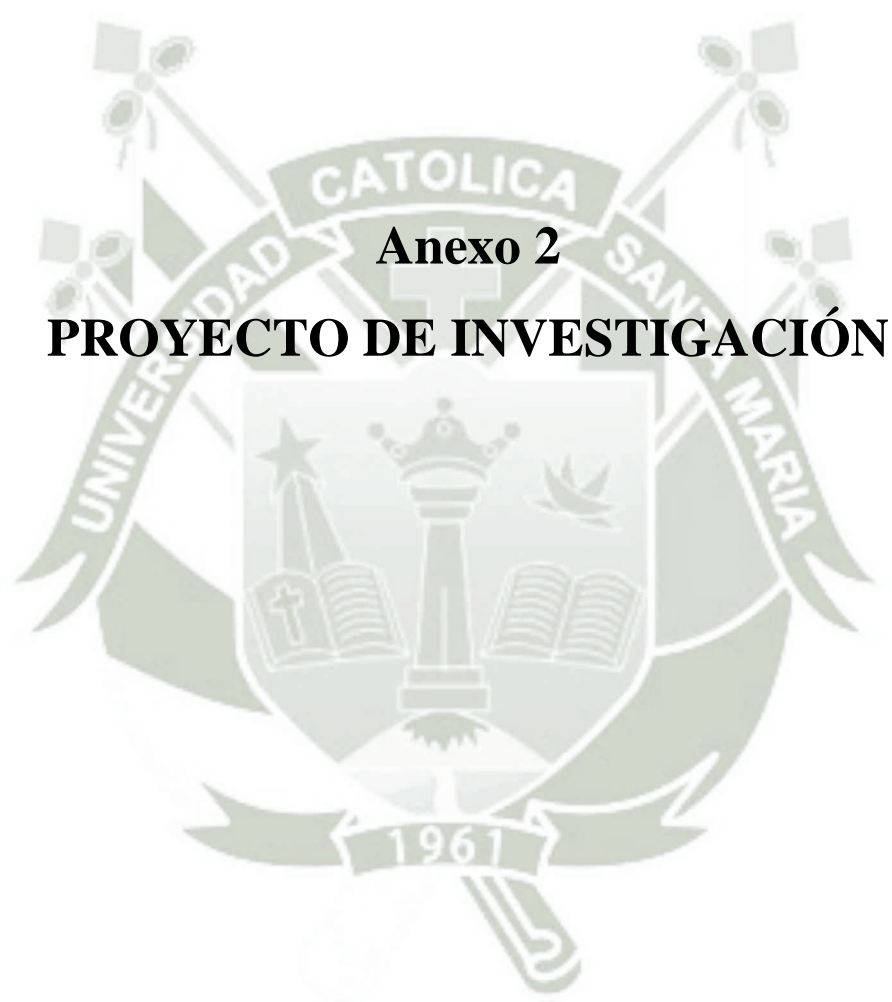
##### V. Procedimiento quirúrgico

Diagnóstico Preoperatorio	Operación
Cesarea +Masaje	Cesarea +BLynch

PV + masaje  
Cesarea + Masaje  
Cesarea +  
Histerectomía

**VI . Evolución**            Con secuela            Fallecida            D.E.  
Recuperada





**Universidad Católica de Santa María**

*“in scientia et fide erit fortitudo nostra”*

**Facultad de Medicina Humana**



**“Factores de riesgo asociados a la Histerectomía Obstétrica  
Periparto en pacientes atendidas en el Servicio de  
Obstetricia, Hospital Nacional Carlos A. Segúin Escobedo,  
Arequipa Enero 2013 – Diciembre 2014”**

Proyecto de Tesis presentado por:

**CARMEN JULIA MILAGROS AGUILAR IBÁÑEZ**

Proyecto de Tesis para Optar el Título de

Médico Cirujano

**Arequipa - Perú  
2015**

## PREÁMBULO

Cada año en todo el mundo muere más de 500.000 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 49 años, como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, siendo la hemorragia postparto la primera causa de muerte.

La hemorragia obstétrica postparto es por consiguiente, una de las causas más comunes de mortalidad materna en el mundo. El 99% de ellas se presenta en países en vías de desarrollo. A nivel mundial, el 75% de las complicaciones postparto corresponde a la hemorragia postparto, además se estima que esta aparece en un 40% de todos los partos vaginales, y en un 30% de los partos por cesárea.

En el Perú, según el Ministerio de Salud, el índice de mortalidad materna se reduce progresivamente desde hace 4 años, mayormente en las zonas andinas y selváticas. En el 2004 se registraron 628 muertes maternas y en el 2005 se reportaron 596 decesos.

Durante el 2006, un total de de 536 madres gestantes perdieron la vida; mientras que en el 2007 el índice de mortalidad materna registró 513 decesos, lo que representó una disminución de 4% respecto al año anterior, según el MINSA.

El 80% de las muertes maternas se debieron a causas directas del embarazo, principalmente por hemorragia (41%), preeclampsia (19%) o infecciones diversas (6%).

El índice de mortalidad materna más alto se registró entre las gestantes de 20 y 24 años reportándose más de 120 decesos.

Si bien la hemorragia postparto es una complicación obstétrica muy seria, es importante destacar que es altamente prevenible. Por ello, el conocer los factores que

se asocian a un mayor riesgo que la puedan desencadenar permitirá al personal de salud estar prevenido para disminuir los efectos de esta emergencia.

La Histerectomía Obstétrica Periparto, oportunamente realizada en caso de hemorragia obstétrica periparto que no se resuelve con tratamiento médico inicial, salva muchas vidas.

El Hospital Nacional Carlos A. Según Escobedo de Essalud Arequipa, es el principal hospital de referencia de Arequipa donde existe casuística de Histerectomías Obstétricas Periparto como recurso final de resolución de casos graves de hemorragia post parto y otros, motivo del presente estudio.

## **PLANTEAMIENTO TEORICO**

### **1. Problema de investigación**

#### **1.1. Enunciado del Problema**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la necesidad de realizar Histerectomía Obstétrica Periparto en pacientes con hemorragia obstétrica atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Carlos A. Según Escobedo, desde enero del 2013 a diciembre del 2014?

#### **1.2. Descripción del Problema**

##### **a) Área del conocimiento**

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana

- Especialidad: Obstetricia
- Línea: Hemorragia obstétrica

**b) Operacionalización de Variables**

Variable	Indicador	Valores o categorías	Escala
<b>Variable dependiente</b>			
Necesidad de histerectomía periparto	Diagnóstico de hemorragia grave -Atonía Uterina -Acretismo Placentario -Rotura Uterina -Utero de Couvelaire -Infección uterina severa	Histerectomía	categórica
<b>Variables independientes</b>			
Edad materna	Fecha de nacimiento	< 20 años / 20-34 años / ≥35 años	categórica
Paridad	Partos previos	Nulípara, Primípara, multípara, gran multípara	categórica
Índice de masa corporal	Relación peso / talla al final del embarazo Kg/m <sup>2</sup>	Adelgazada (< 18,5) Normal (18,5 – 24,9) Sobrepeso (25-29,9) Obesidad (≥30)	categórica
Peso del neonato	Peso al nacer	Peso bajo (< 2500 g) Peso normal (2500-4999 g) Peso alto (≥5000 g)	categórica

Edad gestacional al momento del parto	Semanas de amenorrea	Pretérmino (< 37 sem), a término (37-41 sem), postérmino (> 41 sem)	categórica
Comorbilidad previa	Patologías previas al embarazo actual	Cardiopatías, insuficiencia renal, obesidad, otras	categórica
Modalidad de parto	Forma de terminación	Vaginal / Cesárea	categórica
<b><i>Variables intervinientes</i></b>			
Hemorragia obstétrica	Magnitud de la hemorragia	-cc - peso de paños - apreciación subjetiva	De razón
Tipo de Histerectomía	Técnica de operación	Histerectomía Total/Subtotal	Nominal

**c) Interrogantes básicas**

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la complicación obstétrica que requirió de Histerectomía Obstétrica Periparto (HOP) en pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Carlos A. Segúin Escobedo, desde enero del 2013 a diciembre del 2014?
2. ¿Cuáles son los diagnósticos más frecuentes que causaron la necesidad de Histerectomía Obstétrica Periparto en pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Carlos A. Segúin Escobedo, desde enero del 2013 a diciembre del 2014?

3. ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con necesidad de HOP en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Carlos A. Segúin Escobedo, desde enero del 2013 a diciembre del 2014?
  4. ¿Cuáles son los procedimientos médicos y quirúrgicos que requirieron las pacientes a las que se realizó HOP en el periparto en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Carlos A. Segúin Escobedo, enero del 2013 a diciembre del 2014?
- d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio documental.
  - e) **Nivel de investigación:** es un estudio relacional, retrospectivo y transversal.

### 1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca establecer los factores de riesgo asociados a la necesidad de realizar una Histerectomía Obstétrica Periparto de urgencia en pacientes con complicación obstétrica atendidas en el Servicio de Obstetricia del HNCASE de Essalud, desde enero del 2013 a diciembre del 2014.

No se ha evaluado en nuestro medio los factores de riesgo que tienen las complicaciones obstétricas graves que obligaron a realizar una histerectomía Periparto, lo que hace a nuestro estudio **original**.

Tiene **relevancia científica**, ya que a pesar de los avances en medios diagnósticos y de que se cuenta con esquemas de tratamiento adecuados para su manejo aun existen muchas interrogantes sobre cómo asumir el manejo más eficaz

para reducir la morbilidad obstétrica por causa de complicación como una hemorragia periparto grave; tiene **relevancia práctica** ya que permitirá identificar las características preparto e intraparto que pueden predecir la necesidad de contar con la infraestructura, el personal idóneo y demás recursos necesarios para el mayor cuidado en la atención de las pacientes obstétricas. Tiene **relevancia social**, ya que permitirá mejorar el manejo de un grupo especial pero creciente de gestantes que puede resultar en morbilidad importante de nuestra población.

El estudio es **contemporáneo** ya que las hemorragias obstétricas graves que requieren Histerectomía Periparto, se han convertido en un problema de salud pública continuo y actual.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño retrospectivo en el que se cuenta con historias completas llenadas de manera protocolizada.

Finalmente, además de generar una **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la obstetricia, se logrará una importante **contribución académica** en el campo de la medicina y a través del desarrollo del proyecto en la facultad, se cumplirá con las **políticas de investigación** de la universidad en esta etapa importante que marca el inicio de nuestro desarrollo profesional.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### INTRODUCCION

La Hemorragia Post-parto (HPP) según la OMS, se define como la pérdida de 500 ml de sangre o más a través del tracto vaginal que se produce en el período

intraparto o postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10 % o más en las primeras dos horas posparto.

Actualmente se considera que cualquier pérdida de sangre que conlleve a una alteración hemodinámica de la paciente debe ser considerada como HPP. Algunos consideran 500 ml como punto de corte y estiman que el promedio de pérdida de sangre de partos vaginales con feto único es de 500 ml (casi 1000 para gemelar).

Es importante tener en cuenta que las estimaciones clínicas acerca de la cantidad de pérdida sanguínea tiende a subestimar el volumen real de pérdida entre un 43 a un 50%; motivo por el cual la incidencia de HPP varía en los diferentes estudios entre 2.5 a 16%.

En la actualidad se sugiere que cualquier pérdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica, puede considerarse como una hemorragia post parto.

La hemorragia postparto es una causa frecuente de mortalidad materna. Usualmente se clasifica en dos tipos, Hemorragia postparto inmediata, que tiene lugar en las primeras 24 horas del puerperio; la mayoría ocurre en las primeras 2 horas. Ésta es la hemorragia más frecuente y la más importante. El segundo tipo es la hemorragia posparto tardía que se presenta a partir del segundo día del puerperio hasta 6 semanas después del parto, la frecuencia oscila entre 5 a 15%.

Es indispensable y necesario identificar a la paciente portadora de factores de riesgo que podrían llevarla a presentar hemorragia postparto y cuando se habla de factor de riesgo nos referimos a cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos

factores de riesgo (biológico, ambiental, de comportamiento, socio-culturales, económicos, etc.) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción. Estos factores son clasificados, el momento de la ocurrencia, anteparto e intraparto. Entre ellos tenemos la preeclampsia, el trabajo de parto prolongado, el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, los antecedentes de hemorragia posparto, el embarazo múltiple, la macrosomía y la multiparidad, episiotomía medio lateral, entre otros. Sin embargo, la identificación de dichos factores no siempre es de utilidad porque en dos tercios de los casos la hemorragia se presenta en pacientes sin riesgo. Si bien es un evento en buena medida prevenible y tratable, en los países en desarrollo con frecuencia se convierte en fatal, dada la limitación en el acceso a servicios de salud de buena calidad y con recursos suficientes para afrontar estas emergencias, por ejemplo, la posibilidad de brindar una transfusión oportuna de sangre y hemoderivados. Las causas de la hemorragia posparto pueden ser múltiples, entre ellas tenemos la atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de restos placentarios y alteración de la coagulación. La atonía uterina es responsable del 80-90% de todas las hemorragias posparto. Esta complicación se presenta posterior a la salida de la placenta, porque el útero no se contrae, existiendo por lo tanto una pérdida continua de sangre. La atonía uterina y la falla de la retracción del músculo uterino pueden llevar rápidamente a hemorragia severa y shock hipovolémico. Esta complicación está relacionada por la presencia de causas predisponentes, entre ellas tenemos la sobre distensión uterina que puede ser debida a la presencia de macrosomía fetal, polihidramnios o anormalidad fetal; pero, también puede ser por una estructura uterina anormal o falla en el alumbramiento, con sangrado posterior. La contracción pobre del miometrio es otra causa predisponente

de atonía y esta puede ser resultado de fatiga, debido a trabajo de parto prolongado, especialmente si hay estimulación. En algunos casos también puede ser por inhibición de las contracciones uterinas por uso de drogas, como AINES, sulfato de magnesio, simpaticomiméticos beta y nifedipino. Otras causas incluyen implantación baja de placenta, toxinas bacterianas (corioamnionitis, endometritis, septicemia), hipoxia debida a útero de Couvalier y la inversión uterina.

La placenta retenida es definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos que suceden al parto del feto. La placenta se encuentra adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada. La cavidad uterina así ocupada por la placenta, no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa. La presencia de restos placentarios, cotiledones o fragmentos de membrana ovulares adheridos a la pared uterina son la causa más frecuente de hemorragia tardía. Estos son los responsables del 5-10% de los casos.

Los traumatismos genitales espontáneos o iatrogénicos luego de un parto espontáneo o más frecuentemente instrumental (fórceps, espátulas) pueden ocasionar lesiones de partes blandas maternas ya sea a nivel del útero (desgarros, inversión), cuello uterino o vagina, constituyéndose en causa de hemorragia posparto. Su diagnóstico se hace en el posparto inmediato, al realizar la revisión del canal del parto. La inversión uterina tiene una incidencia de 1 en 5000- 10000 partos. Corresponde a la invaginación del fondo y del cuerpo del útero dentro de la cavidad uterina. La hemorragia excesiva por episiotomía, laceraciones o ambas causan cerca del 20% de los casos de Hemorragia posparto. Pueden ser causadas por un parto precipitado o macrosomía fetal.

Los defectos de la coagulación y la inversión uterina, a pesar de que exhiben altas tasas de letalidad, son poco comunes; rara vez por sí solas causan hemorragia severa postparto. Pueden ser inducidas por la administración de fármacos o por el consumo de factores de coagulación.

La probabilidad de morir se incrementa en forma importante cuando la mujer llega con anemia al momento del parto; una mujer en estas condiciones puede morir con pérdidas sanguíneas tan bajas como 250 a 500 cc. Las estrategias planteadas a nivel mundial para prevenir las muertes por esta causa son diversas y en algunos casos la recomendación es realizar más estudios acerca del tema.

Existen estudios que muestran una incidencia menor de Hemorragia postparto en pacientes que reciben oxitocina en dosis bajas ya sea intravenosa o intramuscular al momento de la salida del hombro anterior y tracción controlada del cordón, en comparación con las pacientes que recibieron oxitocina intravenosa después de la salida de la placenta.

La administración rutinaria de oxitócicos durante la tercera etapa del parto disminuye la pérdida de sangre y reduce la probabilidad de hemorragia puerperal en un 40%. Puede usarse oxitocina 10-20 unidades por litro en infusión lenta IV o 10 unidades por vía IM. No debe administrarse en bolo, ya que dosis altas pueden causar hipotensión (más de 5 unidades).

Las complicaciones durante el parto producen anemia e infertilidad a millones de mujeres. La hemorragia intraparto y posparto puede ocasionar anemia grave, que contribuye a la morbilidad crónica. La anemia aumenta el riesgo de muerte en casos de hemorragia y, cuando es grave, puede derivar en una falla cardíaca en las mujeres.

Las consecuencias más importantes de la HPP grave incluyen shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada (CID), insuficiencia renal, insuficiencia hepática y síndrome de dificultad respiratoria del adulto. En los países de bajos ingresos, el estado nutricional deficiente, la imposibilidad de acceso al tratamiento, y el inadecuado cuidado intensivo y de las instalaciones de los bancos de sangre son factores adicionales que contribuyen a las altas tasas de mortalidad y morbilidad en estos países. Al no contar con una definición de HPP de aceptación general, se desconoce la incidencia exacta de las complicaciones.

La práctica convencional para prevenir la HPP consiste en un procedimiento denominado “manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto”. Realizado inmediatamente después del parto, este procedimiento conlleva una serie de intervenciones clínicas para acelerar la expulsión de la placenta y prevenir la atonía uterina. El manejo activo incluye los siguientes componentes básicos: la administración de un medicamento uterotónico para la contracción del útero (generalmente oxitocina); la tracción controlada del cordón umbilical; y la aplicación de masajes uterinos luego de la expulsión de la placenta, según sea apropiado.

También, pueden administrarse fluidos intravenosos o terapia con medicamentos y transfusiones sanguíneas para estabilizar a la paciente. Si con estas medidas iniciales no se logra controlar el sangrado, puede resultar necesario recurrir a intervenciones quirúrgicas de carácter avanzado.

## **CLASIFICACIÓN DE LAS HISTERECTOMIAS**

Aunque son diversas las clasificaciones, la mayoría de los autores coinciden en dividir las en función de la circunstancia que la motiva.

## 1.- Histerectomía de Urgencia

### 1.1. - Hemorragia postparto, que puede deberse a:

Atonía uterina

Placenta Previa

Placenta Acreta

Hematoma Retroplacentario:

Ante un útero de Couvelaire hay que plantearse la posibilidad de realizar una histerectomía.

**1.2. - Lesión Traumática – Rotura Uterina:** cicatriz de cesárea anterior, postaborto tras legrado, o rotura de embarazo ectópico cornual o cervical. Gracias al tratamiento médico de los embarazos extrauterinos con metrotexate, la incidencia de gestaciones extrauterinas accidentadas ha disminuido. En las roturas uterinas, la laparotomía y sutura del defecto suele resolver el cuadro en la mayoría de los casos. En algunos casos de lesiones irreparables, gran inestabilidad hemodinámica o incluso infecciones, obligan a hacer una histerectomía. –

Desgarro del Tracto Vaginal, con hemorragia intensa y serios trastornos de coagulación, aunque es indicación muy discutible.

### 1.3.-Etiología

**Médica:** coagulopatías por síndrome de HELLP, esteatosis hepática gravídica, preeclampsia grave. Ante una hemorragia importante puede desencadenarse una coagulopatía por consumo, agravando así la situación hemodinámica de la mujer.

**1.4.- Infección:** Estados infecciosos severos que llevan a una sepsis que no responda a antibioterapia y que precise desfocalización. Endometritis postparto complicadas con

pelvi-peritonitis, o bien de origen pélvico que sobreinfectan el útero, incluso tromboflebitis pelvianas que persisten a pesar de antibioterapia intensa. Existe el riesgo de shock séptico materno, por lo que la mejor opción es la histerectomía.

**1.5.- Inversión Uterina:** en este caso es excepcional realizar una histerectomía, pero puede ser necesaria cuando la inversión sea irreductible (fallo de la taxis y la cirugía reparadora) o curse con necrosis o infección. Las indicaciones absolutas son aquellas que durante el transcurso de un nacimiento vía vaginal y/o abdominal, obligan a terminar la 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:** 1. Ruptura uterina de difícil reparación. 2. Útero de Couvelaire en Abruption Placentae. 3. Acretismo placentario. 4. Atonía uterina que no se resuelve con manejo médico. 5. Infección puerperal de órganos internos.

**Indicaciones Electivas:** Son las que se plantean antes de la intervención; algunas surgen en el momento de la cirugía, sin ser por sí mismas indicación absoluta de histerectomía.

**Técnica de la Histerectomía Obstétrica.** No es necesario cerrar la histerotomía, si no hay sangrado significativo. Es necesario disecar el colgajo vesical antes de iniciar la histerectomía. Desde el segmento uterino inferior anterior se realiza la doble ligadura de ligamentos redondos, se extiende hacia lateral la serosa Vesico-uterina a la que estaba adosada la vejiga antes de su disección; en ese momento se aseguran los

ligamentos utero-ováricos, previa formación de una ventana a través de la hoja posterior del ligamento ancho mediante doble fijación, corte y ligadura bilateral; se disecan los vasos uterinos, se corta y se hace una doble ligadura; se disecan, se sujetan y ligan a un nivel inferior al cuello uterino y posteriormente se retira la pieza quirúrgica por una incisión en la mucosa vaginal; se inspecciona el cérvix para asegurarse de que la remoción fue completa. Después de retirar el útero completo, se aseguran todos los ángulos del fórnix vaginal lateral a los ligamentos cardinales y útero-sacos con suturas crómicas en ocho. No hay unanimidad de opciones en cuanto a si se debe mantener abierto o hay que cerrar el manguito vaginal. Posterior al cierre de esta última, se realiza la peritonización pelviana, se verifica la hemostasia de todos los muñones y se continúa con el cierre de la pared abdominal por planos.

**Complicaciones de la Histerectomía.** Las complicaciones asociadas a la histerectomía obstétrica van a depender más de la causa que la ha motivado que del procedimiento en sí. Esto se ve reflejado claramente cuando se separan las complicaciones en dos grupos, las asociadas a histerectomía de urgencia o a una histerectomía electiva. Estas complicaciones obstétricas no son exclusivas de esta intervención; sin embargo, algunas se presentan con más frecuencia que en la intervención ginecológica. Las más comunes son: hemorragia postoperatoria, laceración vesical, fístula vesicovaginal, ureterovaginal y rectovaginal; también eventos tromboembólicos, infecciones vesicales de cúpula y hasta peritonitis.

### 3.- ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### *A nivel local*

#### **3.1 Autor:** Denisse Evelyn Salas Alfaro

**Título:** Frecuencia de factores de riesgo para atonía Uterina en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa 2002 - 2011

**Fuente:** Registro de Tesis Universitaria Universidad Católica de Santa María

**Resumen:** Objetivo: Precisar los factores de riesgo más frecuentes para Atonía Uterina en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia durante el periodo 2002-2011. Diseño del Estudio: estudio descriptivo y retrospectivo que se llevó a a cabo en Servicio de Obstetricia del HRHDEA durante el periodo 2002-2011, en el que se revisaron Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de hemorragia postparto por Atonía Uterina . Las variables cualitativas se describieron con frecuencias absolutas y relativas . Las variables cuantitativas se describieron como Media y desviación estándar cuando se ajustaron a la normalidad.

**Resultados:** durante el periodo de estudio la incidencia de atonía uterina fue de 1.07 por 100 partos . La incidencia de esta patología se incrementó durante el periodo de estudio , de 0.31 por 100 partos hasta 1.79 por cada 100 partos en el año 2011 . Los datos generales que presentaron atonía uterina durante el periodo de estudio fueron el promedio de edad de 28.24 años . en cuanto a estado civil el mayor porcentaje corresponde a estado civil conviviente ( 57.34 % ) . grado de instrucción secundaria ( 70.79 % ) y la mayoría de paciente provienen de los distritos de Paucarpata ( 17.9), Cerro Colorado (14.9 % ) , Hunter ( 12.9%) , asimismo un porcentaje importante de

pacientes pertenecen a otros departamentos del sur de Perú Puno y Moquegua principalmente. Los factores de riesgo más frecuentes encontrados fueron los siguientes . anemia (26.43%) , conducción con oxitocina ( 27.8%) , edad mayor de 35 años ( 22.8 % ) , gran múltipara ( 17.9%) , embarazo multiple (17.9%), cesarea previa ( 16.54%) y macrosomia fetal (15.92%) .

**Conclusión:** Algunas características de la gestante , del trabajo de parto y su atención son factores de riesgo frecuentes en las mujeres con hemorragia post parto causada por atonía uterina .

#### *A nivel nacional*

**3.2 Autor:** Rubén del Águila Paredes , Jenifer Isla Guerrero.

**Título:** “Características epidemiológicas e indicaciones de Histerectomías Obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011”

**Fuente:** Universidad Nacional de San Martín

**Resumen:** La presente investigación descriptiva simple, de corte transversal, con recolección retrospectiva de datos, se realizó con el fin de determinar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomías en el hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo enero 2006 - Julio de 2011. La población en estudio estuvo constituida por 27 pacientes a quienes se realizó histerectomía obstétrica.

La información fue obtenida de las historias clínicas, se registró en los formatos adaptados para el estudio y organizado en una base de datos automatizada con el software Microsoft Excel 2011, que nos permitió su posterior procesamiento y

análisis. Se realizaron métodos de estadística descriptiva simple, basados en tablas y cuadros estadísticos con frecuencias, porcentajes, y gráficos.

Los resultados arribados fueron los siguientes: la incidencia de Histerectomía Obstétrica fue 0,18% que significa 1 por cada 564 casos obstétricos, el grupo de edades donde más se realizó la histerectomía fue el rango de 17-43 años (63%). El 77% de las pacientes tuvieron al menos 1 a más de 6 controles prenatales y el 33 % no tuvieron ningún control prenatal; el 37 % presentaron entre 2 y 3 gestaciones previas y el 19 % eran nulíparas, el rango de edad gestacional fueron 30 a 42 semanas con un promedio de 35 semanas. Respecto al momento de la histerectomía obstétrica 63% de los casos corresponde a cesárea - histerectomía seguido del 33% histerectomía- post cesárea y un 4 % correspondiente a histerectomía obstétricas Post Parto vaginal.

Las principales indicaciones de las histerectomías obstétricas fueron por atonía uterina con el 63%, seguida por acretismo placentario 15%, rotura uterina 11%, sepsis 7% y útero Couvelaire 4%. La cesárea aumenta 1.04 veces el riesgo de la histerectomía obstétrica comparado con el parto vaginal. Se evidencio en el estudio que el 96% fueron intervención por cesárea y el 4% vía vaginal. Las complicaciones que condujeron a una cesárea fueron el 22 % por hemorragias en el tercer trimestre (placenta previa y desprendimiento de prematuro de placenta). Prevalció la histerectomía abdominal sub total 93% y el 7% de histerectomía total. Tiempo operatorio promedio fue 75,43 min (Rango de 35 a 156 min).

### *A nivel internacional*

**3.3. Autor:** José Caro M, Luis Bustos M., Álvaro Ríos S., Joaquín Bernaldes M., Neumann Pape C.

**Título:** Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Puerto Montt, 2000-2005

**Fuente:** Revista Chilena de obstetricia y ginecología

**Resumen:** Se presenta la revisión de 25 pacientes con histerectomía obstétrica (HO) periparto ocurridas en el Hospital de Puerto Montt en el período 2000 - 2005. En 24 casos (96%) el parto fue por operación cesárea. El riesgo de HO periparto es 56 veces mayor en los partos cesárea que en los partos vaginales. Las principales causas de interrupción fueron cicatriz de 2 o más cesáreas en las cesáreas electivas y en las cesáreas urgentes la metrorragia del tercer trimestre. La principal causa clínica de HO es el acretismo placentario en 12 casos (48%) seguido de atonía uterina en 8 casos (32%). El estudio histológico se hizo en el 76% de los casos de los cuales el 80% confirma acretismo placentario. La HO total se realizó en 13 casos (52%) y subtotal en 12 casos (48%). El tiempo operatorio promedio fue de  $124,3 \pm 37,8$  minutos. El hematocrito post operatorio tiene un descenso menor en las pacientes con HO subtotal que en la total ( $p < 0,05$ ). La principal complicación fue la lesión vesical, que ocurrió en mayor proporción en el grupo de la HO total versus la subtotal (3:1), sin diferencias significativas. No se registró muerte materna asociadas a HO; hubo 4 muertes neonatales, 3 en relación a sufrimiento fetal agudo por metrorragia del tercer trimestre y 1 por infección ovular.

**3.4 Autor:** Rafael Orestes Vanegas Estrada , Avelina Sotolongo Falero Ana María Suárez Reyes; Milagros Muñoz Rizo

Emergency obstetric hysterectomy

**Título:**

**Fuente:** Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa. Facultad Miguel Enríquez. La Habana, Cuba

**Resumen:**

La histerectomía obstétrica se define como la extirpación del útero después de un evento obstétrico, último esfuerzo para cuando las medidas conservadoras fallan o no son aplicables. Su incidencia y causas no son del todo comparables según los diversos resultados publicados.

**OBJETIVO:** determinar la incidencia, características clínicas, causas y complicaciones de la histerectomía obstétrica de urgencia en las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Docente Materno de Guanabacoa en los años 1984 al 2008.

**MÉTODOS:** se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y longitudinal para conocer el comportamiento de algunas variables maternas relacionadas con la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en este servicio.

**RESULTADOS:** de un total de 69 992 nacimientos, 62 451 abortos y 384 embarazos ectópicos, se realizaron 281 histerectomías obstétricas para una incidencia de 0,2 %. Se vio que las características obstétricas relevantes fueron: mayores de 34 años, con un parto anterior, embarazo a término y antecedente de cesárea. La cesárea aumentó el riesgo 6,7 veces de sufrir una histerectomía en relación con el parto vaginal. El diagnóstico más frecuente fue la hemorragia para un 42,3 %. Necesitaron ser remitidas 21 de las pacientes al servicio de Terapia Intensiva. En la morbilidad postoperatoria primaron las complicaciones de la herida quirúrgica y la anemia. La mortalidad alcanzó un 3,6 %.

**CONCLUSIONES:** El índice de histerectomía obstétrica en el periparto es

elevado, asociado a la cesárea como un factor de riesgo relativo mayor, no solo condicionada por el sangrado aunque constituye su principal indicación.

**3.5 Autor:** Rodríguez Ingelmo JM, Motellón A, Milla a, Sánchez Gutiérrez L, Gómez Correa JB, Oltra MF, Gómez Ramos E.

**Título:** Histerectomía periparto en el Hospital General Universitario de Elche

**Fuente:** Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia 2014;41(3): 98-103

**Resumen:** El propósito de este estudio fue determinar la incidencia, indicaciones, resultados maternos y complicaciones de la histerectomía periparto en nuestro medio. Para ello se analizaron retrospectivamente 17 casos de histerectomía periparto ocurridos entre enero de 2001 y diciembre de 2005 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Elche. La incidencia de la intervención fue de 1,3 por 1.000 nacimientos. Las indicaciones más frecuentes fueron: atonía uterina (53%), acretismo placentario (23%) y rotura uterina (12%). No hubo muertes maternas. Hemorragia/coagulopatía (53%) e infección (24%) fueron las complicaciones habituales. Más de un 90% precisaron transfusión. La histerectomía periparto se acompañó de una importante morbilidad. La identificación previa de los probables casos puede permitir mejorar los resultados mediante la preparación adecuada para esa eventualidad y la participación de obstetras más experimentados.

#### 4.- OBJETIVOS

##### 4.1. General

Establecer los factores asociados a la necesidad de Histerectomía Obstétrica Periparto en pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia del HNCASE Essalud, desde enero del 2013 a diciembre del 2014.

#### **4.2. Específicos**

- 1) Identificar las causas de Histerectomía Obstétrica Periparto, atendidas en el Servicio de Obstetricia del HNCASE, desde enero del 2013 a diciembre del 2014.
- 2) Describir el esquema terapéutico médico y quirúrgico de pacientes a las que se tuvo que someter a Histerectomía Obstétrica Periparto en el Servicio de Obstetricia del HNCASE, desde enero del 2013 a diciembre del 2014.
- 3) Conocer la frecuencia de Histerectomías Obstétricas Periparto practicadas en mujeres con patología obstétrica grave atendidas en el Servicio de Obstetricia del HNCASE, desde enero del 2013 a diciembre del 2014.

### **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

#### **1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación**

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicará la técnica de la revisión documentaria.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consiste en una ficha de recolección de datos

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

## 2. Campo de verificación

**2.1. Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Carlos A. Segura Escobedo de Essalud Arequipa.

**2.2. Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma histórica durante el periodo que va desde enero 2013 a diciembre 2014.

**2.3. Unidades de estudio:** historias clínicas de pacientes a quienes se les practicó Histerectomía obstétrica Periparto, atendidas en el Servicio de Obstetricia del HNCASE.

**Población:** Total de historias clínicas de pacientes con patología obstétrica grave que requirió Histerectomía Periparto atendidas en el Servicio de Obstetricia del HNCASE en el periodo de estudio.

### **Criterios de selección:**

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes con patología obstétrica grave que requirió Histerectomía Periparto
- Paciente atendida en el Servicio de Obstetricia del HNCASE
- Paciente registrada en el Sistema Informático Perinatal (SIP)

- **Criterios de Exclusión**

- Gestantes con registro incompleto.

### **3. Estrategia de recolección de datos**

#### **3.1. Organización**

Se solicitará autorización a las autoridades del HNCASE para revisión de historias clínicas de pacientes correspondientes y traslado de datos a fichas de recolección, para su posterior procesamiento.

#### **3.2. Recursos**

##### **a) Humanos**

- Investigador, asesor.

##### **b) Materiales**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio

- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

**c) Financieros**

- Autofinanciado

### 3.3. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por tratarse de una ficha de recolección de información.

### 3.4. Criterios para manejo de resultados

**a) Plan de Procesamiento**

Los datos registrados serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

**b) Plan de Clasificación:**

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2013).

**c) Plan de Codificación:**

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

**d) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

**e) Plan de análisis**

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como frecuencias (absolutas y relativas). La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará con la prueba chi cuadrado, y la comparación de variables numéricas se realizará con la prueba t de Student. La asociación de variables categóricas y numéricas con una variable dependiente dicotómica se realizará mediante cálculo del odds ratio con intervalos de confianza al 95%. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.19.0.

### CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Octubre 2014				Noviembre				Diciembre				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. Elección del tema													
2. Revisión bibliográfica													
3. Aprobación del proyecto													
3. Ejecución													
5. Análisis e interpretación													
6. Informe final													

Fecha de inicio: 01 Octubre 2014

Fecha probable de término: 31 de diciembre 2014

## BIBLIOGRAFÍA

1. ALTAMIRANO ,Paula . Factores de Alato Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto Inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009, Tesis Facultad de Medicina Universidad Ricardo Palma , Lima Perú, 2012.
2. BASKETT TF. Emergency obstetric hysterectomy. J ObstetGynecol 2003;23(4):353-5.
3. BAJO ARENAS JM, y Col. Fundamentos De Obstetricia SEGO, Madrid, Graficas Marte SL 2007 .
4. BEJAR CUBA , Julio, *Histerectomía de emergencia durante la gestación, en el Instituto Materno Perinatal: Incidencia y Factores Asociados (Enero 1999 - Diciembre 2000)*. Instituto Materno Perinatal . Lima Perú 2004
5. BRICEÑO PEREZ CARLOS: HISTERECTOMIAS OBSTETRICAS: Análisis 15 años. Ginecología y Obstetricia Aplicadas. 2da ed. Venezuela ISSN 0048-7732: 637-640. 2004
6. BRIERY CM, Rose CH, Hudson WT, Lutgendorf MA et al. Planned vs emergent cesarean hysterectomy. Am J ObstetGynecol 2007;154:e1-e5.
7. CUNNINGHAM , Gary , Williams Obstetrics , 24 th. Ed.Mc Graw Hill Education , USA, 2014.
8. ENGELSEN I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum hysterectomy. Incidence and maternal morbidity. ActaObstetGynecolScand 2001;80:409-12.
9. FORNA F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. Am J ObstetGynecol 2004;190:1440-4.

10. FAINETE PEDRO; Angulo VJ, Cortés SL, Torres GLG, Aguayo AG, Hernández HS, Ávalos NJ. Análisis De La Mortalidad Materna, En Tres Periodos En El Hospital De Ginecología Y Obstetricia Del Centro Médico Nacional de Occidente. GinecolObstetMéx 2007; 75(7): 384-393
- FUENTES GONZALESLEONARDO (1989-2002) características de las histerectomías puerperal en el Hospital Docente “Julio Trigo López” Ginecología y Obstetricia vol.7 ,2003
11. HOFMEYR JG, Lale B, Gulmezoglu MAB. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: The prevalence of uterine rupture [Review]. BJOG 2005;112(9):1221
12. KACMAR J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert JF. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: A case-control study. ACOG 2003;102(1):141-5.
13. KNIGHT M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. ObstetGynecol 2008;111(1):97-105.
14. LA FONTAINE TERRY Ernesto; MORBIMORTALIDAD MATERNA EN HISTERECTOMIA OBSTETRICA DE URGENCIA, 1997-2003; Hospital Provincial Docente Gineco- Obstetrico “Ana Betancourt de Mora “ de Camaguey. Cuba
15. MALVINO, E. Hemorragias Obstétricas graves en el período periparto , Medicina Intensiva , Vol 17 Nro.1 ,Buesnos Aires ,Argentina 2004.
16. MEZA M. Guarnizo E: CesareaHisterectomia en la Obstetricia actual. Instituto Materno Perinatal (ex Maternidad de Lima) 1989-1993 ME/WQ/430/M49-

BIBLIOTECA FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO. UNMSM  
LIMA , Lima , 2004

17. NAVA FJ, Páez AJ, Veloz MG, Sánchez VV, Hernández VM. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *GinecolObstetMex* 2002;70:289-94
18. O' BRIEN J et AL: the management of placenta percreta conservative an operative strategies *Am J obstetgynecol* 1996. Vol 175 (6) 1632: 1638
19. RAMOS GARCIA, Raziél , Indicaciones de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetrica del Instituto Materno Perinatal de Mexico , *Archivo de Investigación Materno Infantil México* , 201
20. ROOPNARINESINGH R, Fay L, McKenna P. A 27-year review of obstetric hysterectomy. *J ObstetGynecol* 2003;23(3):252-4.
21. REVELES VJA, Villegas RG, Hernández HS, Grover PF, Hernández VCC, Patiño SA. Histerectomía Obstétrica, Incidencia, Indicaciones y complicaciones. *Gineco-Obstet. Méx* 2008; 76(3): 156-160.
22. LUNA FIGUEROA ANTONIO Mambret; Huertas Tachino Erasmo (1999-2000); "La Incidencia De La Histerectomía Durante La Gestación GRAY RH, Doyle PE. The Epidemiology of conception and fertility. In *Obstetrical Epidemiology*. London Academic Press, 1999 (Histerectomía Obstétrica) Y Los Factores Asociados" Instituto Materno Perinatal (Ex Hospital Maternidad de Lima). BIBLIOTECA FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO. UNMSM LIMA
23. RAMOS GARCÍA, RAZIEL; Histerectomías obstétricas en el hospital de puerto MONTT, 2000-2005. *Revista Ginecología-obstetricia* Vol. 5.

24. TISNE Brouse, Histerectomías obstétricas de emergencia en el hospital Santiago Oriente periodo 2002 a 2006: Ginecología obstétrica- Santiago – Chile. V°275
25. TOLEDO MARIÑO Gastby; Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, Periodo 2005 al 2010.
26. SCHWARCZ, Fescina, y Duverges, Obstetricia, 6ta edición Buenos Aires, El Ateneo. 2005. Pag 175
27. WHITEMAN MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamiesom DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. ACOG 2006;108(6):1486-92.

